

Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie
und Psychosomatik-Richtlinie:
Mindestvorgaben für Psychotherapeuten
und Überarbeitung weiterer Regelungen

Vom 16. September 2021

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
2.1	Die Änderungen im Einzelnen.....	2
3.	Bürokratiekostenermittlung.....	13
4.	Verfahrensablauf.....	13
5.	Fazit.....	14
6.	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.

Da dem G-BA mit dem Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) die Aufgabe übertragen wurde, als notwendige Anpassung der Mindestvorgaben erstmals bis zum 30. September 2021 mit Wirkung zum 1. Januar 2022 sicherzustellen, dass die Psychotherapie entsprechend ihrer Bedeutung in der Versorgung psychisch und psychosomatisch Erkrankter durch Mindestvorgaben für die Zahl der vorzuhaltenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten abgebildet wird, wird die PPP-RL vorliegend geändert.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Anlass zur vorliegenden Änderung der PPP-RL sind insbesondere der gesetzliche Auftrag nach § 136a Absatz 2 Satz 9 SGB V sowie die aus der Fachöffentlichkeit vorliegenden Hinweise auf Konkretisierungs- bzw. Überarbeitungsbedarf weiterer Regelungen.

In einem ersten Schritt wird der gesetzliche Auftrag mit der umfangreichen Anpassung der Regelaufgaben der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erfüllt. In einem zweiten Schritt erfolgt dann die Prüfung und ggf. Anpassung der Mindestvorgaben für psychotherapeutisch tätiges Fachpersonal, insbesondere der Minutenwerte in Anlage 1, sobald die dafür benötigten Nachweisdaten (vgl. § 14 Absatz 2 PPP-RL) vorliegen.

2.1 Die Änderungen im Einzelnen

Zu § 2 Grundsätze

Zu Absatz 10

Die Ergänzung dient der Klarstellung bezüglich der Definition des Begriffs „Einrichtung“ in dieser Richtlinie.

Zu § 3 Behandlungsbereiche

Zu Absatz 1

Zur Stärkung der Psychotherapie wird für tagesklinisch versorgte Patientinnen und Patienten psychiatrischer Einrichtungen die neue Kategorie A8 in den Behandlungsbereichen ergänzt.

Die Einstufung in den neuen Behandlungsbereich A8 als psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung ist an die Erfüllung der Mindestvorgabe von einer Therapiedosis von mindestens drei Therapieeinheiten pro Woche und die Codierung des OPS-Codes 9-62 oder 9-63 geknüpft. Damit wird der neue Behandlungsbereich den mancherorts bereits existierenden sogenannten „Intensiv-Tageskliniken“ gerecht.

Der Behandlungsbereich A8 als psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung entspricht also dem Behandlungsbereich A7 - allein, dass es sich hier um eine teilstationäre und nicht wie in A7 um eine stationäre Behandlung handelt.

Entsprechend sind die Eingruppierungsempfehlungen für A8 mit denen für A7 identisch, werden aber auf die teilstationäre Behandlung begrenzt.

Die Einstufung und die tatsächliche Personalausstattung in diesem Bereich sind im Nachweis nach Anlage 3 auszuweisen.

Zu § 5 Berufsgruppen

Zu den Absätzen 1 Buchstabe a und 2 Buchstabe a

Gemäß dem gesetzlichen Auftrag in § 136a Absatz 2 Satz 9 ist die PPP-Richtlinie um Mindestvorgaben für die Zahl vorzuhaltender Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu ergänzen. Auch die ärztlichen Fachkräfte in der PPP-RL sind in der Regel Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten: Seit 1994 hat die *Fachärztin bzw. der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie* die vorhergehenden Facharztbezeichnungen „Facharzt für Psychiatrie“ sowie „Nervenarzt“ (als kombinierte Facharztausbildung aus Psychiatrie und Neurologie) ersetzt. Seitdem ist die Psychotherapie ein verpflichtender Teil der Facharztausbildung der Psychiaterinnen und Psychiater. Zusätzlich gibt es noch zwei weitere fachärztliche Qualifikationen mit verpflichtender psychotherapeutischer Weiterbildung und der Psychotherapie im Titel: die *Fachärztin bzw. den Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* und die *Fachärztin bzw. den Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*.

Um dieser zusätzlichen Qualifikation der ärztlichen Fachkräfte gerecht zu werden und den psychotherapeutischen Aspekt der Qualifikation zu benennen und zu stärken, wird in der Richtlinie nunmehr klargestellt, dass die Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte auch ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten umfasst.

Die Relevanz der 1994 neu eingeführten Facharztqualifikationen für die psychotherapeutische Versorgung spiegelt sich auch im Bericht „Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven“ der AG Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden an die Gesundheitsministerkonferenz 2017 wieder. Danach waren 2015 5.212 niedergelassene ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Fachärztinnen und -ärzte für psychotherapeutische Medizin zugelassen. Dazu kamen 1.207 niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte für Psychosomatik und Psychotherapie.

Zu Absatz 1 Buchstabe b

Die Definition der „Pflegefachpersonen“ umfasst in der Richtlinie solche mit einer Weiterbildung in der Psychiatrie, Psychosomatik oder Psychotherapie sowie hochschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen gemäß § 39 Pflegeberufegesetz. Ausdrücklich werden auch Personen mit einem Hochschulabschluss *Psychiatrische Pflege* von der Berufsgruppe gemäß Absatz 1 Buchstabe b erfasst. Dabei wird durch die Änderung in Absatz 1 Buchstabe b klargestellt, dass auch Pflegefachpersonen mit Hochschulabschluss *Master* umfasst sind.

Darüber hinaus hat die Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB) im Stellungnahmeverfahren dargestellt, dass für die Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung in der Erwachsenenpsychiatrie spezifisches Personal notwendig ist. Entsprechend werden hier Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger in die Berufsgruppe der Pflegefachpersonen aufgenommen. Weitere Berufsgruppen wie z. B. Erzieherinnen und Erzieher sind im Rahmen der Anrechnungsmöglichkeiten nach § 8 Absatz 5 anzurechnen. Die aufgenommene Regelung wird im Rahmen der Weiterentwicklung der PPP-RL geprüft und ggf. angepasst.

Zu den Absätzen 1 Buchstabe c und 2 Buchstabe c

Gemäß dem gesetzlichen Auftrag in § 136 a Absatz 2 Satz 9 ist die PPP-Richtlinie um Mindestvorgaben für die Zahl vorzuhaltender Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu ergänzen. Als neue Berufsgruppenbezeichnung werden deshalb neben den Psychologinnen und Psychologen nun auch *Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten* aufgenommen.

Der Passus „ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ wird zur Abgrenzung zu den *ärztlichen* Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verwendet.

Die o. g. Berufsgruppe befindet sich nach der Reform des Psychotherapeutengesetzes 2020 in einem noch nicht gänzlich absehbaren Wandel. Unter den hier verwendeten Begriff der „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ fallen sowohl die approbierten *Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten* bzw. die in Ausbildung zur Psychotherapeutin oder zum Psychotherapeuten befindlichen Psychologinnen und Psychologen, die heute schon in den Kliniken arbeiten, als auch die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die sich nach der Reform des Psychotherapeutengesetzes zur Zeit in universitärer Ausbildung zur approbierten Psychotherapeutin oder zum approbierten Psychotherapeuten befinden und in wenigen Jahren im Krankenhaus ihre Ausbildung zur Fachpsychotherapeutin oder zum Fachpsychotherapeuten beginnen werden.

Gleichzeitig arbeiten aber auch nach wie vor berufserfahrene klinische Psychologinnen und Psychologen ohne Approbation in den Einrichtungen der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Es handelt sich hierbei zum einen um diejenigen, die mit mehrjähriger Berufserfahrung in der klinischen Versorgung in Psychiatrie und Psychosomatik zum Einsatz kommen, elementare Bestandteile von Behandlungsteams und aufgrund ihrer Erfahrungen ebenfalls zur Übernahme bestimmter Regelaufgaben qualifiziert sind. Zum anderen handelt es sich auch um klinische Psychologinnen und Psychologen, die insbesondere Aufgaben im Bereich der Diagnostik übernehmen. Aus fachlichen und arbeitsrechtlichen Gründen ist eine Berücksichtigung dieser Berufsgruppe nach wie vor gerechtfertigt, zumal ein „Aussterben“ des psychologischen Berufs mit seinen besonderen Spezialisierungen nicht zwingend zu erwarten ist. Wie groß die Gruppe genau ist und wie sie sich künftig entwickelt, wird durch das Nachweisverfahren der PPP-RL in den nächsten Jahren empirisch untersucht werden.

Inwieweit die eher heilkundlich ausgerichteten Psychotherapiestudiengänge gleichwertig mit der Tiefe und Breite des Psychologiestudienganges sein werden, ist noch in der Schwebe. Der Bund Deutscher Psychologen schrieb dazu: „Aus Sicht der psychologischen Wissenschaft wiegt ein Verlust der Breite psychologischer Grundlagen und der Ausbildung in mehr als nur einem Anwendungsfeld schwerer als die Vertiefung des medizinischen Blickwinkels im Psychotherapiestudium“. Gegebenenfalls besteht gerade an dem breiten Kompetenzprofil der Psychologinnen und Psychologen ein Anreiz für den Personaleinsatz in Psychiatrien. Vor dem Hintergrund, dass sich das Kompetenzprofil im universitären Psychologiestudium deutlich von der neuen Approbationsordnung durch vertiefte Inhalte in den Grundlagenfächern und zusätzliche Kompetenzen in Anwendungsfächern wie Arbeitspsychologie und Pädagogische Psychologie abhebt, ist ein Einbezug des bisherigen Psychologenprofils analog zu den zukünftigen Absolventinnen und Absolventen des Studienganges Psychotherapie ggf. sinnvoll. Die jetzige Regelung würde zudem die Absolventinnen und Absolventen von Fachhochschulstudiengängen der Psychologie berücksichtigen, mit ggf. klinischer Vertiefung in den Bereichen Inklusion, Neuropsychologie oder Rehabilitation.

Zudem wird hier darauf verwiesen, dass im europäischen und internationalen Vergleich die Berufsbezeichnung „Klinische Psychologin/klinischer Psychologe“ wesentlich gebräuchlicher als die Berufsbezeichnung „Psychotherapeutin/Psychotherapeut“. Wenn zukünftig in Psychiatrien auch ausländisches psychologisches Fachpersonal, nicht zuletzt wegen seiner Sprach-

kompetenzen, benötigt wird, kann die Berücksichtigung des Kompetenzprofils von Psychologinnen und Psychologen neben dem von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sachdienlich sein. Die Erwähnung der Berufsbezeichnung „Psychologinnen oder Psychologen“ in der PPP-RL ermöglicht Personalabteilungen auch die Referenz auf den europäischen Standard.

Die konkret unter die Berufsgruppe der „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen“ in der Erwachsenenpsychiatrie und der Psychosomatik sowie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie fallenden Berufe werden in der Richtlinie aufgeführt.

Zu Absatz 1 Buchstabe f

Im Stellungnahmeverfahren hat die DGSGB dargestellt, dass für die Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung in der Erwachsenenpsychiatrie spezifisches Personal notwendig ist. Entsprechend werden hier Heilpädagoginnen und Heilpädagogen in die Berufsgruppe der Sozialarbeiterinnen und Sozialpädagoginnen aufgenommen. Weitere Berufsgruppen wie z. B. Erzieherinnen und Erzieher sind im Rahmen der Anrechnungsmöglichkeiten nach § 8 Absatz 5 anzurechnen. Die aufgenommene Regelung wird im Rahmen der Weiterentwicklung der PPP-RL geprüft und ggf. angepasst.

Zu Absatz 2 Buchstabe d und 2 Buchstabe g

Darüber hinaus werden die Berufsgruppen d und g in der Berufsgruppe d zusammengefasst. Nicht bei jeder Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist ein Bedarf an Sprachheiltherapie vorhanden, somit ist der Einsatz dieser Berufsgruppe in den Einrichtungen sehr unterschiedlich. Insbesondere in kleinen Einrichtungen, wie z. B. Tageskliniken, stellt die Einhaltung der separaten Mindestvorgabe für Sprachheiltherapeutinnen und -therapeuten sowie Logopädinnen und Logopäden eine große Herausforderung dar. Durch die Änderung ist es nun möglich, die ursprünglich für Sprachheiltherapie vorgesehenen Minutenwerte auch durch andere Spezialtherapien zu erbringen.

Zu § 7 Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und Umsetzungsgrad

Zu Absatz 2

Die Ergänzung dient der Klarstellung bezüglich der Definition des Begriffs „Einrichtung“ in dieser Richtlinie.

Zu Absatz 6

Die Änderung dient der Harmonisierung der Richtlinie und der Klarstellung. Die Regelung in Absatz 6 soll der Berechnung der durchschnittlichen Personalausstattung mit Pflegefachpersonen in VKS je Nacht dienen, wie sie in Spalte 2 der Tabelle B5 der Anlage 3 (Nachweis) auszufüllen ist. Dazu muss es in Absatz 6 aber korrekt heißen, dass sich die durchschnittliche Personalausstattung je Nacht aus der Summe der geleisteten Arbeitsstunden eines Kalendermonats geteilt durch die Anzahl der Nächte des jeweiligen Kalendermonats ermittelt.

Zu § 8 Anrechnung von Berufsgruppen

Zu Absatz 3

Zu Satz 3

Die Streichung des Buchstaben g ist eine Folgeänderung der Aufhebung von § 5 Absatz 2 Buchstabe g und damit redaktioneller Art.

Zu Satz 4 und 5 (neu)

Rückmeldungen aus psychosomatischen Einrichtungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zur Änderung der Richtlinie mit Beschluss vom 15. Oktober 2020 verdeutlichen, dass die Behandlungskonzepte zwischen den psychosomatischen Einrichtungen je nach therapeutischem Schwerpunkt stark variieren. So kommen in psychosomatischen Einrichtungen mit Fokus auf störungsspezifischen Behandlungen von z. B. Depressionen und Angststörungen mehr spezial- und psychotherapeutisches Personal und weniger Pflegekräfte zum Einsatz. In psychosomatischen Krankenhäusern mit stärkeren somatischen Komponenten kommt wiederum verstärkt auch Pflegepersonal zum Einsatz. Die bisherigen Anrechnungsmöglichkeiten gemäß Absatz 3 sehen ausschließlich eine Anrechnung zwischen Ärztinnen/Ärzten und Psychologinnen/Psychologen und wiederum zwischen den anderen Berufsgruppen vor. Da die beschriebenen Herausforderungen insbesondere bei psychosomatischen Einrichtungen vorliegen und zudem die dort angewandten Mindestvorgaben bisher nicht in der Praxis erprobt wurden, wird die Möglichkeit der Anrechnung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf alle weiteren Berufsgruppen für psychosomatische Einrichtungen bis zum 31. Dezember 2023 vorgesehen. Auf Basis der mit den Nachweisen übermittelten Daten bezüglich der Anrechnung soll die Notwendigkeit einer Anpassung der Mindestvorgaben geprüft werden. Eine Anrechnung ist ausschließlich in dem Umfang zulässig, in dem Regelaufgaben der Anlage 4 übernommen werden. Darüber hinaus entscheidet der G-BA auf Basis der übermittelten Nachweise bis zum 30. September 2023 über einen ggf. erforderlichen Anpassungsbedarf der Anrechnungsregelung nach Satz 4.

Zu Absatz 5

Die Streichung des sechsten Spiegelstrichs ist eine Folgeänderung der Aufhebung von § 5 Absatz 2 Buchstabe g und damit redaktioneller Art.

Zu § 10 Ausnahmetatbestände

Zu Absatz 1

Die Ergänzung dient der Klarstellung bezüglich der Definition des Begriffs „Einrichtung“ in dieser Richtlinie.

Zu § 11 Nachweisverfahren

Zu Absatz 3

Die Änderung dient der Klarstellung. Bei der Anzeige der Nichterfüllung der Mindestvorgaben an die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und die zuständige Landesbehörde ist Teil A des quartalsbezogenen Nachweises nach Anlage 3 – und damit in Tabelle A5.2 die Anzeige, ob die Mindestanforderung erfüllt oder nicht erfüllt ist, – unterzeichnet von Ärztlicher Leitung, Pflegedirektion und Geschäftsführung/Verwaltungsdirektion zu übermitteln.

Zu Absatz 8

Die Änderung dient der Harmonisierung der Richtlinie. Nach § 11 Absatz 2 ist der Nachweis nach Anlage 3 von den Einrichtungen erstens an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen (Teil A) zu senden und zweitens an das IQTIG (Teil A und B). Dies muss selbstverständlich auch für die von den Einrichtungen korrigierten Nachweise gelten.

Zu Absatz 13

Zu Satz 1 und Nummer 1 (Datenlieferung):

§ 11 Absatz 3 regelt, dass eine Nichterfüllung der Mindestvorgaben bis 14 Tage nach Ende des betreffenden Quartals den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie den Landesaufsichtsbehörden anzuzeigen ist. Die Regelung sollte dazu dienen, dass bei einer

ab 2024 vorgesehenen jährlichen Datenübermittlung die Meldung einer quartalsweisen Nichteinholung nicht erst nach Ablauf des gesamten Jahres erfolgt. Bis 2024 findet unabhängig von der Einhaltung oder Nichteinhaltung der Mindestvorgaben eine quartalsweise Lieferung der Daten an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen bis sechs Wochen nach Quartalsende statt, so dass die zusätzliche Lieferung vier Wochen früher keinen Mehrwert liefert, sondern ausschließlich zu Mehraufwänden auf allen Seiten führt. Zudem ist die Meldung bereits 14 Tage nach Quartalsende aufgrund der Komplexität und enormer technischer Herausforderungen des Servicedokuments für die Krankenhäuser kaum realisierbar. Weiterhin müssen die Krankenhäuser eine Nichteinholung zusätzlich den Landesaufsichtsbehörden anzeigen. Mit der Anpassung der Regelung erfolgt eine Harmonisierung und somit Klarstellung bei den Datenübermittlungsfristen und hat demnach einheitlich an die verschiedenen Adressaten sechs Wochen nach Quartalsende zu erfolgen.

Zu Satz 1 und Nummer 2 (Datumsänderung):

Aufgrund

1. der Verschiebung der Anpassung der Richtlinie in § 14 Absatz 2 um ein Jahr auf den 30. September 2022,
2. der Verschiebung der Vorgaben bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben in § 16 Absatz 2 auf den 1. Januar 2022,
3. der Verlängerung der Aussetzung der Ermittlung der Mindestvorgaben, des Umsetzungsgrades und der Sanktionen bei Nichteinhaltung in der Psychosomatik um ein Jahr bis zum 31. Dezember 2022,
4. der Verlängerung der Geltung des Servicedokumentes als Übergangsdokument nach § 16 Absatz 5 aufgrund von Verzögerungen bei der Erstellung der Spezifikation bis zum 1. Januar 2023 und
5. der Verlängerung der Aussetzung der Abfrage der Regelaufgaben nach § 16 Absatz 6 Anlage 3 Teil B3 bis zum 1. Januar 2023

sowie aufgrund der Verzögerungen bei der Auswertung des Servicedokumentes wird die Übergangszeit für das quartalsweise Monitoring der PPP-RL (§ 13 Absatz 1 bis 5) um ein Jahr bis zum 1. Januar 2025 verlängert.

Zu § 12 Veröffentlichungspflichten für Krankenhäuser

Die Änderung dient der Klarstellung.

Die Transparenz über Qualitätsergebnisse und Strukturdaten im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser soll die Patientinnen und Patienten bei der Wahl eines Krankenhauses unterstützen. Dabei sieht das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung vor, dass besonders patientenrelevante Informationen zur Qualität der Versorgung im Krankenhaus in übersichtlicher Form veröffentlicht werden sollen. Für die Patientinnen und Patienten sind dabei alle Informationen relevant, die zum Verständnis beitragen, indem sie den erforderlichen Kontext zum jeweiligen Erfüllungsgrad liefern.

Den genauen Inhalt, den Umfang und die Darstellung der Qualitätsberichte regelt der G-BA auf der Grundlage des § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V. Sie obliegen den Beratungen im Kontext der Regelungen zum Qualitätsbericht des G-BA und müssen an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt oder gar abschließend behandelt werden.

Zu § 13 Absatz 5

Mit der Änderung wird klargestellt, dass für das Jahr 2022 kein Vergütungswegfall erfolgt.

Zu § 14 Absatz 2

Zu Satz 1

Mit G-BA-Beschluss vom 20. Mai 2021 wurde vereinbart, die Anpassung der Richtlinie um ein Jahr, auf den 30. September 2022, zu verschieben. Die nunmehr vorgenommene Ergänzung stellt klar, dass die Überprüfung auf einer möglichst breiten Datenbasis erfolgen sollte. Es sind alle bis dahin zur Verfügung stehenden Daten heranzuziehen, nicht nur die Daten des Erfassungsjahres 2020, sondern auch die Daten aus 2021.

Zu Satz 2

Mit der Ergänzung wird verdeutlicht, dass der G-BA an dem bereits jetzt festgelegten Ziel einer engmaschigen Überprüfung der Angemessenheit seiner Regelung festhalten will.

Um auch weiterhin eine gemeindenahere Versorgung zu gewährleisten, werden insbesondere die Auswirkungen der Mindestvorgaben auf dezentrale kleine Standorte überprüft und ggf. angepasst. Bei den Minutenwerten aus Anlage 1 ist eine Überprüfung der jeweiligen Angaben erforderlich, um eine angemessene psychotherapeutische Patientenbehandlung zu gewährleisten und die begrenzten Personalressourcen richtig zu verorten.

Zu § 16 Übergangsregelungen

Zu Absatz 2 und Absatz 4

In psychiatrischen Einrichtungen greifen die Vorgaben bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben gemäß § 13 Absätze 1 bis 7 sowie der in § 13 Absatz 8 geregelte Vergütungsabschlag bei nicht vollständiger Erfüllung der Mitwirkungspflichten nicht mehr ab dem 1. Januar 2022, sondern ab dem 1. Januar 2023. Für psychosomatische Einrichtungen greifen diese Regelungen nicht mehr ab dem 1. Januar 2023, sondern ab dem 1. Januar 2024.

Zu Absatz 5

Da eine Umsetzung der Spezifikation ab dem 1. Januar 2022 nicht zur Verfügung stehen wird, wird mit dieser Änderung ein Jahr länger die Anwendung des Servicedokumentes zur Übermittlung der Daten vorgesehen. Für das Jahr 2022 wird der G-BA ein neues Servicedokument zur Verfügung stellen.

Zu Absatz 6

Die Erfassung der Regelaufgaben gemäß Anlage 3 Teil B3 ist erst im Rahmen der Spezifikation vorgesehen. Da diese für das Jahr 2022 noch nicht zur Verfügung steht und das Servicedokument auch im Jahr 2022 zur Anwendung kommt, ist auch in diesem Jahr die Erfassung der Regelaufgaben ausgesetzt.

Zur Anlage 1 Minutenwertetabellen

Der zur Stärkung der Psychotherapie neu eingeführte Behandlungsbereich A8 „Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung, teilstationär“ bekommt die identischen Minutenwerte pro Berufsgruppe zugewiesen wie die A7 „Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung“ stationär. Allein der Minutenwert in der Berufsgruppe der Pflegefachpersonen wird verändert und auf die teilstationäre Behandlung angepasst. Die wöchentlichen Zeiträume des Tagdienstes umfassen

nach § 4 Absatz 3 und 4 bei der vollstationären Versorgung 101,5 Stunden (7 Tage à 14,5 Stunden) und bei der teilstationären Versorgung 40 Stunden (5 Tage à 8 Stunden).

Die für die stationäre Pflege in A7 und P3 vorgesehenen Minutenwerte der Pflegefachpersonen in Höhe von 509 Minuten sind daher bei teilstationärer Versorgung in den Behandlungsbereichen P4 und A8 (neu) entsprechend des Anteils der wöchentlichen Bezugszeiträume ($40 / 101,5 = 0,3941$) anzupassen. Daraus resultieren Zeitwerte in Höhe von 201 Minuten pro Patientin und Patienten je Woche.

Eine Stärkung der Psychotherapie mit Erhöhung der Minutenwerte für die Berufsgruppe c in den jeweiligen Behandlungsbereichen ist darüber hinaus bereits bei der Erstfassung der PPP-RL geregelt worden (siehe Erläuterungen zu den Minutenwerten in den Tragenden Gründen zum Beschluss des G-BA über eine PPP-RL: Erstfassung vom 19. September 2021).

Zu 2. Psychiatrische Einrichtungen für Kinder und Jugendliche

Eine Stärkung der Psychotherapie mit Erhöhung der Minutenwerte für die Berufsgruppe c in den jeweiligen Behandlungsbereichen ist bereits bei der Erstfassung der Richtlinie geregelt worden (siehe Erläuterungen zu den Minutenwerten in den Tragenden Gründen zum Beschluss des G-BA über eine PPP-RL: Erstfassung vom 19. September 2021).

Die Berufsgruppen d und g werden in der Berufsgruppe d zusammengefasst (siehe Erläuterungen zu § 5 Berufsgruppen Absatz 2 Satz 1 Buchstaben d und g).

Zur Anlage 2 Eingruppierungsempfehlungen

Aus den in den Tragenden Gründen zu § 3 und zur Anlage 1 aufgeführten Gründen wird der Behandlungsbereich A8 für die teilstationäre Komplexbehandlung in der allgemeinen Psychiatrie ergänzt. Mit den in Anlage 2 vorgenommenen Ergänzungen werden die Eingruppierungsempfehlungen für diese neuen Behandlungskategorien festgelegt.

Die weiteren Änderungen betreffen

- A7: Die Streichung der Behandlungsleitung dient der Vereinheitlichung der Formulierungen in den Eingruppierungsempfehlungen. Da die Anforderungen zur Behandlungsleitung bereits in den OPS-Codes enthalten sind, kann an dieser Stelle wie auch bei den Behandlungsbereichen P2 und P4 auf eine zusätzliche Nennung verzichtet werden.
- A7, A8, P2 und P4: Hier werden jeweils in Spalte 4 die Wörter „Struktur- und“ vor das Wort „Mindestmerkmale“ aufgenommen. Diese redaktionelle Änderung erfolgte analog zu den Änderungen der OPS-Codes in 2021. Ein Teil der ehemaligen Mindestanforderungen der OPS-Codes wird nun als Strukturanforderungen bezeichnet, u.a. die Leitung der Behandlung.
- A7, A8, P1-P4: Seit dem 22. November 2019 ist die systemische Psychotherapie ein anerkanntes therapeutisches Verfahren, das in der Psychotherapie-Richtlinie des G-BA geregelt ist. Die Ergänzung „oder systemischen“ erfolgte dementsprechend bei den aufgeführten therapeutischen Grundverfahren.
- KJ1, KJ5 und KJ7: Hier erfolgt eine beispielhafte Aufführung von „Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Künstlerische Therapie“ zur Erläuterung des Worts „funktionelle Therapien“ aufgrund des Vorschlages der WFKT im Stellungnahmeverfahren zur Erstfassung der PPP-RL und der Stellungnahme der dgkjp zur Änderungsfassung der Richtlinie in 2020. Da eine abschließende Aufzählung der Versorgungsrealität nicht gerecht wird, wird zudem die „Spezialtherapie“ ergänzt.

- KJ3 und KJ6: Die Ergänzungen dienen der Klarstellung, dass funktionelle Therapien ein Bestandteil der Regelaufgaben in den Behandlungsbereichen KJ3 und KJ6 sind, analog zu den anderen Behandlungsbereichen der Kinder- und Jugendpsychiatrie.
- KJ2: Hier werden „Künstlerische Therapien“ aufgrund des Vorschlages der WFKT im Stellungnahmeverfahren zur Erstfassung der Richtlinie ergänzt. Die Arbeitstherapie wird in Anbetracht dessen, dass auch Jugendliche in der KJP behandelt werden, die dabei sind, eine Ausbildung zu beginnen, nicht gestrichen. Bei diesen Patientinnen und Patienten wird mit der Arbeitstherapie u.a. versucht, ein Angebot für einen Übergang in das Berufsleben zu schaffen. Die Ergänzung weiterer funktioneller Therapien erfolgt analog zu den Änderungen in KJ1, KJ5 und KJ7.
- KJ3: Aufgrund des Vorschlages der DGKJP im Stellungnahmeverfahren zur Erstfassung der PPP-RL werden die Wörter „oder psychotherapeutischer“ eingefügt.
- KJ5: Hier werden die Wörter „physiotherapeutische Behandlungen“ durch „im Rahmen von Ergotherapien, Künstlerischen Therapien, Spezialtherapien und Bewegungstherapien“ aufgrund des Vorschlages der WFKT im Stellungnahmeverfahren zur Erstfassung der Richtlinie ersetzt. Da eine abschließende Aufzählung der Versorgungsrealität nicht gerecht wird, werden zusätzlich zu dem Vorschlag der WFKT die Spezialtherapien ergänzt.

Zur Anlage 3 Nachweis

Zu „Administrative Daten“

Zu „Modellvorhaben nach § 64b SGB V“:

Der Status „Modellvorhaben nach § 64b SGB V“ wird hier gesondert erhoben, um ggf. eine getrennte Auswertung zu ermöglichen. Zwar gilt die PPP-RL gemäß § 1 Absatz 2 grundsätzlich für Krankenhäuser im Sinne von § 108 SGB V mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche, soweit darin Patientinnen oder Patienten behandelt werden, die einer vollstationären, teilstationären oder stationsäquivalenten Krankenhausbehandlung im Sinne von § 39 Absatz 1 SGB V bedürfen. Bei der Vereinbarung von Modellvorhaben nach § 64b SGB V kann aufgrund der gesetzlichen Vorgaben in § 63 Absatz 3 SGB V von den Vorschriften des Vierten und des Zehnten Kapitels SGB V abgewichen werden, soweit es für die Modellvorhaben erforderlich ist. Eine allgemeine Ausnahme von Modellvorhaben ist damit nicht vorgesehen. Ein Sonderstatus für die Modellvorhaben ist für die Auswertung sinnvoll.

Zu „Erstmalige Leistungserbringung“:

Zusätzlich sind die Krankenhäuser verpflichtet anzugeben, wenn sie den Nachweis aufgrund einer erstmaligen Leistungserbringung erbringen. Damit können neue Leistungserbringer identifiziert werden.

Zu Tabelle A2.2

Um die Auswertung der Freitextfelder besser handhabbar zu machen, wird die Zeichenanzahl reduziert.

Zu Tabelle A3.2

Zur Änderung des Hinweises:

Die bisherige Formulierung ist missverständlich. Die Änderung dient der Klarstellung, dass bei einer Abweichung um mehr als 5 Prozent die Mindestvorgabe auf Basis der Behandlungstage je Behandlungsbereich des laufenden Quartals zu ermitteln ist.

Zu Tabelle A3.3

Die Ergänzung zu den zulässigen Werten in Spalte 4 dient in Verbindung mit § 6 Absatz 1 Satz 3 einer Klarstellung zum Format der Zahlenangaben.

Zur Änderung des Hinweises:

Die bisherige Formulierung ist missverständlich. Die Änderung dient der Klarstellung, dass bei einer Abweichung um mehr als 5 Prozent die Mindestvorgabe auf Basis der Behandlungstage je Behandlungsbereich des laufenden Quartals zu ermitteln ist.

Zu Tabelle A4 und A5.1

Die Änderung der zulässigen Werte für Spalte 4 in Tabelle A4 und Spalte 2 in Tabelle A 5.1 sind Folgeänderung der Aufhebung von § 5 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe g.

Zu Tabelle A5.2

Die Einführung der neuen Spalte 2 dient der expliziten Dokumentation des jeweiligen Bezugszeitraumes der Mindestpersonalvorgabe.

Die Spalte zur Angabe, ob die Mindestanforderungen aller Berufsgruppen erfüllt sind, wird gestrichen, da es sich hier um eine redundante Angabe handelt. Hier kann ausschließlich dasselbe angegeben werden, wie in der darauffolgenden Spalte „Mindestanforderungen der differenzierten Einrichtungen erfüllt“. Eine abweichende Angabe ist unmöglich. Es ist somit kein Mehrwert dieser Spalte erkennbar, sodass sie gestrichen wird.

Aufgrund von Anfragen von Krankenhäusern wurde ein Hinweis zu Spalte 4 ergänzt. Darin wird klargestellt, dass die Mindestvorgaben der differenzierten Einrichtungen als erfüllt gelten, wenn in keiner Berufsgruppe der geforderte Umsetzungsgrad unterschritten wurde.

Zu Tabelle A5.3

Die Änderung der zulässigen Werte in der Spalte 3 dient der einfacheren Auswertung von Anrechnungen bzw. der Zuordnung von Anrechnungen zwischen den Berufsgruppen gemäß PPP-RL.

Um die Auswertung der Freitextfelder besser handhabbar zu machen, wird die in Spalte 6 zulässige Zeichenanzahl reduziert.

Zu den Tabellen A6.1 bis A6.3

Um die Auswertung der Freitextfelder besser handhabbar zu machen, wird die in den jeweiligen Spalten zulässige Zeichenanzahl reduziert.

Zu Teil A7

Die beim G-BA eingegangenen Anfragen bezüglich der Nachweise haben gezeigt, dass es diverse Sachverhalte gibt, die zur Bewertung der übermittelten Daten von großer Relevanz sind, sich aber nicht im Nachweis abbilden lassen. Auch Probleme und Herausforderungen beim Ausfüllen der Nachweise lassen sich bisher nicht dokumentieren und darstellen. Aus diesen Gründen ist ein Freitextfeld sowohl im Teil A als auch im Teil B erforderlich, welches derartige Angaben ermöglicht und somit auch der Weiterentwicklung der PPP-RL dient.

Zu Tabelle B1.2

Aufgrund von Anfragen von Krankenhäusern wurde der Hinweis ergänzt. Er stellt klar, dass soweit im gesamten Zeitraum keine Stichtagserhebung zur Ermittlung der Behandlungstage

nach Behandlungsbereichen vorliegt, die zuletzt vorliegende Stichtagserhebung eines vorangegangenen Zeitraums zu verwenden ist.

Zu Tabelle B1.3

Die Ergänzung zu den zulässigen Werten in Spalte 4 dient in Verbindung mit § 6 Absatz 1 Satz 3 einer Klarstellung zum Format der Zahlenangaben.

Zur Änderung des Hinweises:

Die bisherige Formulierung ist missverständlich. Die Änderung dient der Klarstellung, dass bei einer Abweichung um mehr als 5 Prozent die Ermittlung der Mindestvorgabe auf Basis der Behandlungstage je Behandlungsbereich des laufenden Quartals zu ermitteln ist.

Zu den Tabellen B2.1 und B2.2

Die Änderung der zulässigen Werte für Spalte 2 in Tabelle B2.1 und Spalte 3 in Tabelle B2.2 ist eine Folgeänderung der Streichung der Berufsgruppe g in § 5 Absatz 2 Satz 1.

Zu Tabelle B2.2

Die Änderung der zulässigen Werte in der Spalte 3 dient der einfacheren Auswertung von Anrechnungen bzw. der Zuordnung von Anrechnungen zwischen den Berufsgruppen gemäß PPP-RL.

Zu Teil B3

Der Hinweis wird als Folgeänderung zur Änderung des § 16 Absatz 6 angepasst.

Zu den Tabellen B4.2 und B4.3

In den Referenztabellen werden Folgeänderungen der Änderungen der Berufsgruppen in § 5 umgesetzt.

Die jeweilige Ergänzung in Buchstabe b1 dient der Klarstellung zur Abgrenzung der „Davon“-Gruppen. In den Angaben b1 sind Pflegefachpersonen mit Weiterbildung Psychiatrische Pflege (b2) und Pflegefachpersonen mit Bachelor Psychiatrische Pflege (b3) nicht enthalten, weil diese getrennt abgefragt werden.

Die Änderung der Formulierung in der Fußnote ist redaktioneller Art.

Zu Teil B6

Die beim G-BA eingegangenen Anfragen bezüglich der Nachweise haben gezeigt, dass es diverse Sachverhalte gibt, die zur Bewertung der übermittelten Daten von großer Relevanz sind, sich aber nicht im Nachweis abbilden lassen. Auch Probleme und Herausforderung beim Ausfüllen der Nachweise lassen sich bisher nicht dokumentieren und darstellen. Aus diesen Gründen ist ein Freitextfeld sowohl im Teil A als auch im Teil B erforderlich, welches derartige Angaben ermöglicht und somit auch der Weiterentwicklung der PPP-RL dient.

Zur Anlage 4 Regelaufgaben

Die Regelaufgaben der Berufsgruppen a und c wurde an die heutigen Tätigkeitsfelder in der stationären Versorgung der Allgemeinen Psychiatrie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Psychosomatik angepasst. Dabei wurden insbesondere die gewachsene Bedeutung der Psychotherapie, die Möglichkeiten der Austauschbarkeit der beiden Berufsgruppen untereinander und die innere Kohärenz der Richtlinie beachtet. Die Erfordernisse der ärztlichen Leistung gemäß § 107 SGB V werden davon nicht berührt.

So wurde beispielsweise bei den Ärztinnen und Ärzten die bisher als rein medizinisch bezeichnete Grundversorgung um den psychotherapeutischen Anteil ergänzt. Auch in den weiteren

Regelaufgaben der Ärztinnen und Ärzte wurde der Aspekt der Psychotherapie deutlicher hervorgehoben. Unter anderen wird zu diesem Zweck im Bereich der Gruppentherapie nun beispielhaft die Psychoedukation und bei den Regelaufgaben der Oberärztinnen und Ärzte die Begleitung und Kontrolle der medizinischen und psychotherapeutischen Diagnostik und Therapie aufgeführt.

Analog der Anpassung der Regelaufgaben bei den Ärztinnen und Ärzten wurde auch bei den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Bezug auf die Psychotherapie bei Anamnese, Therapieplanung, Therapie und Dokumentation durch entsprechende Konkretisierungen deutlicher hervorgehoben, um die gestiegene Bedeutung der Psychotherapie zu unterstreichen.

3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel Verfo. Hieraus resultieren einmalige Bürokratiekosten in Höhe von 53.814 Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage I**.

4. Verfahrensablauf

Am 17. Februar 2021 begann die Arbeitsgruppe (AG) PPP mit der Beratung zur Erstellung des Beschlusssentwurfes. In fünf Sitzungen wurde eine Änderungsfassung zur PPP-RL erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung beraten.

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

Stellungnahmeverfahren

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

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 2. Juni 2021 wurde das Stellungnahmeverfahren mit den gesetzlich stellungnahmeberechtigten Organisationen am 4. Juni 2021 eingeleitet. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahmen endete am 2. Juli 2021. Mit Beschluss des G-BA vom 17. Juni 2021 wurde der Kreis der stellungnahmeberechtigten nach 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Verfo um zwölf weitere Organisationen ergänzt. Das entsprechende Stellungnahmeverfahren wurde am 19. Juni 2021 eingeleitet und endete am 16. Juli 2021. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage III**.

Es gingen 18 Stellungnahmen fristgerecht, eine nicht fristgerecht sowie drei Stellungnahmen unaufgefordert ein. Die eingereichten Stellungnahmen befinden sich in **Anlage IV**. Sie sind mit ihrem Eingangsdatum in **Anlage V** dokumentiert.

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in zwei AG-Sitzungen am 11. und 13. August 2021 vorbereitet und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seinen Sitzungen am 25. August und 1. September 2021 durchgeführt (**Anlage V**). Die stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden mit Schreiben vom 11. bzw. 13. August 2021 zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens eingeladen (vgl. **Anlage V**).

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 16. September 2021 beschlossen, die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie zu ändern.

Die Patientenvertretung und die Ländervertretung tragen den Beschluss mit.

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

6. Zusammenfassende Dokumentation

Anlage I: Bürokratiekostenermittlung

Anlage II: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen

Anlage III: An die stellungnahmeberechtigten Organisationen versandte Änderungsfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie sowie versandte Tragende Gründe

Anlage IV: Von 22 Organisationen eingereichte Stellungnahmen

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

Berlin, den 16. September 2021

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Anlage I Bürokratiekostenermittlung

zur Änderung der PPP-RL: Mindestvorgaben für Psychotherapeuten und Überarbeitung weiterer Regelungen

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

Ziel der Bürokratiekostenermittlung ist die Entwicklung möglichst verwaltungsarmer Regelungen/Verwaltungsverfahren für inhaltlich vom Gesetzgeber bzw. G-BA als notwendig erachtete Informationspflichten. Sie entfaltet keinerlei präjudizierende Wirkung für nachgelagerte Vergütungsvereinbarungen.

Zur Abschätzung der voraussichtlich entstehenden Bürokratiekosten sind nur solche Änderungen in den Vorgaben der PPP-Richtlinie zu betrachten, welche bei den einzelnen Krankenhäusern im Vergleich zum Ist-Zustand bürokratischen Mehr- oder Minderaufwand auslösen. Bestehende bürokratischen Aufwände, bei denen keine Änderungen zu erwarten sind, finden keinen Eingang in die Bürokratiekostenermittlung.

Mit dem vorliegenden Beschluss wird für stationäre Einrichtungen in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung das Nachweisverfahren anhand der Anlage 3, welches die Einhaltung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung quartals- und einrichtungsbezogen und die tatsächliche Personalausstattung monats- und stationsbezogen abbildet, dahingehend verändert, dass zusätzliche Inhalte integriert werden. Hierbei handelt es sich insbesondere um zusätzliche administrative Angaben („Modellvorhaben nach § 64b SGB V/Erläuterung“ und „Erstmalige Leistungserbringung“). Außerdem wird in Teil A die Tabelle „A5.2: Umsetzungsgrad und Erfüllung der Anforderungen im Quartal für die Einrichtungen, differenziert nach Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik“ um die Spalte „Bezugsjahr der Mindestvorgabe“ erweitert sowie in Teil A und B mit Ergänzung des Feldes „A7/B6: Erläuterungen und Hinweise des Standortes zu den getroffenen Angaben“ die Möglichkeit einer neuen Eintragung geschaffen.

Da es sich hierbei um Informationen über die Organisationsstruktur des Standortes handelt, die sich nur sehr selten ändern, wird von einem einmaligen Aufwand für die Datenbeschaffung von 15 Minuten bei einem hohen Qualifikationsniveau ausgegangen. Daraus resultieren für die etwa 600 Einrichtungen, die an der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung teilnehmen, einmalige Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 7.995 Euro (0,25 x 53,30 Euro x 600).

Weiterhin entstehen einmalige Bürokratiekosten aus der Einarbeitung in die geänderten Vorgaben. Dies betrifft zum einen die Anpassung der Referenztabellen „B4.2: Qualifikationen des Personals in der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik“ und „B4.3: Qualifikationen des Personals in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ und zum anderen eine Reihe von überarbeiteten und ergänzten Ausfüllhinweisen. Der hierfür erforderliche Zeitaufwand wird ebenfalls auf 15 Minuten geschätzt und ein hohes Qualifikationsniveau von 53,30 je Stunde zugrunde gelegt. Daraus resultieren einmalige Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 7.995 Euro (0,25 x 53,30 Euro x 600).

Da die Umfänge der angerechneten Fachkräfte im Nachweisverfahren gesondert auszuweisen und zu erläutern sind, entsteht mit den neuen bzw. geänderten Anrechnungsmöglichkeiten zwischen den Berufsgruppen gemäß § 5 Absatz 1 und 2 ein gesonderter Einarbeitungsaufwand in die überarbeitete Anlage 4 (Regelaufgaben), welche sich indirekt auf das Nachweisverfahren bezieht. Der hierfür erforderliche Zeitaufwand wird auf 30 Minuten geschätzt und ein hohes Qualifikationsniveau von 53,30 je Stunde zugrunde gelegt. Daraus resultieren einmalige Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 15.990 Euro ($0,5 \times 53,30 \text{ Euro} \times 600$).

Durch die Verlängerung der quartalsweisen Datenlieferung (§ 11 Absatz 13 Nummer 2) um ein Jahr entstehen einmalige Mehrkosten in Höhe von 21.834 Euro.

Zusammenfassung

Zusammenfassend ist festzustellen, dass mit der Festlegung von Mindestvorgaben für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und der Überarbeitung weiterer Regelungen in der PPP-RL einmalige Bürokratiekosten in Höhe von 53.814 Euro entstehen.

Anlage II Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen

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

Nicht in der AWMF organisierte betroffene medizinische Fachgesellschaften:

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

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

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



Richtlinie

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

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

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

zuletzt geändert am 20. Mai 2021
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT XXXXX)
in Kraft getreten am T. Monat JJJJ

Zuletzt beschlossene Fassung mit sichtbaren Änderungsvorschlägen

Hinweise:

- Entwurf, Stand 02.06.2021 nach Sitzung des UA QS
- Änderungen gegenüber der zuletzt beschlossenen RL-Fassung sind im Änderungsmodus dargestellt.
- Abzustimmende dissente Punkte sind **gelb markiert**.
- Am 18.03. bzw. 20.05.2021 vom G-BA beschlossene Textpassagen im §§-Teil, deren Inkrafttreten noch unter dem Vorbehalt einer Nichtbeanstandung des BMG und/oder einer Veröffentlichung im BAnz stehen, sind grau markiert.

Inhalt

§ 1	Zweck, Ziele und Anwendungsbereich	3
§ 2	Grundsätze	3
§ 3	Behandlungsbereiche.....	5
§ 4	Definition der Tätigkeiten sowie der Tag- und Nachtdienste.....	6
§ 5	Berufsgruppen.....	6
§ 6	Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung.....	8
§ 7	Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und Umsetzungsgrad	9
§ 8	Anrechnungen von Berufsgruppen.....	10
§ 9	Weitere Qualitätsempfehlungen	12
§ 10	Ausnahmetatbestände.....	12
§ 11	Nachweisverfahren	13
§ 12	Veröffentlichungspflichten für Krankenhäuser	15
§ 13	Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben	16
§ 14	Anpassung der Richtlinie.....	17
§ 15	Evaluation der Richtlinie	18
§ 16	Übergangsregelungen	19
Anlage 1	Minutenwertetabellen	21
Anlage 2	Eingruppierungsempfehlungen.....	23
Anlage 3	Nachweis	52
Anlage 4	Regelaufgaben	85

§ 1 Zweck, Ziele und Anwendungsbereich

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

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

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

§ 2 Grundsätze

(1) Über die Vorgaben in § 107 Absatz 1 SGB V hinaus haben die Krankenhäuser im Sinne von § 1 Absatz 2

GKV-SV/PatV/BPtk	DKG
jederzeit	jederzeit

das für die Sicherstellung einer

GKV-SV/PatV/BPtk	DKG
evidenzbasierten und	[keine Übernahme]

leitliniengerechten Behandlung der Patientinnen und Patienten erforderliche Personal vorzuhalten.

(2)

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

(3) Die verbindlichen Mindestvorgaben gelten für den Regeldienst am Tag (Tagdienst). Dieser umfasst alle diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Tätigkeiten, die einen Bezug zur Behandlung der Patientinnen und Patienten haben. Die Regelaufgaben sind in Anlage 4 beschrieben. Nicht zum Regeldienst im Sinne dieser Richtlinie zählen Bereitschaftsdienst, ärztliche Rufbereitschaft und ärztlicher Konsiliardienst sowie Tätigkeiten in Nachtkliniken.

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

(5) Die Mindestvorgaben für den Tagdienst werden gemäß § 6 festgelegt. Für jeden Behandlungsbereich gemäß § 3 in Verbindung mit Anlage 2 und jede Berufsgruppe gemäß § 5 werden Minutenwerte je Patientin und je Patient und Woche gemäß Anlage 1 vorgegeben. Die Mindestvorgaben sind quartalsdurchschnittlich auf Einrichtungsebene, differenziert nach Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie, einzuhalten.

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

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

(8) Die Krankenhäuser stellen die Einhaltung der Mindestvorgaben einrichtungsbezogen anhand der auf einer Station jeweils tatsächlich tätigen Fachkräfte der Berufsgruppen fest.

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

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

- die Ausfallzeiten (Wochenfeiertage, Urlaub, Arbeitsunfähigkeit, Schutzfristen, Kur- und Heilverfahren, Wehrübungen, externe Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, Tätigkeiten im Personalrat, im Betriebsrat, in der Mitarbeitervertretung, in der Vertretung ausländischer, schwerbehinderter oder suchterkrankter Beschäftigter, als Sicherheitsbeauftragte oder Sicherheitsbeauftragter, als Beauftragte oder Beauftragter für Arbeitssicherheit, als Hygienebeauftragte oder Hygienebeauftragter, als Gleichstellungsbeauftragte oder Gleichstellungsbeauftragter und weitere relevante Ausfallzeiten)
- die Besonderheiten der strukturellen und organisatorischen Situation der Einrichtung gemäß § 2 Absatz 5 Satz 3
- Leitungskräfte, Bereitschaftsdienste außerhalb des Regeldienstes, ärztliche Rufbereitschaft, ärztlicher Konsiliardienst, Tätigkeiten in Nachtkliniken, Nachtdienste Pflege, Genesungsbegleitung, sowie
- die gegebenenfalls über Anlage 1 hinausgehenden Minutenwerte, die zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Versorgung erforderlich sind.

Diese Punkte sind bei der Budgetvereinbarung auf der Ortsebene zu berücksichtigen. Im Rahmen seiner Personalplanung hat das Krankenhaus sicherzustellen, dass über die

vorgegebenen Minutenwerte hinaus auch entsprechendes Personal zur Abdeckung dieser Zeiten vorgehalten wird.

§ 3 Behandlungsbereiche

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

A Allgemeine Psychiatrie

- A1 Regelbehandlung
- A2 Intensivbehandlung
- A4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker
- A5 Psychotherapie
- A6 Tagesklinische Behandlung
- A7 Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung

A8 Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär

- A9 Stationsäquivalente Behandlung

S Abhängigkeitskranke

- S1 Regelbehandlung
- S2 Intensivbehandlung
- S4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker
- S5 Psychotherapie
- S6 Tagesklinische Behandlung
- S9 Stationsäquivalente Behandlung

G Gerontopsychiatrie

- G1 Regelbehandlung
- G2 Intensivbehandlung
- G4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker
- G5 Psychotherapie
- G6 Tagesklinische Behandlung
- G9 Stationsäquivalente Behandlung

P Psychosomatik

- P1 Psychotherapie
- P2 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung
- P3 Psychotherapie teilstationär
- P4 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär

GKV-SV/PatV		DKG/BÄK
<u>P5</u>	<u>Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung</u>	[keine Übernahme]
<u>P6</u>	<u>Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär</u>	

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

- KJ Kinder- und Jugendpsychiatrie
- KJ1 Kinderpsychiatrische Regel- und Intensivbehandlung
- KJ2 Jugendpsychiatrische Regelbehandlung
- KJ3 Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung
- KJ5 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker
- KJ6 Eltern-Kind-Behandlung
- KJ7 Tagesklinische Behandlung
- KJ9 Stationsäquivalente Behandlung

§ 4 Definition der Tätigkeiten sowie der Tag- und Nachtdienste

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

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

(3) Die Minutenwerte gelten bei Pflegefachpersonen gemäß § 5 für Tagdienste von täglich 14 Stunden zuzüglich einer halben Stunde Übergabezeit mit dem Personal des Nachtdienstes sowie bei einer gleichbleibenden Personalbesetzung im Pflegedienst an Wochenenden und Feiertagen. Bei Tageskliniken gelten die Minutenwerte in der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik für einen Tagdienst von acht Stunden, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie von zehn Stunden. Die Minutenwerte gelten bei Tageskliniken für fünf Wochentage.

(4) Bei Pflegefachpersonen gemäß § 5 umfasst der Nachtdienst zehn Stunden inklusive 30 Minuten Übergabezeit mit dem Tagdienst. Anfangs- und Endzeiten können variieren.

§ 5 Berufsgruppen

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

- a) Ärztinnen und Ärzte (einschließlich ärztlicher Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten)

- b) Pflegefachpersonen (Dazu gehören Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpflegerinnen und Altenpfleger. Dazu zählen auch

GKV-SV/DKG	PatV/DPR
Pflegefachpersonen mit einer Weiterbildung im Bereich Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie oder mit Hochschulabschluss Bachelor Psychiatrie Pflege.)	Pflegefachpersonen mit einer Weiterbildung im Bereich Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie oder mit Hochschulabschluss Bachelor <u>Master in Psychiatrie</u> Pflege.)

c)

GKV-SV/DKG/PatV/BÄK	BPtK
<u>Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten</u>	
<u>(nicht-ärztlich),</u>	<i>[keine Übernahme]</i>
Psychologinnen und Psychologen	Psychologinnen und Psychologen
(Dazu zählen Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen oder Master in Psychologie, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten,	
<u>Diplom-/Master-Psychologinnen in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin und Diplom-/Master-Psychologen in Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten,</u>	
<u>Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 1. September 2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes sowie</u>	
<u>Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten für Erwachsene</u>	
<u>sowie Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen oder</u>	<i>[keine Übernahme] .)</i>
<u>Master in Psychologie.)</u>	

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

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

- a) Ärztinnen und Ärzte (einschließlich ärztlicher Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten)
- b) Pflegefachpersonen gemäß Absatz 1 und Erziehungsdienst (pädagogisch-pflegerische Fachpersonen, z. B. Kinder-, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Kinder-, Gesundheits- und Krankenpfleger, Erzieherinnen und Erzieher,

Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieherinnen und Jugend- und Heimerzieher)

c)

GKV-SV/DKG/PatV/BÄK	BPtK
<u>Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten</u>	
<u>(nicht-ärztlich),</u>	<i>[keine Übernahme]</i>
Psychologinnen und Psychologen	Psychologinnen und Psychologen
(Dazu zählen Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen oder Master in Psychologie, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, <u>Diplom-/Master-Psychologinnen in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin und Diplom-/Master-Psychologen in Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten, Diplom-/Master-Psychologinnen oder/bzw. (Sozial-) Pädagoginnen in Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und Diplom-/Master-Psychologen oder/bzw. (Sozial-) Pädagogen in Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 1. September 2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes sowie Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche</u> <u>sowie Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen oder Master in Psychologie.)</u>	
	<i>[keine Übernahme] .)</i>

d) ~~Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten (z. B. Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, und Künstlerische Therapeutinnen und Künstlerische Therapeuten, Sprachheiltherapeutinnen und Sprachheiltherapeuten, Logopädinnen und Logopäden)~~

e) Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

f) Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen

g) ~~Sprachheiltherapeutinnen und Sprachheiltherapeuten, Logopädinnen und Logopäden~~

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

§ 6 Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung

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

GKV-SV	DKG
, die Zwischenwerte sind kaufmännisch auf zwei Nachkommastellen	die Zwischenwerte sind kaufmännisch auf zwei Nachkommastellen

zu runden.

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

(3) Die Behandlungstage je Behandlungsbereich ergeben sich für das jeweilige Krankenhaus aus der Anzahl der im jeweiligen Quartal des Vorjahres behandelten Patientinnen und Patienten und deren 14-tägiger Einstufung in die Behandlungsbereiche gemäß § 3 unter Berücksichtigung der Eingruppierungsempfehlungen gemäß Anlage 2.

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

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

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

§ 7 Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und Umsetzungsgrad

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

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

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

(4) Die Mindestvorgaben sind erfüllt, wenn der durchschnittliche Umsetzungsgrad für die Einrichtung über oder gleich 100 Prozent ist und keine der Berufsgruppen in der Einrichtung einen Umsetzungsgrad unter 100 Prozent hat. Auf die Übergangsregelung in § 16 wird verwiesen.

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

(6) Für die durchschnittliche Pflegepersonalausstattung werden alle Pflegefachpersonen gemäß § 5 berücksichtigt, die im Nachtdienst einer Station tätig waren. Die durchschnittliche Personalausstattung je Nacht ermittelt sich aus der Summe der geleisteten Arbeitsstunden eines Kalendermonats geteilt durch die Anzahl der ~~Stunden des Nachtdienstes~~ Nächte (Kalendertage mal 10 Stunden) des jeweiligen Kalendermonats. Dabei sind Pflegefachpersonen gemäß § 5, die an einem Arbeitstag im Tagdienst und im Nachtdienst gemäß § 4 Absatz 3 tätig waren, anteilig zuzuordnen.

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

(8) Das Krankenhaus hat zusätzlich die Anzahl der Nächte zu ermitteln, in denen weniger als 16 VKS durch Pflegefachpersonen gemäß § 5 je Nachtschicht und in denen weniger als 14 VKS durch Pflegefachpersonen gemäß § 5 je Nachtschicht geleistet wurden.

§ 8 Anrechnungen von Berufsgruppen

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

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

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

GKV-SV/PatV	DKG/BÄK/DPR	BPtK
[keine Übernahme]	<u>Darüber hinaus ist bei psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene sowie bei psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche eine Anrechnung von</u>	
	<u>der Berufsgruppe c</u>	<u>den Berufsgruppen a und c</u>
	<u>auf die Berufsgruppen b, d, e, f und g möglich.</u>	

Die Umfänge der angerechneten Fachkräfte sind im Nachweis gesondert auszuweisen und zu erläutern.

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

(5) Bei der tatsächlichen Personalausstattung gemäß § 7 können Fachkräfte und Hilfskräfte aus nicht in § 5 genannten Berufsgruppen im begrenzten Umfang angerechnet werden, soweit diese gemäß Anlage 4 Regelaufgaben der Berufsgruppe, bei der die Anrechnung erfolgen soll, erbringen, solange eine Qualifikation zur Erfüllung der Regelaufgaben vorliegt. Die Qualifikation muss eine mindestens vergleichbare pflegerische oder therapeutische Behandlung der Patientinnen und Patienten sicherstellen. Die Qualifikationserfordernisse können auch durch eine mindestens fünfjährige praktische Tätigkeit in der stationären psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhausbehandlung nachgewiesen werden. Eine Anrechnung anderer in § 5 nicht genannter Berufsgruppen auf die Berufsgruppe gemäß § 5 Absatz 1a und 2a ist ausgeschlossen. Die Umfänge der angerechneten Fachkräfte und Hilfskräfte sind im Nachweis gesondert auszuweisen und zu erläutern. Bei der Anrechnung von Fachkräften und Hilfskräften aus anderen Berufsgruppen sind folgende Höchstgrenzen zu beachten:

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

Diese gelten in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Der Umfang der Anrechnungsmöglichkeiten in psychosomatischen Einrichtungen gemäß diesem Absatz wird bis zum 30. September 2022 festgelegt.

GKV-SV/DKG/PatV	BPtK
[keine Übernahme]	<u>(6) Bei der tatsächlichen Personalausstattung gemäß § 7 können Diplom- und Master-Psychologinnen und -Psychologen, die keine Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin oder zum Psychologischen Psychotherapeuten absolvieren, auf die Berufsgruppe gemäß § 5 Absatz 1 Buchstabe c, und Diplom- und</u>

	<u>Master-Psychologinnen und -Psychologen, die keine Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten absolvieren, auf § 5 Absatz 2 Buchstabe c bis zum 1. September 2035 angerechnet werden. In begründeten Einzelfällen ist eine Anrechnung auch über diese Frist hinaus möglich.</u>
--	--

§ 9 Weitere Qualitätsempfehlungen

- (1) Es wird empfohlen, eine Stationsgröße in der Erwachsenenpsychiatrie von 18 Behandlungsplätzen, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie von zwölf Behandlungsplätzen nicht zu überschreiten.
- (2) In der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik sollen zusätzlich zu den in § 5 genannten Berufsgruppen Genesungsbegleiterinnen oder Genesungsbegleiter auf den Stationen eingesetzt werden.

§ 10 Ausnahmetatbestände

- (1) Die Krankenhäuser können von den verbindlichen Mindestvorgaben für die Personalausstattung abweichen
1. bei kurzfristigen krankheitsbedingten Personalausfällen, die in ihrem Ausmaß über das übliche Maß (mehr als 15 Prozent des vorzuhaltenden Personals) hinausgehen oder
 2. bei einer kurzfristig stark erhöhten Anzahl von Behandlungstagen bei Patientinnen und Patienten mit gesetzlicher Unterbringung oder landesrechtlicher Verpflichtung im Sinne einer regionalen Pflichtversorgung zur Aufnahme, die in ihrem Ausmaß über das übliche Maß (mehr als 110 Prozent des Umfangs des Vorjahres) hinausgehen oder
 3. bei gravierenden strukturellen oder organisatorischen Veränderungen in der Einrichtung gemäß § 2 Absatz 5 Satz 3, wie z. B. Stationsumstrukturierungen oder -schließungen.
- (2) Das Krankenhaus ist verpflichtet, das Vorliegen der Voraussetzungen eines Ausnahmetatbestandes nach Absatz 1 gemäß § 11 nachzuweisen. Die Ausnahmetatbestände nach Absatz 1 beziehen sich auf die einzelnen differenzierten Einrichtungen gemäß § 2 Absatz 5 Satz 3. Der Ausnahmetatbestand nach Absatz 1 Nummer 1 bezieht sich auf das gesamte therapeutische Personal der jeweiligen differenzierten Einrichtung gemäß § 5 in Verbindung mit § 8. Liegen ein oder mehrere Ausnahmetatbestände nicht im gesamten Quartal, sondern nur für ein oder zwei Kalendermonate oder in einem Drittel oder zwei Dritteln des jeweiligen Quartals vor, ist das Krankenhaus verpflichtet, die quartalsbezogenen Mindestvorgaben anteilig in den anderen Zeiträumen des Quartals einzuhalten. Das Krankenhaus hat die Einhaltung in den Zeiträumen des Quartals, in denen keine Ausnahmetatbestände vorliegen, durch einen zusätzlichen quartalsbezogenen Nachweis nach Anlage 3 nachzuweisen. Das Krankenhaus hat die ihm zur Verfügung stehenden Handlungsmöglichkeiten zu nutzen, um die verbindlichen Mindestvorgaben schnellstmöglich wieder zu erfüllen.
- (3) Die Nachweispflichten gemäß § 11 finden bis zum 31. Dezember 2020 keine Anwendung.

§ 11 Nachweisverfahren

(1) Die Krankenhäuser weisen die Einhaltung der Mindestvorgaben nach. Hierzu sind die gemäß § 6 quartals- und einrichtungsbezogen ermittelten Mindestvorgaben für die Personalausstattung und die tatsächliche Personalausstattung sowie die strukturellen Informationen des Krankenhauses monatsbezogen und stationsbezogen sowie Gründe für etwaig auftretende Abweichungen und gegebenenfalls Ausnahmetatbestände für das jeweilige Quartal anhand der standardisierten Nachweise in Anlage 3 darzustellen.

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

- a) die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen (Teil A des Nachweises in Anlage 3),
- b) das IQTIG (Teil A und B des Nachweises nach Anlage 3).

(3) Davon unberührt sind die Krankenhäuser verpflichtet, eine Nichterfüllung der einrichtungs- und quartalsbezogenen Mindestvorgaben nach § 6 unter Angabe des Standortes unverzüglich, jedoch spätestens 14 Tage nach Ende des betreffenden Quartals, den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und der zuständigen Landesaufsichtsbehörde anzuzeigen. In der Anzeige nach Satz 1 sind die konkreten nicht erfüllten Mindestanforderungen aufzuführen und die Voraussetzungen gegebenenfalls vorliegender Ausnahmetatbestände nach § 10 nachzuweisen. ~~Hierbei-Dazu~~ ist Teil A des quartalsbezogenen Nachweises nach Anlage 3 ~~mit~~-zu übermitteln.

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

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

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

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

(8) Das IQTIG prüft die übermittelten Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität und informiert das Krankenhaus bei Korrekturbedarf. Eine Übersendung der korrigierten Daten durch das Krankenhaus an

GKV-SV/PatV	DKG/BÄK
das IQTIG <u>die Empfänger nach Absatz 2</u>	das IQTIG

ist bis zum 1. März des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres möglich.

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

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

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

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

(13) Bis zum 1. Januar

GKV-SV/PatV	DKG
2024 ⁵	2024

gelten für den Nachweis der Einhaltung der Mindestvorgaben im Sinne von Absatz 1

GKV-SV/PatV	DKG
[keine Übernahme]	<u>und Absatz 3</u>

folgende abweichende Regelungen:

1. Die Erfüllung der Mindestanforderungen im Sinne von Absatz 1 wird quartalsweise im Rahmen des Nachweisverfahrens vom G-BA abgefragt. Dazu übermitteln die Krankenhäuser nach Absatz 2 jeweils standortbezogen die Daten nach Absatz 1 jeweils sechs Wochen nach Ende des zu erfassenden Quartals, spätestens aber bis zum 15. Mai für das erste Quartal, bis zum 15. August für das zweite Quartal, bis zum 15. November

für das dritte Quartal, bis zum 15. Februar für das vierte Quartal in elektronischer Form an das IQTIG (Teil A und B des Nachweises nach Anlage 3) und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen (Teil A des Nachweises nach Anlage 3).

GKV-SV/PatV	DKG/BÄK
[keine Übernahme]	<u>Eine Lieferung gemäß § 11 Absatz 3 14 Tage nach Ende des betreffenden Quartals ist nicht erforderlich. Bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben hat innerhalb der in Satz 2 genannten Fristen eine zusätzliche Lieferung von Teil A an die zuständige Landesaufsichtsbehörde zu erfolgen.</u>

2. Abweichend von Nummer 1 findet die erste elektronische Übermittlung der Einhaltung der Mindestanforderungen im Sinne von Absatz 1 bis zum 30. April 2021 für alle vier Quartale des Jahres 2020 statt. Ab dem 15. Mai 2021 bis zum 1. Januar

GKV-SV/PatV	DKG/BÄK
2024 ⁵	2024

erfolgt dann die quartalsweise Übermittlung.

3. Eine Übersendung von korrigierten Daten nach Absatz 8 ist bis zu zwei Kalendermonate nach Ende des zu erfassenden Quartals möglich (bis zum 1. Juni für das erste Quartal, bis zum 1. September für das zweite Quartal, bis zum 1. Dezember für das dritte Quartal, bis zum 1. März für das vierte Quartal). Abweichend von Satz 1 ist für das Erfassungsjahr 2020 eine Übersendung von korrigierten Daten für alle vier Quartale bis zum 1. Juli 2021 möglich.
4. Das IQTIG übermittelt dem G-BA die Ergebnisse nach Absatz 10 für das Erfassungsjahr 2020 als Jahresbericht spätestens zum 31. Juli 2021, für die Erfassungsjahre 2021, 2022 und 2023 quartalsweise jeweils spätestens vier Kalendermonate nach Ende des betreffenden Quartals in Form eines Quartalsberichtes, der vom G-BA ab dem Erfassungsjahr 2023 zu veröffentlichen ist.
5. Übermittelt ein Krankenhaus die Daten nach Absatz 12 nicht fristgerecht bis zum 15. Mai für das erste Quartal, bis zum 15. August für das zweite Quartal, bis zum 15. November für das dritte Quartal und bis zum 15. Februar für das vierte Quartal, erfolgt unverzüglich eine schriftliche Erinnerung durch das IQTIG. Für Krankenhäuser, die bis zum Ende der Korrekturfrist zwei Kalendermonate nach Ende des zu erfassenden Quartals, d. h. bis zum 1. Juni für das erste Quartal, bis zum 1. September für das zweite Quartal, bis zum 1. Dezember für das dritte Quartal und bis zum 1. März für das vierte Quartal die Daten nach Absatz 12 nicht oder nicht vollständig übermittelt haben, gilt Absatz 12 Satz 2 und 3. Abweichend von Satz 1 und 2 gilt für das Erfassungsjahr 2020 gemäß Absatz 13 Nummer 2 eine Datenlieferfrist bis zum 30. April 2021. Die Korrekturfrist endet am 1. Juli 2021.

§ 12 Veröffentlichungspflichten für Krankenhäuser

Die Erfüllung der Mindestvorgaben insgesamt und für die einzelnen Berufsgruppen (die tatsächliche Personalausstattung und der Umsetzungsgrad) ~~ist für die einzelnen Berufsgruppen sowie~~

GKV-SV/PatV	DKG
-------------	-----

<u>weitere Strukturinformationen der Anlage 3, die den zum Verständnis des jeweiligen Erfüllungsgrades erforderlichen Kontext liefern, sind</u>	<u>zur Anwendung gebrachte Ausnahmetatbestände nach § 10 sind</u>
---	---

im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser darzustellen.

GKV-SV/PatV	DKG
<u>Dabei gilt § 11 Absatz 11 entsprechend.</u>	[keine Übernahme]

Die

GKV-SV/PatV	DKG
<u>Inhalte und die</u>	[keine Übernahme]

Darstellung regelt der G-BA auf der Grundlage des § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V in den Qb-R.

§ 13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben

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

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

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

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

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

(5) In der Zeit vom 1. Januar 2022 bis zum 31. Dezember 2023 wird im Falle einer Nichteinhaltung eines Fachgebiets die Höhe des Wegfalls des Vergütungsanspruchs in

Abhängigkeit vom Umfang der fehlenden Vollkraftstunden berechnet. Dazu wird der Anteil der fehlenden Vollkraftstunden an der Gesamtzahl der Vollkraftstunden für alle Berufsgruppen ermittelt. Der Anteil der fehlenden Vollkraftstunden nach Satz 2 errechnet sich unter Berücksichtigung der Übergangsregelungen gemäß § 16 Absatz 1 aus der Summe der Differenz zwischen 90 Prozent der Mindestpersonalausstattung VKS-Mind und der tatsächlichen Personalausstattung VKS-Ist für alle Berufsgruppen mit einem Umsetzungsgrad unter 90 Prozent dividiert durch 90 Prozent der Summe der Mindestpersonalausstattungen VKS-Mind aller Berufsgruppen. Im Jahr 2021 erfolgt kein Vergütungswegfall. Im Jahr 2022 ergibt sich der Prozentsatz des Wegfalls des Vergütungsanspruchs aus dem 1,2-fachen Wert des prozentualen Anteils der fehlenden Personalausstattung nach den Sätzen Satz 2 und 3. Im Jahr 2023 ergibt sich der Prozentsatz des Wegfalls des Vergütungsanspruchs aus dem 1,7-fachen Wert des prozentualen Anteils der fehlenden Personalausstattung nach den Sätzen 2 und 3.

(6) Spätestens bis zum 31. Oktober 2023 trifft der G-BA Entscheidungen über weitergehende Sanktionsregelungen im Hinblick auf die Umsetzung für einen weiteren Wegfall des Vergütungsanspruchs.

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

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

§ 14 Anpassung der Richtlinie

(1) Die Daten des Nachweisverfahrens nach § 11 sollen im Auftrag des G-BA vom IQTIG oder sonst geeigneten Dritten ausgewertet werden. Auf Grundlage dieser Daten ermittelt der G-BA den Umsetzungsstand sowie gegebenenfalls vorliegende Umsetzungshindernisse und überprüft im Rahmen der ihm obliegenden Beobachtungspflicht die Personalvorgaben und deren gegebenenfalls erforderliche Anpassung. Dabei sind auch die Ergebnisse der zu dieser Thematik vom G-BA durchgeführten Fachgespräche, die Erkenntnisse aus der Umsetzung der

Richtlinie ab 1. Januar 2020, des Evaluationsberichtes nach § 15 Absatz 2 und weitere dem G-BA vorliegende Ergebnisse zum Ist-Zustand der Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik zu berücksichtigen.

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

- die Mindestvorgaben für die Psychosomatik,
- die Minutenwerte in den Behandlungsbereichen,
- der Anteil der Minutenwerte für die regionale Pflichtversorgung gesondert für Erwachsene und die Kinder und Jugendlichen,
- die Mindestpersonalausstattung für die Nachtdienste,
- die Regelaufgaben der Berufsgruppe der Psychologinnen und Psychologen vor dem Hintergrund der Berufsbilder der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- die Personalausstattung in besonders sensiblen Versorgungsbereichen wie z. B. der Gerontopsychiatrie oder geschützten Intensivversorgungsbereichen im Vergleich zu anderen Versorgungsbereichen.

Zudem soll auch geprüft werden, ob die in § 2 vorgesehene monatliche Dokumentation durch eine andere Systematik ersetzt werden kann, die den mit der Richtlinie verfolgten Qualitätssicherungszwecken in angemessener Form Rechnung trägt und ob in der Praxis alternative, stationersetzende Modelle etabliert sind, deren Berücksichtigung beim Nachweisverfahren zur Verringerung des Dokumentationsaufwands führen.

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

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

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

§ 15 Evaluation der Richtlinie

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

Zweck zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse darzustellen.

- (2) Der G-BA wird die Evaluation so beauftragen, dass der schriftliche Evaluationsbericht bis zum 31. Dezember 2024 vorliegt.
- (3) Bei den Evaluationen sind die Daten des Nachweisverfahrens zu berücksichtigen.

§ 16 Übergangsregelungen

(1) Die Mindestvorgaben nach § 6 müssen ab dem 1. Januar 2024 erfüllt werden. Für die Übergangszeit gilt folgendes gestuftes Verfahren:

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

GKV-SV/PatV	DKG
3. <u>Die Mindestvorgaben nach § 6 müssen ab dem 1. Januar 2023 zu 95 Prozent erfüllt sein.</u>	<i>[keine Übernahme]</i>

(2) Die Vorgaben bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben gemäß § 13 Absätze 1 bis 7 sowie der in § 13 Absatz 8 geregelte Vergütungsabschlag bei nicht vollständiger Erfüllung der Mitwirkungspflichten finden erst ab dem 1. Januar 2022 Anwendung. Davon unberührt bleibt der Vergütungsabschlag gemäß § 13 Absatz 8 bei nicht fristgerechter Erfüllung der Mitwirkungspflichten.

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

(4) Für Einrichtungen der Psychosomatik werden bis zum 31. Dezember 2022 die Ermittlung der Mindestvorgaben nach § 6, die Ermittlung des Umsetzungsgrades nach § 7 sowie die Meldung bei Nichteinhaltung gemäß § 11 Absatz 3 Satz 1 ausgesetzt. Davon unbenommen haben die Einrichtungen eine Einstufung der Patientinnen und Patienten nach § 6 Absatz 3 vorzunehmen und die tatsächliche Personalausstattung nach § 7 nachzuweisen. Für Einrichtungen der Psychosomatik finden die Vorgaben bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben gemäß § 13 Absätze 1 bis 7 sowie der in § 13 Absatz 8 geregelte Vergütungsabschlag bei nicht vollständiger Erfüllung der Mitwirkungspflichten erst ab dem 1. Januar 2023 Anwendung. Davon unberührt bleibt der Vergütungsabschlag gemäß § 13 Absatz 8 bei nicht fristgerechter Erfüllung der Mitwirkungspflichten.

(5) Abweichend von § 11 Absatz 2 sind die Nachweise für das Jahr 2020, ~~und das Jahr 2021~~ und das Jahr 2022 in elektronischer Form auf Basis der Checkliste gemäß Anlage 3, die vom G-BA spätestens zum 1. Juli 2020 als Servicedokument für die Übermittlung der Daten zur Verfügung gestellt wird, an das IQTIG (Teil A und B) und Teil A der Nachweise an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie bei Übermittlung des Teils A der Nachweise gemäß § 11 Absatz 3 bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben zusätzlich an die Landesaufsichtsbehörde zu übermitteln.

(6) Die Erfassung der Regelaufgaben im Nachweis gemäß Anlage 3 Teil B3 wird für das Jahr 2020, ~~und das Jahr 2021~~ und das Jahr 2022 ausgesetzt. Das Servicedokument nach Absatz 5 enthält dementsprechend für das Jahr 2020, ~~und das Jahr 2021~~ und das Jahr 2022 keine Abfrage zur Anlage 3 Teil B3.

(7) Die Höchstgrenzen für die Anrechnungen nach § 8 Absatz 5 finden erst ab dem 1. Januar 2023 Anwendung.

GKV-SV/PatV	DKG
[keine Übernahme]	(8) <u>Eine Anrechnung gemäß § 8 Absatz 3 Satz 4 ist bis zum 31. Dezember 2022 auch bei Übernahme von Aufgaben der jeweiligen Berufsgruppe außerhalb der Regelaufgaben gemäß Anlage 4 möglich.</u>

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

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

Behandlungsbereiche	Ärztinnen und Ärzte, <u>ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten</u>			Pflegefachpersonen		Psychologinnen und Psychologen, <u>GKV/DKG/PatV nicht-ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten</u>			Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	Bewegungs-therapeutinnen und Bewegungs-therapeuten, Physio-therapeutinnen und Physiotherapeuten	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen
	GKV/DKG	PatV/BÄK	BPtK	GKV/PatV	DKG	GKV/DKG	BÄK	BPtK/PatV			
A1	207	207 247	207 186	856		49	49 93	49 147	122	28	76
A2	257	257 279	257 229	1536		35	35 72	35 146	117	29	74
A4	132		132 138	1012		75		75 133	113	27	59
A5	154	154 183	154 160	476		107	107 136	107 171	103	31	14
A6	114	114 168	114 118	329		107	107 137	107 170	176	17	67
A7	265			509		132			102	50	49
A8	265			201	509	132			102	50	49
A9	-			-		-			-	-	-
S1	226	226 253	226 206	835		61	61 93	61 165	72	35	109
S2	256	256 271	256 232	1562		68	68 87	68 186	51	34	153
S4	106		106 113	961		102		102 163	112	38	77
S5	131	131 178	131 138	477		106	106 142	106 170	101	31	48
S6	115	115 169	115 120	318		105	105 135	105 168	154	16	101
S9	-			-		-			-	-	-
G1	183	183 221	183 159	1270		56	56 74	56 156	102	35	75
G2	211	211 220	211 177	1645		37	37 23	37 152	78	40	51
G4	100		100 97	1187		63		63 134	72	44	42
G5	119	119 166	119 126	519		98	98 145	98 160	76	31	13
G6	115	115 169	115 118	372		107	107 137	107 171	167	26	68
G9	-			-		-			-	-	-
		GKV/DKG/PatV/BÄK	BPtK	GKV/PatV	DKG	GKV/DKG	BÄK	BPtK/PatV			
P1	154		154 160	476		107	107	107 171	103	31	14
P2	265			509		132			102	50	49

P3	114	329	107	176	17	67	
P4	265	509 201	509	132	102	50	49
[GKV-SV/PatV: P5]	265	329	312	102	50	67	
[GKV-SV/PatV: P6]	265	123	312	102	50	67	

2. Psychiatrische Einrichtungen für Kinder und Jugendliche

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

Behandlungsbereiche	Ärztinnen und Ärzte, <u>ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten</u>		Pflegefachpersonen und Erziehungsdienst	Psychologinnen und Psychologen, <u>GKV/DKG/PatV nicht-ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten</u>		Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	Bewegungs-therapeutinnen und Bewegungs-therapeuten, Physio-therapeutinnen und Physiotherapeuten	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	<u>Sprachheil-therapeutinnen und Sprachheil-therapeuten, Logopädinnen und Logopäden</u>
	GKV/DKG	BPtK/PatV		GKV/DKG	BPtK/PatV				
KJ1	270	270 313	2015	193	193 266	144 179	86	165	35
KJ2	264	264 304	1874	190	190 258	174 182	78	128	8
KJ3	337	337 370	2495	173	173 285	62	22	77	0
KJ5	151	151 171	2143	134	134 216	222 244	101	97	22
KJ6	277	277 314	845	209	209 339	116 142	80	155	26
KJ7	259	259 299	799	196	196 271	134 161	66	140	27
KJ9	-	-	-	-	-	-	-	-	-

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

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

Anlage 2 Eingruppierungsempfehlungen

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

Inhaltliche Beschreibung der aufgabentypischen Schwerpunkte (inklusive Erläuterungen)**A. Allgemeine Psychiatrie**

1. Behandlungsbereiche	2. Kranke	3. Behandlungsziele	4. Behandlungsmittel	5. Erläuterungen	6. Beispiele
A1 Regelhandlung	Akut psychisch Kranke in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene	Erkennen und Heilen, psychische und soziale Stabilisierung	Diagnostik, Psychopharmakotherapie, Psychotherapie, psychosoziale Therapie ¹ , Ergotherapie und Künstlerische Therapie	In den Behandlungsbereich A1 sind stationär behandelte Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Teilgebiet Allgemeine Psychiatrie einzugruppieren, sofern keine Intensivbehandlung (A2), rehabilitative Behandlungsziele und -mittel (A3), eine langdauernde Behandlung bei komplexer Symptomatik (A4) oder psychotherapeutische Behandlungsmittel (A5) dominieren.	Patient, Alter 50 Jahre, mit mittelschwerer Depression verbunden mit Antriebslosigkeit, sozialem Rückzug und gelegentlichen Lebensüberdrussgedanken ist nicht dazu in der Lage, seine Medikamente selbständig einzunehmen. Eine ausreichende Selbstversorgung und Tagestrukturierung sind im Alltag nicht mehr gewährleistet.
A2 Intensivbehandlung	Psychisch Kranke, manifest selbstgefährdet, fremdgefährdend, somatisch vitalgefährdet in psychiatrischen	Erkennen und Heilen, Risikoabschätzung, Krisenbewältigung. Stabilisierung als Voraussetzung für	Diagnostik, Erst- und Notfallbehandlung, einzelbezogene Intensivbehandlung einschließlich Psychopharmakotherapie	Beim Behandlungsbereich A2 (ebenso S2 und G2) ist in der Spalte „Kranke“ das Wort „manifest“ zu beachten. Z. B. ist bei Suizidgefahr gemeint, dass die Patientin oder der Patient	Patient, Alter 22 Jahre, mit akutem Schub einer schizophrenen Psychose ist affektiv gespannt, kann die Nähe anderer nicht ertragen, wird aggressiv/tätlich gegenüber

¹ Als psychosoziale Therapie werden in diesem Zusammenhang alle handlungsorientierten Einflussmaßnahmen auf die Wechselwirkungen zwischen der Erkrankung der Patientin oder des Patienten und ihrem oder seinem sozialen Umfeld verstanden.

	<p>Einrichtungen für Erwachsene</p>	<p>weitere therapeutische Maßnahmen</p>		<p>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</p>	<p>anderen. Täglich sind, auch unvorhersehbar, mehrfach ärztliche Behandlungsmaßnahmen (Einschätzung des Gefährdungspotentials, Kriseninterventionsgespräche, Adaption der Bedarfsmedikation, Festlegung der Beaufsichtigungsintensität) erforderlich. Der pflegerische Beobachtungs-, Überwachungs- und Interventionsbedarf ist hoch, der Patient wird engmaschig beaufsichtigt.</p>
--	-------------------------------------	---	--	---	---

				<p>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).</p> <p>Die Intensivbehandlung ist in der Regel eine relativ kurze Durchgangsphase, meist in Richtung Behandlungsbereich A1. Sie kann aber auch als Kriseninterventionsphase von jeder anderen Ebene aus notwendig werden.</p> <p>Die Einstufung in die Intensivbehandlung ist nicht mit Beurlaubung oder unbegleitetem Ausgang von der Station vereinbar. Zur Entaktualisierung können kurze begleitete Ausgänge durchgeführt werden. Der Behandlungsbereich A2 kann auch noch für wenige Tage vorliegen, wenn sich die Patientin oder der Patient nach einer hochakuten Symptomatik bessert, die Gefährdungsaspekte aber noch nicht sicher abgeklungen sind (z. B. bei abklingender manifester Suizidalität).</p>	
--	--	--	--	--	--

<p>A4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker</p>	<p>Psychisch Kranke mit anhaltend akuten Symptomen und/oder erheblichen psychischen und sozialen Krankheitsfolgen, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene stationär behandelt werden</p>	<p>Bessern, Lindern, Verhüten von Verschlimmerung, Stabilisierung als Voraussetzung für weitere therapeutische Maßnahmen</p>	<p>Medizinische Grundversorgung mit hohem ärztlichen und pflegerischen Aufwand, mehrdimensionale Einzelbehandlung, Gestaltung des therapeutischen Milieus in Kleingruppen</p>	<p>Diese Kranken haben einen anhaltend akuten Krankheitsverlauf, so ähnlich wie bei Behandlungsbereich A1, jedoch länger andauernd. Der hohe ärztliche und pflegerische Aufwand kann z. B. erforderlich werden, wenn neben der Psychose eine hirnorganische Schädigung verschlimmernd hinzukommt oder wenn neben der psychischen Erkrankung erhebliche körperliche Erkrankungen (Diabetes mellitus, häufige Asthmaanfälle etc.) vorliegen. Patientinnen und Patienten im Behandlungsbereich A4 können in der Regel nicht selbständig zu ihren therapeutischen Aktivitäten oder zu ihren diagnostischen Maßnahmen außerhalb der Station gehen und bedürfen daher pflegerischer Begleitung. Der hohe therapeutische Aufwand muss aus der Dokumentation erkennbar sein.</p>	<p>Patientin, Alter 47 Jahre, mit chronisch-rezidivierender Schizophrenie mit akuter paranoid-halluzinatorischer Symptomatik, ist übergewichtig, hat einen insulinpflichtigen Diabetes mellitus mit diabetischen Folgeschädigungen und unzureichender Stoffwechsellage. Insbesondere die medikamentöse Behandlung kann wegen der Multimorbidität nur langsam einschleichend und unter ständiger ärztlicher Kontrolle unter Bezug auf die Komorbidität vorgenommen werden.</p>
--	---	--	---	--	---

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

A6 Tagesklinische Behandlung²	Psychisch Kranke, nicht oder nicht mehr vollstationär behandlungsbedürftig, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene teilstationär behandelt werden	Erkennen und Heilen, psychische und soziale Stabilisierung, Wiedereingliederung, Krisenbewältigung	Diagnostik, Psychopharmakotherapie, Psychotherapie, psychosoziale Therapie, Ergotherapie und Künstlerische Therapie	Tagesklinische Behandlung ist in einer Tagesklinik oder integriert auf einer Station möglich. Voraussetzungen für eine tagesklinische Behandlung - entweder bei Direktaufnahme aus dem ambulanten Bereich oder im Anschluss an die vollstationäre Behandlung - sind eine ausreichende Absprachefähigkeit der Patientin oder des Patienten, ausreichende körperliche und psychische Belastbarkeit, ausreichende Betreuungsmöglichkeiten abends, nachts und an den Wochenenden und die Fähigkeit, den täglichen Weg in die Tagesklinik bewältigen zu können. Direktaufnahmen in die Tagesklinik aus dem ambulanten Bereich begründen in der Regel einen höheren diagnostischen und therapeutischen Aufwand.	Patient, Alter 35 Jahre, mit einer initial schweren depressiven Episode mit Herabgestimmtheit und erheblicher Antriebsminderung, wird nach einer vollstationären Behandlung tagesklinisch weiterbehandelt, nachdem sich die Depression etwas aufgehellt hat und der Patient den Weg zu und von der Tagesklinik gut bewältigen kann.
---	--	--	---	---	---

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.

<p>A7 Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung</p>	<p>Psychisch oder somatoform erkrankte Menschen, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene <u>vollstationär</u> entweder <u>stationär</u> komplex psychosomatisch-psychotherapeutisch oder komplex psychotherapeutisch behandelt werden und die Voraussetzungen des OPS-Codes 9-62 oder des OPS-Codes 9-63 erfüllen.</p>	<p>Erkennen und Heilen, Krisenbewältigung, Befähigung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung</p>	<p>Komplexe psychosomatische-psychotherapeutische oder komplexe psychotherapeutische Behandlung unter Einsatz eines psychodynamisch oder kognitiv-behavioralen Grundverfahrens als reflektierter multiprofessioneller Mehrpersonen-Interaktionsprozess unter der Leitung einer Fachärztin oder eines Facharztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder einer Fachärztin oder eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie. Die [GKV-SV: Struktur- und] Mindestmerkmale des OPS-Codes 9-62 oder des OPS-Codes 9-63 müssen erfüllt sein. Damit müssen insbesondere die durchgeführten ärztlichen und/oder psychologischen Verfahren (ärztl. und psycholog. Einzel- und Gruppentherapie) mindestens</p>	<p>Dies ist eine komplexe psychosomatische-psychotherapeutische oder komplexe psychotherapeutische Behandlung, bei der die Psychotherapie im Vordergrund steht. Die Patientinnen und Patienten sind soweit stabil, dass sie weniger therapeutische Unterstützung in der Bewältigung des Alltags benötigen, als beispielsweise im Behandlungsbereich A1. Eine psychopharmakologische Mitbehandlung ist dabei nicht ausgeschlossen.</p>	
--	--	---	--	---	--

			drei Therapieeinheiten pro Woche umfassen.		
A 8 <u>Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär</u>	<u>Psychisch oder somatoform erkrankte Menschen, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene teilstationär entweder komplex psychosomatisch-psychotherapeutisch oder komplex psychotherapeutisch behandelt werden und die Voraussetzungen des OPS-Codes 9-62 oder des OPS-Codes 9-63 erfüllen.</u>	<u>Erkennen und Heilen, Krisenbewältigung, Befähigung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung</u>	<u>Komplexe psychosomatische-psychotherapeutische oder komplexe psychotherapeutische Behandlung unter Einsatz eines psychodynamisch oder kognitiv-behavioralen Grundverfahrens als reflektierter multiprofessioneller Mehrpersonen-Interaktionsprozess. Die [GKV-SV: Struktur- und] Mindestmerkmale des OPS-Codes 9-62 oder des OPS-Codes 9-63 müssen erfüllt sein. Damit müssen insbesondere die durchgeführten ärztlichen und/oder psychologischen Verfahren (ärztl. und psycholog. Einzel- und Gruppentherapie) mindestens drei Therapieeinheiten pro Woche umfassen.</u>	<u>Dies ist eine komplexe psychosomatische-psychotherapeutische oder komplexe psychotherapeutische Behandlung, bei der die Psychotherapie im Vordergrund steht. [GKV-SV: Die Patientinnen und Patienten sind soweit stabil, dass sie weniger therapeutische Unterstützung in der Bewältigung des Alltags benötigen als beispielweise im Behandlungsbereich A1.] Eine psychopharmakologische Mitbehandlung ist dabei nicht ausgeschlossen.</u>	
A9 Stationsäquivalente Behandlung	Kranke, die einer stationsäquivalenten Behandlung im Sinne von § 39 Absatz 1 SGB V				

	bedürfen, die nicht in S9 oder G9 eingestuft werden.				
--	--	--	--	--	--

S. Abhängigkeitskranke

1. Behandlungsbereiche	2. Kranke	3. Behandlungsziele	4. Behandlungsmittel	5. Erläuterungen	6. Beispiele
S1 Regelbehandlung	Alkohol- und Medikamentenabhängige in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene	Erkennen der Abhängigkeit, Entgiftung, Befähigung zur ambulanten Behandlung oder zur Entwöhnung, soziale Stabilisierung	Psychiatrische, neurologische und allgemeinmedizinische Diagnostik und Behandlung, Motivation zur Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen	Diesem Behandlungsbereich sind alle stationär aufgenommenen Patientinnen und Patienten mit Abhängigkeitssyndrom oder schädlichem Gebrauch von Alkohol und/oder Medikamenten zuzuordnen, sofern keine besondere Gefährdung vorliegt (Drogenabhängige siehe Behandlungsbereich S2). Auch bei unkomplizierten Entzugsbehandlungen sind in den ersten zwei bis drei Tagen regelmäßige Überwachungsmaßnahmen (Patientenbeobachtung, Vigilanz, Blutdruck und Puls) erforderlich. Dies allein begründet nicht, ebenso wenig wie eine Medikation, die Eingruppierung in die Intensivbehandlung S2. Die Behandlungsziele sind der Entzug (im Suchtmittel freien Raum), körperliche und psychische Stabilisierung,	Patient, Alter 36 Jahre, mit seit vier Jahren bekannter Alkoholabhängigkeit und mehrmonatiger Abstinenz nach Langzeittherapie, kommt nach zweiwöchigem Rückfall mit 1,4 Promille Atemalkohol zur qualifizierten Entzugsbehandlung.

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

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

S5 Psychotherapie	Alkohol- und Medikamentenabhängige mit schweren Neurosen oder Persönlichkeitsstörungen, erhebliche Rückfallgefahr, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene stationär psychotherapeutisch behandelt werden	Erkennen der Abhängigkeit, Abstinenz, Befähigung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung, Krisenbewältigung	Psychotherapeutische Behandlung unter Berücksichtigung suchtspezifischer Gesichtspunkte	In diesen Behandlungsbereich sind Suchtpatientinnen und Suchtpatienten einzugruppiert, bei denen die psychotherapeutische Behandlung im Vordergrund steht, die aber aufgrund der Schwere oder der Komplexität der Erkrankung nicht in einer Rehabilitationseinrichtung behandelt werden können.	Patientin, Alter 35 Jahre, mit langjähriger Alkoholabhängigkeit und Angststörung. Nach Abschluss der Entzugsbehandlung steht die Angsterkrankung mit sozialer Phobie im Vordergrund. Die Patientin ist deswegen nur eingeschränkt gruppenfähig, bedarf häufiger therapeutischer Kurzkontakte. Als Behandlungsmittel kommen vor allem verhaltens-therapeutische Interventionen zum Einsatz.
S6 Tagesklinische Behandlung	Alkohol- und Medikamentenabhängige, entgiftet, nicht oder nicht mehr vollstationär behandlungsbedürftig, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene teilstationär behandelt werden	Erkennen der Abhängigkeit, Abstinenz, Befähigung zur amb. Behandlung, Integration in Selbsthilfegruppe, Krisenbewältigung, Vermeidung/Verkürzung vollstationärer Behandlung	Diagnostik, Psychotherapie, psychosoziale Therapie ³ , Ergotherapie und Künstlerische Therapie, Motivation zur Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen	Tagesklinische Behandlung ist in einer Tagesklinik oder integriert auf einer Station möglich. Voraussetzungen für eine tagesklinische Behandlung - entweder bei Direktaufnahme aus dem ambulanten Bereich oder im Anschluss an die vollstationäre Behandlung - sind eine ausreichende Absprachefähigkeit der Patientin oder des Patienten, ausreichende körperliche und psychische Belastbarkeit, ausreichende Betreuungsmöglichkeiten abends, nachts und an den Wochenenden und die Fähigkeit, den täglichen Weg in die Tagesklinik bewältigen zu	Patientin, Alter 28 Jahre, alkoholabhängig, kommt zur Entzugsbehandlung. Seit ca. einem Jahr Kontrollverlust, morgendliches Trinken seit ca. drei Monaten. Sie hat ein vierjähriges Kind. Der Ehemann droht mit Scheidung, wenn sie sich nicht behandeln lässt. Die Patientin hat sich schon bei der Suchtberatungsstelle vorgestellt. Sie will eine Entzugsbehandlung durchführen, aber wegen des Kindes keine stationäre Behandlung.

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

				können. Dies ist eine geeignete Behandlungsphase für Suchtkranke, die so stabil sind, dass sie therapiefreie Zeiten (abends und am Wochenende) ohne Rückfall bewältigen. Direktaufnahmen in die Tagesklinik aus dem ambulanten Bereich begründen in der Regel einen höheren diagnostischen und therapeutischen Aufwand.	
S9 Stationsäquivalente Behandlung	Abhängigkeitskranke, die einer stationsäquivalenten Behandlung im Sinne von § 39 Absatz 1 SGB V bedürfen				

G. Gerontopsychiatrie

1. Behandlungsbereiche	2. Kranke	3. Behandlungsziele	4. Behandlungsmittel	5. Erläuterungen	6. Beispiele
G1 Regelbehandlung	Akut psychisch Kranke im höheren Lebensalter (meist Multimorbidität), die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene stationär behandelt werden	Erkennen und Heilen, Bessern, psychische, somatische und soziale Stabilisierung, vorwiegend Entlassung nach Hause	Psychiatrische, neurologische, allgemeinmedizinische und soziale Diagnostik und Therapie. Medizinische Grundversorgung; gegebenenfalls Einbeziehung weiterer gebietsärztlicher Leistungen	Hier sind stationär aufgenommene Patientinnen und Patienten einzugruppieren, bei denen die Besonderheiten des höheren Lebensalters und/oder Multimorbidität zu berücksichtigen sind, sofern nicht unmittelbare Gefährdungen vorliegen. Besonderheiten des höheren Lebensalters sind zum Beispiel: Vereinsamung nach Verlust von	Patientin, Alter 75 Jahre, mit einer depressiven Episode. Sie war nach dem Tod des Ehemanns vereinsamt, lag in der letzten Zeit fast nur noch im Bett, hat die Medikamente nicht zuverlässig genommen, sich nicht ausreichend ernährt. Auf Station ist sie absprachefähig, kann mit Gehstock noch sicher gehen. Braucht sehr lange für die täglichen Verrichtungen,

				<p>Bezugspersonen, verminderte körperliche Belastbarkeit, Verlust des gewohnten Wohnumfeldes, zunehmender Hilfebedarf.</p> <p>Unter Multimorbidität ist zu verstehen: Psychische Erkrankung und/oder zusätzlich relevante somatische Erkrankung(en).</p>	<p>benötigt aber keine Hilfe mehr. Sie zeigt lediglich leichte zeitliche Orientierungs- und Merkfähigkeitsstörungen.</p>
<p>G2 Intensivbehandlung</p>	<p>Psychisch Kranke im höheren Lebensalter, manifest selbstgefährdet, fremdgefährdet und somatisch vitalgefährdet, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene stationär behandelt werden</p>	<p>Erkennen und Heilen, Risikoabschätzung, Krisenbewältigung, Bessern der vital bedrohlichen Störungen, Stabilisierung als Voraussetzung für weitere therapeutische Maßnahmen</p>	<p>Psychiatrische und somatische Diagnostik. Erst- und Notfallbehandlung, einzelbezogene Intensivbehandlung einschließlich medikamentöser Therapie</p>	<p>In den Behandlungsbereich G2 sind Patientinnen und Patienten einzugruppiert, die zwar körperlich rüstig, aber anhaltend sehr unruhig und verwirrt sind. Diese Patientinnen und Patienten gefährden schwache, hilflose Mitpatientinnen und Mitpatienten, und sie gefährden sich selbst. Die unmittelbare Gefährdung kann auch von somatischen Erkrankungen ausgehen (Vitalgefährdung), die eine kontinuierliche Überwachung der Vitalparameter erfordern. Manifeste Selbst- oder Fremdgefährdung ist zu bejahen, wenn die Patientin oder der Patient nicht absprachefähig oder ihr oder sein Verhalten nicht vorhersehbar ist.</p>	<p>Patientin, Alter 81 Jahre, mehrjährig bekannte Demenz vom Alzheimer-Typ, lebt in einem spezialisierten Pflegeheim. Sie ist anhaltend motorisch unruhig, irrt zeitweise auf der Station umher, geht in fremde Zimmer, ruft und klagt ständig, wirft mit Gegenständen nach anderen Patientinnen oder Patienten und Personal und drängt an der Stationstür nach draußen, so dass sie beaufsichtigt werden muss. Auch beim Essen ist wegen einer Schluckstörung Beaufsichtigung erforderlich.</p>
<p>G4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker</p>	<p>Psychisch Kranke im höheren Lebensalter mit anhaltenden akuten Symptomen und</p>	<p>Bessern und Lindern, Verhüten von Verschlimmerung, Stabilisierung als</p>	<p>Medizinische Grundversorgung mit kontinuierlich hohem ärztlichen und</p>	<p>Diesem Behandlungsbereich sind die Patientinnen und Patienten zuzuordnen, bei denen die Krankenhausbehandlung neben</p>	<p>Beispiel 1 für G4 Patientin, Alter 73 Jahre, es besteht seit Jahren eine rezidivierende depressive</p>

	<p>erheblichen psychischen, somatischen und sozialen Einbußen, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene stationär behandelt werden</p>	<p>Voraussetzung für weitere therapeutische Maßnahmen oder Entlassung in häusliche oder Heimpflege</p>	<p>pflegerischen Aufwand, gegebenenfalls ergänzt durch Einbeziehung weiterer gebietsärztlicher Leistungen, Gestaltung des therapeutischen Milieus</p>	<p>der schweren psychischen Erkrankung durch die Mehrfacherkrankung im Sinne mindestens einer psychischen oder einer relevanten somatischen Begleiterkrankung mitbegründet ist. Diese Kranken haben einen anhaltenden akuten Krankheitsverlauf. Hoher pflegerischer und therapeutischer Aufwand können beispielsweise erforderlich werden, wenn neben einer Depression eine beginnende Demenz erschwerend hinzukommt oder wenn neben der psychischen Erkrankung relevante somatische Erkrankungen (Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz, M. Parkinson) vorliegen. Patientinnen und Patienten im Behandlungsbereich G4 können in der Regel nicht selbständig zu ihren therapeutischen Aktivitäten oder zu ihren diagnostischen Maßnahmen außerhalb der Station gehen und bedürfen daher der Begleitung durch den Pflegedienst. In der Regel besteht Hilfebedarf im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL).</p>	<p>Störung. Aus somatischer Sicht liegen ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ II und eine mittlerweile gut kompensierte Herzinsuffizienz vor. Der Diabetes mellitus weist ständig wechselnde Blutzuckerwerte auf, da die Patientin nur unregelmäßig isst. Aufgrund der erheblichen kognitiven Defizite sowie des schweren depressiven Syndroms benötigt die Patientin pflegerische Hilfe bei der Ernährung und Körperpflege. Beispiel 2 für G4 Patient, Alter 55 Jahre, mit seit Jahren bekannter Chorea Huntington, ist dement, schwer hirngeschädigt und wesensverändert. Er hat einen erheblichen therapeutischen und pflegerischen Aufwand und ist anhaltend beaufsichtigungspflichtig. Er benötigt regelmäßige strukturierende Begleitung, um zu verhindern, dass nicht tragbare Verhaltensweisen, wie z. B. auf den Flur urinieren oder sich in fremde Betten zu legen, auftreten. Eine Fixierung oder 1:1-Betreuung ist nicht notwendig.</p>
--	---	--	---	--	---

G5 Psychotherapie	Kranke im höheren Lebensalter mit schweren Neurosen oder Persönlichkeitsstörungen, die stationär in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene psychotherapeutisch behandelt werden	Erkennen von Krankheit, Krisenbewältigung, Befähigung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung	Komplexe psychotherapeutische Behandlung	Hierbei handelt es sich um eine typische stationäre psychotherapeutische Behandlung bei Patientinnen und Patienten des höheren Alters, wobei zumeist altersspezifische Themen (Partnerverlust, Rollenverlust des alternden Menschen, Vereinsamung, Krankheitsbewältigung etc.) im Vordergrund stehen. Die psychotherapeutische Behandlungseinheit muss an die Belastbarkeit des älteren Menschen angepasst werden. Auf beginnende kognitive Einschränkungen wird eingegangen. Es steht die psychotherapeutische Behandlung im Vordergrund. Ergänzend können eine Psychopharmakotherapie sowie Maßnahmen zur Verbesserung des sozialen Lebenskontextes durchgeführt werden.	Patient, Alter 70 Jahre, mit einer initial schweren depressiven Episode nach ausbehandelter Karzinom-Erkrankung und leichten Merkfähigkeitsstörungen, wird überwiegend psychotherapeutisch behandelt. Zusätzlich benötigt er aufgrund einer allgemeinen körperlichen Schwäche pflegerische Unterstützung bei der Körperpflege (Hilfe beim Anziehen von Strümpfen und Schuhen).
G6 Tagesklinische Behandlung⁴	Psychisch Kranke im höheren Lebensalter, nicht oder nicht mehr vollstationär behandlungsbedürftig, die in psychiatrischen Einrichtungen für	Erkennen von Krankheit, Bessern, psychische, somatische und soziale Stabilisierung, Krisenbewältigung, Wiedereingliederung, Vermeidung oder Verkürzung	Psychiatrische, neurologische und allgemeinmedizinische Diagnostik und Therapie einschließlich Pharmakotherapie. Training zum Ausgleich von Einbußen	Tagesklinische Behandlung ist in einer Tagesklinik oder integriert auf einer Station möglich. Voraussetzungen für eine tagesklinische Behandlung, entweder bei Direktaufnahme aus dem ambulanten Bereich oder im Anschluss an die	Patientin, Alter 75 Jahre, mit einer generalisierten Angsterkrankung sowie Koronaren Herzkrankheit und Herzinsuffizienz wird nach vollstationärer Behandlung integriert tagesklinisch multiprofessionell

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.

	Erwachsene teilstationär behandelt werden	vollstationärer Behandlung	lebenspraktischer Fertigkeiten, Orientierungs- und Gedächtnistraining, psychosoziale Therapie, Psychotherapie	vollstationäre Behandlung, sind eine ausreichende Absprachefähigkeit der Patientin oder des Patienten, ausreichende körperliche Belastbarkeit/Mobilität und ausreichende Betreuungsmöglichkeiten abends, nachts und an den Wochenenden und die Fähigkeit, den täglichen Weg in die Tagesklinik bewältigen zu können. Direktaufnahmen in die Tagesklinik aus dem ambulanten Bereich begründen in der Regel einen höheren diagnostischen und therapeutischen Aufwand.	weiterbehandelt. Die Patientin erhält neben der Behandlung mit Psychopharmaka ein eingehendes Expositionstraining sowie psychotherapeutische Einzel- und Gruppentherapie. Sie lebt im betreuten Wohnen und nutzt den Fahrdienst.
G9 Stationsäquivalente Behandlung	Psychisch Kranke im höheren Lebensalter, die einer stationsäquivalenten Behandlung im Sinne von § 39 Absatz 1 SGB V bedürfen				

P. Psychosomatik

1. Behandlungsbereiche	2. Kranke	3. Behandlungsziele	4. Behandlungsmittel	5. Erläuterungen	6. Beispiele
P1 Psychotherapie	Psychisch oder somatoform erkrankte Menschen, die in	Erkennen und Heilen, Krisenbewältigung, Befähigung zur	Psychosomatisch-psychotherapeutische oder	Dies ist eine psychosomatisch-psychotherapeutische oder psychotherapeutische	

	<p>psychosomatischen Einrichtungen vollstationär psychosomatisch-psychotherapeutisch oder psychotherapeutisch behandelt werden. Beispielsweise Kranke mit schweren Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Verhaltensstörungen oder somatoformen Störungen</p>	<p>ambulanten psychotherapeutischen Behandlung</p>	<p>psychotherapeutische Behandlung unter Einsatz eines psychodynamisch oder kognitiv-behavioralen Grundverfahrens als reflektierter multiprofessioneller Mehrpersonen-Interaktionsprozess</p>	<p>Behandlung, bei der die Psychotherapie im Vordergrund steht. Eine psychopharmakologische Mitbehandlung ist dabei nicht ausgeschlossen.</p>	
<p>P2 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung</p>	<p>Psychisch oder somatoform erkrankte Menschen, die in psychosomatischen Einrichtungen vollstationär komplex psychosomatisch-psychotherapeutisch behandelt werden und die Voraussetzungen der OPS-Codes 9-62 oder 9-63 erfüllen</p>	<p>Erkennen und Heilen, Krisenbewältigung, Befähigung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung</p>	<p>Komplexe psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung unter Einsatz eines psychodynamisch oder kognitiv-behavioralen Grundverfahrens als reflektierter multiprofessioneller Mehrpersonen-Interaktionsprozess. Die [GKV-SV: Struktur- und] Mindestmerkmale des OPS-Codes 9-62 oder des OPS-Codes 9-63 müssen erfüllt sein. Damit müssen insbesondere die durchgeführten ärztlichen und/oder psychologischen Verfahren (ärztl. und psycholog. Einzel- und</p>	<p>Dies ist eine komplexe psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung, bei der die Psychotherapie im Vordergrund steht. Eine psychopharmakologische Mitbehandlung ist dabei nicht ausgeschlossen.</p>	

			Gruppentherapie) mindestens 3 Therapieeinheiten pro Woche umfassen.		
P3 Psychotherapie teilstationär	Psychisch oder somatoform erkrankte Menschen, die in psychosomatischen Einrichtungen teilstationär psychosomatisch-psychotherapeutisch oder psychotherapeutisch behandelt werden. Beispielsweise Kranke mit schweren Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Verhaltensstörungen oder somatoformen Störungen	Erkennen und Heilen, Krisenbewältigung, Befähigung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung	Psychosomatisch-psychotherapeutische oder psychotherapeutische Behandlung unter Einsatz eines psychodynamisch oder kognitiv-behavioralen Grundverfahrens als reflektierter multiprofessioneller Mehrpersonen-Interaktionsprozess	Dies ist eine psychosomatisch-psychotherapeutische oder psychotherapeutische Behandlung, bei der die Psychotherapie im Vordergrund steht. Eine psychopharmakologische Mitbehandlung ist dabei nicht ausgeschlossen.	
P4 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär	Psychisch oder somatoform erkrankte Menschen, die in psychosomatischen Einrichtungen teilstationär komplex psychosomatisch-psychotherapeutisch behandelt werden und die Voraussetzungen der OPS-Codes 9-62 oder 9-63 erfüllen	Erkennen und Heilen, Krisenbewältigung, Befähigung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung	Komplexe psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung unter Einsatz eines psychodynamisch oder kognitiv-behavioralen Grundverfahrens als reflektierter multiprofessioneller Mehrpersonen-Interaktionsprozess. Die [GKV-SV: Struktur- und] Mindestmerkmale des OPS-Codes 9-62 oder des	Dies ist eine komplexe psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung, bei der die Psychotherapie im Vordergrund steht. Eine psychopharmakologische Mitbehandlung ist dabei nicht ausgeschlossen.	

			<p>OPS-Codes 9-63 müssen erfüllt sein. Damit müssen insbesondere die durchgeführten ärztlichen und/oder psychologischen Verfahren (ärztl. und psycholog. Einzel- und Gruppentherapie) mindestens 3 Therapieeinheiten pro Woche umfassen.</p>		
<p>[GKV-SV/PatV: P5 Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung]</p>	<p><u>Psychisch oder somatoform erkrankte Menschen, die in psychosomatischen Einrichtungen vollstationär komplex psychosomatisch-psychotherapeutisch behandelt werden und einen erhöhten psychotherapeutischen Behandlungsbedarf haben. Die [GKV-SV: Struktur- und] Mindestmerkmale des OPS-Codes 9-62 oder des OPS-Codes 9-63 müssen erfüllt sein. Es müssen mindestens 4 Therapieeinheiten gemäß OPS-Code 9-649 durchgeführt werden.</u></p>	<p><u>Erkennen und Heilen, Krisenbewältigung, Befähigung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung</u></p>	<p><u>Komplexe psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung unter Einsatz eines psychodynamisch oder kognitiv-behavioralen Grundverfahrens als reflektierter multiprofessioneller Mehrpersonen-Interaktionsprozess. Die [GKV-SV: Struktur- und] Mindestmerkmale des OPS-Codes 9-62 oder des OPS-Codes 9-63 müssen erfüllt sein. Zur Umsetzung des erhöhten psychotherapeutischen Behandlungsbedarf müssen die durchgeführten ärztlichen und/oder psychologischen Verfahren (ärztliche und</u></p>	<p><u>Dies ist eine komplexe psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung, bei der eine intensivierte Psychotherapie im Vordergrund steht. Eine psychopharmakologische Mitbehandlung ist dabei nicht ausgeschlossen.]</u></p>	

			<u>psychologische Einzel- und Gruppentherapie) insgesamt mindestens 4 Therapieeinheiten gemäß OPS-Code 9-649 pro Woche umfassen.</u>		
[GKV-SV/PatV: P6 Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär	<u>Psychisch oder somatoform erkrankte Menschen, die in psychosomatischen Einrichtungen teilstationär komplex psychosomatisch-psychotherapeutisch behandelt werden und einen erhöhten psychotherapeutischen Behandlungsbedarf haben. Die [GKV-SV: Struktur- und] Mindestmerkmale des OPS-Codes 9-62 oder des OPS-Codes 9-63 müssen erfüllt sein. Es müssen mindestens 4 Therapieeinheiten gemäß OPS-Code 9-649 durchgeführt werden.</u>	<u>Erkennen und Heilen, Krisenbewältigung, Befähigung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung</u>	<u>Komplexe psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung unter Einsatz eines psychodynamisch oder kognitiv-behavioralen Grundverfahrens als reflektierter multiprofessioneller Mehrpersonen-Interaktionsprozess. Die [GKV-SV: Struktur- und] Mindestmerkmale des OPS-Codes 9-62 oder des OPS-Codes 9-63 müssen erfüllt sein. Zur Umsetzung des erhöhten psychotherapeutischen Behandlungsbedarfs müssen die durchgeführten ärztlichen und/oder psychologischen Verfahren (ärztliche und psychologische Einzel- und Gruppentherapie) insgesamt mindestens 4 Therapieeinheiten gemäß OPS-Code 9-649 pro Woche umfassen.</u>	<u>Dies ist eine komplexe psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung, bei der eine intensivierte Psychotherapie im Vordergrund steht. Eine psychopharmakologische Mitbehandlung ist dabei nicht ausgeschlossen.]</u>	

KJ. Kinder- und Jugendpsychiatrie

1. Behandlungsbereiche	2. Kranke	3. Behandlungsziele	4. Behandlungsmittel	5. Erläuterungen	6. Beispiele								
<p>KJ1 Kinderpsychiatrische Regel- und Intensivbehandlung (bis 14. Lebensjahr)</p>	<p>Vorschul- und Schulkinder mit akuten psychischen, psychosomatischen und/oder neuropsychiatrischen Erkrankungen, mit u. a. selbst- und fremdgefährdendem Verhalten, schweren Verhaltensstörungen, Teilleistungsstörungen sowie Entwicklungsstörungen der kognitiven, emotionalen, psychosozialen Kompetenz</p>	<p>Psychosoziale Integration in Familie, Heim, Kindergarten, Schule u. a.; Ausgleich von Entwicklungs- und Funktionsdefiziten; Befähigung zur ambulanten Behandlung</p>	<p>Diagnostik und medizinische Grundversorgung, heilpädagogische Behandlung, Elternberatung, Familientherapie, Einzel- und Gruppenpsychotherapie,</p> <table border="1" data-bbox="1066 635 1346 900"> <tr> <td style="background-color: yellow;">GKV-SV</td> <td style="background-color: yellow;">DKG</td> </tr> <tr> <td>funktionelle Therapien</td> <td>funktionelle Therapien</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, künstlerische Therapie</td> </tr> <tr> <td>[keine Übernahme]</td> <td>, Spezialtherapie</td> </tr> </table> <p>und Entwicklungstherapie</p>	GKV-SV	DKG	funktionelle Therapien	funktionelle Therapien	Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, künstlerische Therapie		[keine Übernahme]	, Spezialtherapie	<p>In den Behandlungsbereich KJ1 sind stationär behandelte Kinder bis unter 14 Jahren einzugruppiert, sofern nicht rehabilitative Behandlungsziele und –mittel (KJ4), eine langdauernde Behandlung bei komplexer Symptomatik (KJ5) oder eine Eltern-Kind-Behandlung (KJ6) zutreffen. Patientinnen und Patienten des Behandlungsbereiches KJ1 benötigen allein schon wegen ihres Alters eine intensive Betreuung und Behandlung, so dass eine Differenzierung zwischen kinder-psychiatrischer Regel- und Intensivbehandlung nicht vorgenommen worden ist. Es erfolgen entwicklungsniveau-adäquate Anleitung und Behandlung.</p>	<p>Patientin, Alter zehn Jahre, kommt zur diagnostischen Abklärung, weil sie sich in Anforderungssituationen zunehmend passiv-vermeidend verhält, kein altersentsprechendes Verhalten zeigt und die an sie gestellten Erwartungen nicht erfüllt. In der Schule ist sie versetzungsgefährdet. In der Freizeit wirkt sie lustlos, zieht sich in ihr Zimmer zurück. Innerhalb der letzten drei Monate vor Aufnahme ist ein Gewichtsverlust von drei kg zu verzeichnen. Somit sind mehrere Lebensbereiche durch die Symptomatik stark beeinträchtigt. Das Kind lebt seit seinem 4. Lebensjahr in einer Adoptivfamilie. Über die leiblichen Eltern ist eine Alkoholproblematik bekannt. Die engagierten Adoptiveltern erleben die Defizite des Kindes als persönliches Versagen. Das Kind gerät zunehmend unter Druck. Krisenhafte familiäre Zuspitzungen resultieren. Damit besteht eine Belastung durch mehrere abnorme psychosoziale</p>
GKV-SV	DKG												
funktionelle Therapien	funktionelle Therapien												
Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, künstlerische Therapie													
[keine Übernahme]	, Spezialtherapie												

					Umstände. Im Stationsalltag benötigt die Patientin in einigen Alltagsbereichen Fremdmotivation, Fremdstrukturierung und Anleitung. Sie sucht die ständige Nähe zu Erwachsenen. Aktivitäten in der Gruppe gleichaltriger Patientinnen und Patienten meidet sie; sie nimmt zunehmend eine Außenseiterrolle ein.				
KJ2 Jugendpsychiatrische Regelbehandlung	Jugendliche und Heranwachsende mit akuten psychischen, psychosomatischen und/oder neuropsychiatrischen Erkrankungen, mit u. a. schweren Verhaltensstörungen und Entwicklungsstörungen der kognitiven, emotionalen, psychosozialen Kompetenz	Psychosoziale Integration; Bewältigung der gestörten alters-typischen Ablösungs- und Verselbständigungsprozesse; Befähigung zur ambulanten Behandlung	<p>Diagnostik und medizinische Grundversorgung; Milieuthherapie; Elternberatung; Familientherapie; Einzel- und Gruppenpsychotherapie; Ergotherapie;</p> <table border="1"> <tr> <td>GKV-SV</td> <td>DKG</td> </tr> <tr> <td>Arbeitstherapie künstlerische Therapie</td> <td>Arbeitstherapie, Physiotherapie, Logopädie, künstlerische Therapie, Spezialtherapie</td> </tr> </table>	GKV-SV	DKG	Arbeitstherapie künstlerische Therapie	Arbeitstherapie, Physiotherapie, Logopädie, künstlerische Therapie, Spezialtherapie	<p>In den Behandlungsbereich sind Jugendliche ab 14 Jahren bis 18 Jahren, bei deutlichen Entwicklungsdefiziten (Entwicklungsalter < Lebensalter) auch bis 21 Jahren, einzugruppiert, sofern nicht Intensivbehandlung (KJ3), rehabilitative Behandlungsziele und –mittel (KJ4) oder eine langdauernde Behandlung bei komplexer Symptomatik (KJ5) zutreffen.</p> <p>In der Regel planbare Behandlung aller psychischen Störungsbilder; auch Krisenintervention ohne Vorliegen manifester Selbst- oder Fremdgefährdung sind hier einzugruppiert.</p>	<p>Patientin, Alter 14 Jahre, Schülerin an einer Schule für Lernbehinderte, wird stationär aufgenommen, nachdem die Situation zu Hause eskaliert war. Die Patientin war wiederholt der Schule und von zu Hause ferngeblieben, hatte Ladendiebstähle begangen und zusammen mit Gleichaltrigen Alkoholmissbrauch praktiziert. Die Patientin zeigt ein stark oppositionelles Verhalten, erkennt soziale Regeln nicht an und verweigert sich bei Anforderungen. Ihrer Körperhygiene kommt sie nur mäßig nach. Eltern und Lehrerinnen und Lehrer fühlen sich überfordert, eine Heimunterbringung ist in Diskussion. Die Patientin wohnt mit ihrer Mutter in der Wohngemeinschaft des drogenabhängigen Vaters.</p>
GKV-SV	DKG								
Arbeitstherapie künstlerische Therapie	Arbeitstherapie, Physiotherapie, Logopädie, künstlerische Therapie, Spezialtherapie								

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

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

				Behandlung jugendlicher Suchtpatientinnen und Suchtpatienten ist hier einzugruppieren.	
KJ5 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker	Langfristig schwer psychisch kranke und mehrfach behinderte Kinder, Jugendliche und Heranwachsende, selbstgefährdet, fremdgefährdend, erregt, desorientiert	Verhaltenskorrektur und Vermittlung grundlegender lebenspraktischer und sozialer Fertigkeiten als Voraussetzung für weitere therapeutische Maßnahmen (evtl. Aufgabenbereich KJ4)	Medizinische Grundversorgung; eng strukturierte Betreuung (evtl. freiheitsentziehende Maßnahmen); Verlaufsdiagnostik; heilpädagogische Gruppenbehandlung; Elternberatung; Familientherapie; funktionelle Therapie	In diesen Behandlungsbereich sind Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren, bei deutlichen Entwicklungsdefiziten (Entwicklungsalter < Lebensalter) auch bis 21 Jahren einzugruppieren, die eine anhaltend akute psychische Erkrankung und häufig eine Mehrfachbehinderung (geistige und körperliche Behinderung) aufweisen. Diese Patientinnen und Patienten können in der Regel nicht selbständig zu therapeutischen Aktivitäten oder diagnostischen Maßnahmen außerhalb der Station gehen. Sie benötigen eine hohe Pflege- und Betreuungsintensität. Therapie ist überwiegend nur im Einzelkontakt oder in Kleinstgruppen möglich. Die pflegerischen, betruerischen und heilpädagogischen Maßnahmen werden ergänzt durch adjuvante Therapieformen (z. B. wahrnehmungs- und bewegungsaktivierende Maßnahmen <u>im Rahmen von Ergotherapien, Künstlerischen Therapien</u> [DKG:]	Patient, Alter 12 Jahre, mit frühkindlichem Autismus und mittelgradiger Intelligenzminderung, einem Sprachniveau auf der Ebene von Drei-Wort-Sätzen, fortbestehender Enuresis und behandlungsbedürftiger Epilepsie. Er kann sich für ca. zehn Minuten einer Beschäftigung widmen, zeigt gelegentlich aggressive Durchbrüche vor allem in unberechenbaren neuen Situationen; er muss dann in einen reizarmen Raum verbracht werden. Der Besuch der Geistigbehinderten-Schule wird nun in der beginnenden Pubertät dadurch erschwert, dass er unter Reizüberflutung Mitschülerinnen und Mitschüler angreift, Rollstühle umwirft etc. Eine Betreuung im Elternhaus ist nach dem unerwarteten Tod der bislang verwöhnenden und nachgiebigen Mutter nicht mehr möglich. Eine psychotherapeutische Unterstützung der Trauer kann nur punktuell erfolgen. Derzeit steht die Behandlung und das Auffangen häufiger

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

				Anleitung/Beratung/Psycho- edukation der in der Regel hoch belasteten Bezugsperson(en). Eine Eltern-Kind-Behandlung hilft Familien, mit der psychischen Erkrankung, den Verhaltensauffälligkeiten bzw. mit der Behinderung ihres Kindes einen angemessenen Umgang zu finden.									
KJ7 Tagesklinische Behandlung⁵	Kinder und Jugendliche mit psychischen, psychosomatischen und neuropsychiatrischen Erkrankungen, die keiner vollstationären Behandlung bedürfen	Wahrung der Integration in Familie oder Heim; Verbesserung der psychosozialen Kompetenz; Befähigung zu Schulbesuch bzw. Fortsetzung der beruflichen Ausbildung	Diagnostik und medizinische Grundversorgung; heilpädagogische Behandlung; Elternberatung; Familietherapie; Einzel- und Gruppenpsycho- therapie; <table border="1" data-bbox="1064 826 1350 1093"> <tr> <td>GKV-SV</td> <td>DKG</td> </tr> <tr> <td>funktionelle Therapien</td> <td>funktionelle Therapien</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, künstlerische Therapie</td> </tr> <tr> <td>[keine Übernahme]</td> <td>Spezialthe rapie</td> </tr> </table> ; Entwicklungstherapie	GKV-SV	DKG	funktionelle Therapien	funktionelle Therapien	Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, künstlerische Therapie		[keine Übernahme]	Spezialthe rapie	In diesen Behandlungsbereich sind Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren, bei deutlichen Entwicklungsdefiziten (Entwicklungsalter < Lebensalter) auch bis 21 Jahren einzugruppieren. Voraussetzungen für teilstationäre, im Folgenden „tagesklinische“ Behandlung genannt, sind: <ul style="list-style-type: none"> • Fähigkeit des Kindes oder Jugendlichen zur Mitwirkung in der Behandlung • ein ausreichend belastbares soziales Umfeld • die vorhandene Bereitschaft und Fähigkeit der Erziehungsberechtigten zur aktiven Mitwirkung bei der Behandlung • ausreichende Betreuungsmöglichkeiten 	Patientin, Alter zwölf Jahre, hat bereits seit drei Monaten die Schule nicht mehr besucht. Das auslösende Ereignis sei die kritische Äußerung einer Lehrerin zu einem sorgsam vorbereiteten Vortrag gewesen, von der Patientin „mehr erwartet“ zu haben. Die Patientin sei vor Scham errötet und habe am ganzen Körper gezittert. Seither verspüre sie ein wachsendes Unbehagen bereits bei dem Gedanken, in die Schule zu müssen, erwarte schon im Vorhinein Kritik an ihrem Handeln und erröte leicht. Sie habe das Gefühl, alle in der Klasse würden sie prüfend betrachten, was wiederum Schamesröte hervorrufe und sie zittern lasse. Seit einer morgendlichen Panikattacke mit Kreislaufsensationen und
GKV-SV	DKG												
funktionelle Therapien	funktionelle Therapien												
Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, künstlerische Therapie													
[keine Übernahme]	Spezialthe rapie												

⁵ 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>abends, nachts und an den Wochenenden. Tagesklinische Behandlung kann integriert im vollstationären Bereich oder in einer Tagesklinik erfolgen. Tagesklinische Behandlung ermöglicht einen schnellen Transfer von Therapieerfolgen ins psychosoziale Umfeld, vor allem durch den engen Kontakt und regelmäßigen Austausch zwischen Therapeuten und Bezugspersonen.</p>	<p>Übelkeit verweigert sie endgültig den Schulbesuch. Ein durch die besorgten Eltern initiiertes Schulwechsel auf die Nachbarschule habe nicht den erhofften Erfolg gebracht. Das teilstationäre Setting wird gewählt, um die gefürchtete Trennung der Patientin von den Eltern auf ein Minimum zu reduzieren. Im Rahmen einer kognitiv-verhaltensorientierten Therapie wird das tagesklinische Setting einschließlich der Klinikschule im Sinne einer Exposition genutzt, um eine systematische Desensibilisierung und Reaktionsverhinderung durchzuführen. Des Weiteren sollen verfestigte, störungsunterstützende Faktoren im Familiensystem verändert werden.</p>
<p>KJ9 Stationsäquivalente Behandlung</p>	<p>Psychisch kranke Kinder und Jugendliche, die einer stationsäquivalenten Behandlung im Sinne von § 39 Absatz 1 SGB V bedürfen</p>				

Anlage 3 Nachweis

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

Ausfüllhinweis:

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

Weitere Erläuterung zum Nachweis:

Dieser Nachweis ist in einen Teil A und einen Teil B gegliedert. Teil A und Teil B des Nachweises werden gemeinsam gemäß § 11 Absatz 13 in der Übergangszeit bis zum 1. Januar 2024 quartalsweise zum Zwecke der Auswertung durch den G-BA an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) übermittelt, danach jährlich. Teil A des Nachweises wird gemäß § 11 Absatz 13 in der Übergangszeit bis zum 1. Januar 2024 quartalsweise an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen übermittelt, danach jährlich. Ausgenommen von der quartalsweisen Lieferung ist in der Übergangszeit das Erfassungsjahr 2020. Die diesbezüglichen Nachweise werden für alle vier Quartale gemeinsam bis zum 30. April 2021 übermittelt. Bei Nichterfüllung wird Teil A gemäß § 11 Absatz 2 ab dem 1. Januar 2021 quartalsweise an die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und die Landesaufsichtsbehörde übermittelt.

Administrative Daten:

Jahr der Leistungserbringung: _____

Name der Klinik/Abteilung: _____

GKV-SV/PatV	DKG
<u>Art der Trägerschaft (F Freigemeinnützig, P Privat, Ö Öffentlich):</u> _____	[keine Übernahme, siehe Tragende Gründe]

Postleitzahl: _____

Ort: _____

Straße: _____

GKV-SV/PatV	DKG
<u>Bundesland (Auswahlliste):</u> _____	[keine Übernahme, siehe Tragende Gründe]

Ansprechpartner für Rückfragen: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Institutionskennzeichen (Haupt-IK): _____

Standort-ID: _____

Modellvorhaben nach § 64b SGB V: _____ (ja/nein)

GKV-SV	DKG
<u>Anteil der Modellversorgung am der Gesamtversorgung (Anteile BT in %, die im Rahmen der Versorgung im Rahmen des Modells nach § 64 b SGB V erbracht werden):</u> <u>Auswahlfelder: 1. Kleiner 25 Prozent; 2. 25 Prozent bis kleiner 75 Prozent; 3. 75 Prozent bis kleiner 100 Prozent; 4. Gleich 100 Prozent</u>	[keine Übernahme]

Erläuterung: _____ (Freitextfeld bis 999 Zeichen)

Erstmalige Leistungserbringung: _____ (ja/nein)

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

Teil A des Nachweises zur PPP-RL

Nachweis Teil A PPP-RL FÜR JEDEN STANDORT QUARTALSBEZOGEN AUSFÜLLEN**A1. Datenfelder zur regionalen Pflichtversorgung der Einrichtung, differenziert nach Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie**

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

1. Hat Ihre Einrichtung im Bereich PPP eine durch die zuständige Landesbehörde festgelegte regionale Pflichtversorgung? Ja/Nein
2. Wenn ja, für welche Einrichtung gemäß § 2 Absatz 5⁶ gilt die regionale Pflichtversorgung? _____
3. Verfügt die Einrichtung gemäß § 2 Absatz 5⁶ mit regionaler Pflichtversorgung über geschlossene Bereiche? Ja/Nein
4. Verfügt die Einrichtung gemäß § 2 Absatz 5⁶ mit regionaler Pflichtversorgung über 24-Stunden-Präsenzdienste? Ja/Nein
5. Anzahl von Behandlungstagen bei Patientinnen oder Patienten mit gesetzlicher Unterbringung
 - Erwachsenenpsychiatrie _____ BT (0 bis 999 999)
 - Psychosomatik _____ BT (0 bis 999 999)
 - Kinder- und Jugendpsychiatrie _____ BT (0 bis 999 999)
6. Anzahl von Behandlungstagen bei Patientinnen oder Patienten mit landesrechtlicher Verpflichtung zur Aufnahme
 - Erwachsenenpsychiatrie _____ BT (0 bis 999 999)
 - Psychosomatik _____ BT (0 bis 999 999)
 - Kinder- und Jugendpsychiatrie _____ BT (0 bis 999 999)

⁶ Fachabteilung „29 – Psychiatrie (Erwachsene)“, Fachabteilung „30 – Kinder- und Jugendpsychiatrie“, Fachabteilung „31 – Psychosomatik“

Nachweis Teil A PPP-RL FÜR JEDEN STANDORT QUARTALSBEZOGEN AUSFÜLLEN**A2. Datenfelder zur Organisationsstruktur des Standortes**

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

Tabelle A2.1: Organisationsstruktur des Standortes

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

Zulässige Werte:

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

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

Spalte 3: Textfeld 100 Zeichen

Spalte 4: Zahlenwerte 0 bis 999

Spalte 5: Zahlenwerte 0 bis 999

Tabelle A2.2: Therapeutische Einheiten

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

Zulässige Werte:

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

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

Spalte 3: A für geschützte Akut- bzw. Intensivstation,

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

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

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

Spalte 5: Freitextfeld 99 999 Zeichen

Nachweis Teil A PPP-RL FÜR JEDEN STANDORT QUARTALSBEZOGEN AUSFÜLLEN**A3. Datenfelder zur Eingruppierung der Patientinnen und Patienten in die Behandlungsbereiche pro Quartal und Einrichtung gemäß § 2 Absatz 5**

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

Tabelle A3.1: Gesamtbehandlungstage

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Jahr	Gesamtanzahl Behandlungstage
1	2	3

Zulässige Werte:

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

Spalte 2: Kalenderjahr des Nachweises oder Vorjahr; im Erfassungsjahr 2021: Kalenderjahr des Nachweises oder 2019

Spalte 3: Zahlenwerte 0 bis 99 999

Hinweis:

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

Tabelle A3.2: Stichtagserhebung

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Jahr	Stichtag (Datum)	Behandlungsbereich	Anzahl Patientinnen und Patienten je Stichtag
1	2	3	4	5

Zulässige Werte:

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

Spalte 2: Kalenderjahr des Nachweises oder Vorjahr; im Erfassungsjahr 2021: Kalenderjahr des Nachweises oder 2019

Spalte 3: Datum im Format JJJJ.MM.TT

Spalte 4: bei Spalte 1=29 A1.A2.A4.A5.A6.A7.A9.S1.S2.S4.S5.S6.S9.G1.G2.G4.G5.G6.G9, bei Spalte 1=30 KJ1.KJ2.KJ3.KJ5.KJ6.KJ7.KJ9, bei Spalte 1=31 P1.P2.P3.P4

GKV-SV/PatV	DKG
<u>.P5.P6</u>	[keine Übernahme]

Spalte 5: Zahlenwerte 0 bis 99 999

Hinweis:

Die Stichtagserhebungen sind jeweils an jedem Mittwoch einer ungeraden Kalenderwoche des Jahres für um 14.00 Uhr anwesende Patientinnen und Patienten durchzuführen. Entfällt der Stichtag auf einen Feiertag, hat die Einstufung am nächsten Werktag zu erfolgen. Zum Nachweis der Vorgaben nach § 6 Absatz 3 sind in dieser Tabelle sowohl die Stichtagserhebungen für den Bezugszeitraum des Vorjahres als auch die Behandlungstage für das aktuelle Kalenderjahr anzugeben. Die quartalsbezogene Anzahl der Patientinnen und Patienten je Stichtag für die differenzierten Einrichtungen nach § 2 Absatz 5 (Spalte 5) ergibt sich aus der Summe der stationsbezogenen Werte in Tabelle B1.2.

Tabelle A3.3: Behandlungstage nach Behandlungsbereichen

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Jahr	Behandlungsbereich	Anzahl Behandlungstage
1	2	3	4

--	--	--	--

Zulässige Werte:

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

Spalte 2: Kalenderjahr des Nachweises oder Vorjahr; im Erfassungsjahr 2021: Kalenderjahr des Nachweises oder 2019

Spalte 3: bei Spalte 1=29 A1.A2.A4.A5.A6.A7.A9.S1.S2.S4.S5.S6.S9.G1.G2.G4.G5.G6.G9, bei Spalte 1=30 KJ1.KJ2.KJ3.KJ5.KJ6.KJ7.KJ9,
bei Spalte 1=31 P1.P2.P3.P4,

GKV-SV/PatV	DKG
<u>P5.P6</u>	[keine Übernahme]

Spalte 4: Zahlenwerte 0 bis 99 999

Hinweis:

Die quartalsbezogene Anzahl der Behandlungstage je Behandlungsbereich für die differenzierten Einrichtungen nach § 2 Absatz 5 (Spalte 4) ergibt sich aus der Summe der stations- und monatsbezogenen Werte in Tabelle B1.3. Liegt im Berichtsquartal die tatsächliche Anzahl der Behandlungstage in mindestens einem Behandlungsbereich um mehr als 2,5 Prozent über oder mehr als 2,5 Prozent unter der nach § 6 Absatz 3 ermittelten Anzahl der Behandlungstage des Vorjahres, erfolgt die ~~Berechnung der Behandlungstage je Behandlungsbereich~~ Ermittlung der Mindestvorgaben abweichend auf der Basis der tatsächlichen Anzahl der Behandlungstage und Patienteneinstufungen des laufenden Quartals. Zum Nachweis der Vorgaben nach § 6 Absatz 3 sind in dieser Tabelle sowohl die Behandlungstage für den Bezugszeitraum des Vorjahres als auch die Behandlungstage für das aktuelle Quartal anzugeben.

Nachweis Teil A PPP-RL FÜR JEDEN STANDORT QUARTALSBEZOGEN AUSFÜLLEN**A4. Datenfelder für die tatsächliche monatsbezogene und stationsbezogene Personalausstattung im Tagdienst**

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

Tabelle A4: Tatsächliche Personalausstattung pro Monat und Station

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Station (ID)	Monat	Berufsgruppen	VKS-Ist Tatsächliche Personalausstattung in VKS
1	2	3	4	5

Zulässige Werte:

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

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

Spalte 3: 01 bis 12

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

Spalte 5: Zahlenwerte 0 bis 999 999,99

Hinweis:

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

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

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

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

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

Nachweis Teil A PPP-RL FÜR JEDEN STANDORT QUARTALSBEZOGEN AUSFÜLLEN

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

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

Tabelle A5.1: Mindestvorgaben, tatsächliche Personalausstattung, Umsetzungsgrad und Erfüllung der Anforderungen pro Berufsgruppe

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Berufsgruppen	VKS-Mind Mindestpersonal-ausstattung der differenzierten Einrichtung in VKS	VKS-Ist Tatsächliche Personalausstattung der differenzierten Einrichtung in VKS	Davon			Umsetzungsgrad der Berufsgruppen in %	Mindestanforderung der Berufsgruppe erfüllt: ja/nein
				Anrechnung Fachkräfte anderer Berufsgruppen nach PPP-RL in VKS	Anrechnung Fachkräfte Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen in VKS	Anrechnung Fachkräfte ohne direktes Beschäftigungsverhältnis in VKS		
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Zulässige Werte:

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

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

Spalten 3 bis 7: Zahlenwerte 0 bis 999 999

Spalte 8: Zahlenwerte 0 bis 999,99

Spalte 9: ja/nein

Hinweis:

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

die Angaben zur tatsächlichen Personalausstattung (Spalte 4) sind die Hinweise zu Spalte 5 von Tabelle A4 zu berücksichtigen. Bei der Anrechnung von Personal in den Spalten 5 bis 7 sind diese Anrechnungen in Tabelle A5.3 zu erläutern.

Hinweis zur stationsäquivalenten Behandlung:

Für die stationsäquivalente Behandlung in den Behandlungsbereichen A9 und KJ9 sind vorläufig keine Minutenwerte festgelegt. Die diesbezügliche Personalausstattung wird bei der Ermittlung der Mindestanforderung an die Personalausstattung VKS-Mind (Spalte 3) nicht berücksichtigt. Das bei der stationsäquivalenten Behandlung tatsächlich eingesetzte Personal ist pro Berufsgruppe in den Nachweisen getrennt von der tatsächlichen Personalausstattung nach § 6 auszuweisen. Der getrennte Ausweis der tatsächlichen Personalausstattung VKS-Ist erfolgt in Tabelle A5.1 unter Angabe der Pseudoschlüssel 297 für die stationsäquivalente Behandlung in der Erwachsenenpsychiatrie (29) und 307 für die stationsäquivalente Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (30) in Spalte 1. In den Spalten 3, 5, 8 und 9 sind keine Angaben zu machen. Eine Anrechnung von Fachkräften anderer Berufsgruppen nach PPP-RL in VKS ist ausgeschlossen. Erfolgt eine Anrechnung von Fachkräften oder Hilfskräften aus Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen (Spalte 6) oder eine Anrechnung von Fachkräften ohne direktes Beschäftigungsverhältnis (Spalte 7) sind diese Anrechnungen in Tabelle A5.3 zu erläutern.

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

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	[GKV-SV: <u>Bezugsjahr der Mindestvorgabe</u>]	Umsetzungsgrad der differenzierten Einrichtung in %	Mindestanforderungen aller Berufsgruppen erfüllt: ja/nein	Mindestanforderung der differenzierten Einrichtungen erfüllt: ja/nein
1	2]	2/3	3/4	4/5

Zulässige Werte:

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

[GKV-SV: Spalte 2: 1= Vorjahr, 2=Kalenderjahr des Nachweises]

Spalte 2/3: Zahlenwerte 0 bis 999,99

Spalte 3/4: ja/nein

Spalte 4/5: ja/nein

Hinweis:

Die Tabelle enthält die Angaben zum Umsetzungsgrad der Mindestpersonalanforderungen gemäß § 7 Absatz 3 sowie die Angaben zur Erfüllung gemäß § 7 Absatz 4.

Tabelle A5.3: Anrechnung von Fachkräften gemäß § 8 im Tagdienst

Bei der Anrechnung von Personal in Tabelle A5.1 (Eintrag in Spalten 5 bis 7) sind diese Vollkraftstunden in der folgenden Tabelle zu erläutern.

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Anrechnungstatbestand (siehe Tabelle A5.1 Spalten 5 bis 7)	Tatsächliche Berufsgruppe der angerechneten Fachkraft	Berufsgruppe, bei der die Anrechnung erfolgt	Angerechnete Tätigkeiten in VKS	Erläuterung ⁷
1	2	3	4	5	6

Zulässige Werte:

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

GKV-SV/PatV	DKG
<u>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)</u>	[keine Übernahme]

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

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

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

Spalte 5: Zahlenwert 0 bis 999 999,99

Spalte 6: Freitextfeld bis 9 999 Zeichen

⁷In den Erläuterungen sind die betroffenen Regelaufgaben nach Anlage 4 aufzuführen.

Nachweis Teil A PPP-RL FÜR JEDEN STANDORT QUARTALSBEZOGEN AUSFÜLLEN**A6. Datenfelder zu den Ausnahmetatbeständen pro Einrichtung gemäß § 2 Absatz 5**

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

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

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

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

Zulässige Werte:

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

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

Spalten 3 bis 4: Zahlenwerte 0 bis 999 999

Spalte 5: 0 bis 999,99

Spalte 6: Freitextfeld 99 999 Zeichen

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

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

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

Zulässige Werte:

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

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

Spalten 3 bis 4: Zahlenwerte 0 bis 999 999

Spalte 5: 0 bis 999,99

Spalte 6: Freitextfeld 99 999 Zeichen

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

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

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Zeitraum	Auswirkungen auf die Behandlungsleistungen (Freitext)	Auswirkungen auf die Personalausstattung (Freitext)	Gründe für Abweichungen (Freitext)
1	2	3	4	5

Zulässige Werte:

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

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

Spalte 3 bis 5: Freitextfeld 99 999 Zeichen

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

Hinweis:

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

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

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

Zulässige Werte:

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

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

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

Der Nachweis erfolgt entsprechend der Tabelle A5.1.

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

Der Nachweis erfolgt entsprechend der Tabelle A5.2.

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

Der Nachweis erfolgt entsprechend der Tabelle A5.3.

[DKG: A7: Erläuterungen und Hinweise des Standortes zu den getroffenen Angaben]

Haupt-IK: _____

Standort-ID: _____

Jahr (JJJJ): _____

Quartal (1 - 4): _____

Freitextfeld: 99 999 ZeichenHinweis:

Hier können Angaben zu strukturellen und organisatorischen Gegebenheiten des Standortes gemacht werden, die sich in den vorangegangenen Tabellen nicht abbilden ließen und ggf. zur Darstellung einer von der Realität abweichenden Situation geführt haben. Beispielsweise können hier falls vorhanden Mischstationen angeführt werden, die Patienten aus verschiedenen Einrichtungen umfassen und daher im Nachweis nicht abgebildet werden können. In diesem Fall sollte konkret auf die jeweiligen genannten Stationen Bezug genommen werden, die von den Stationen in der Realität abweichen (z. Bsp. Realität: 3 Stationen mit 36 Patienten, 33-KJP-Patienten, 3-PSY-Patienten = eine Einrichtung mit 36 Patienten; im PPP-RL-Nachweis: zwei Einrichtungen, mit 33 und 3 Patienten).

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

Unterschriften

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

Name

Datum

Unterschrift

Ärztliche Leitung

Pflegedirektion

Geschäftsführung/
Verwaltungsdirektion

Teil B des Nachweises zur PPP-RL

Nachweis Teil B PPP-RL FÜR JEDE STATION MONATLICH AUSFÜLLEN**B1. Datenfelder zur Eingruppierung der Patientinnen und Patienten in die Behandlungsbereiche pro Station und Monat**

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

Tabelle B1.1: Gesamtbehandlungstage

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Station (ID)	Jahr	Monat	Gesamtanzahl Behandlungstage
1	2	3	4	5

Zulässige Werte:

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

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

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

Spalte 4: 01 bis 12

Spalte 5: Zahlenwerte 0 bis 99 999

Hinweis:

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

Tabelle B1.2: Stichtagserhebung

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Station (ID)	Jahr	Monat	Stichtag (Datum)	Behandlungsbereich	Anzahl Patientinnen und Patienten je Stichtag
1	2	3	4	5	6	7

Zulässige Werte:

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

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

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

Spalte 4: 01 bis 12

Spalte 5: Datum im Format JJJJ.MM.TT

Spalte 6: bei Spalte 1=29 A1.A2.A4.A5.A6.A7.A9.S1.S2.S4.S5.S6.S9.G1.G2.G4.G5.G6.G9, bei Spalte 1=30 KJ1.KJ2.KJ3.KJ5.KJ6.KJ7.KJ9, bei

Spalte 1=31 P1.P2.P3.P4

Spalte 7: Zahlenwerte 0 bis 99 999

Hinweis:

Die Stichtagserhebungen sind jeweils stationsbezogen an jedem Mittwoch einer ungeraden Kalenderwoche des Jahres für um 14.00 Uhr anwesende Patientinnen und Patienten durchzuführen. Entfällt der Stichtag auf einen Feiertag, hat die Einstufung am nächsten Werktag zu erfolgen. Zum Nachweis der Vorgaben nach § 6 Absatz 3 sind in dieser Tabelle sowohl die Stichtagserhebungen für den Bezugszeitraum des Vorjahres als auch die Behandlungstage für das aktuelle Kalenderjahr anzugeben. Aus den stationsbezogenen Werten in Tabelle B1.2 ergeben sich die Werte für die differenzierten Einrichtungen nach § 2 Absatz 5 in Tabelle A3.2.

Tabelle B1.3: Behandlungstage nach Behandlungsbereichen

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Station (ID)	Jahr	Monat	Behandlungsbereich	Anzahl Behandlungstage
1	2	3	4	5	6

Zulässige Werte:

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

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

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

Spalte 4: 01 bis 12

Spalte 5: bei Spalte 1=29 A1.A2.A4.A5.A6.A7.A9.S1.S2.S4.S5.S6.S9.G1.G2.G4.G5.G6.G9, bei Spalte 1=30 KJ1.KJ2.KJ3.KJ5.KJ6.KJ7.KJ9, bei Spalte 1=31 P1.P2.P3.P4

GKV-SV/PatV	DKG
<u>P5.P6</u>	[keine Übernahme]

Spalte 6: Zahlenwerte 0 bis 99 999

Hinweis:

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

Nachweis Teil B PPP-RL FÜR JEDE STATION MONATLICH AUSFÜLLEN

B2. Datenfelder für Mindestvorgaben, tatsächliche Personalausstattung, Umsetzungsgrad und Erfüllung der Anforderungen pro Station und Monat

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

Differenzierte Einrichtungen nach § 2 Absatz 5 (29.30.31): _____ Station (ID): _____

Tabelle B2.1: Mindestvorgaben, tatsächliche Personalausstattung, Umsetzungsgrad und Erfüllung der Anforderungen pro Berufsgruppe je Station

Monat	Berufsgruppen	VKS-Mind Mindest- personal- ausstattung in VKS	VKS-Ist Tatsächliche Personal- ausstattung in VKS	Davon			Umsetzungsgrad der Berufsgruppen in %
				Anrechnung Fachkräfte anderer Berufsgruppen nach PPP-RL in VKS	Anrechnung Fachkräfte Nicht-PPP-RL- Berufsgruppen in VKS	Anrechnung Fachkräfte ohne direktes Beschäfti- gungsverhältnis in VKS	
1	2	3	4	5	6	7	8

Zulässige Werte:

Spalte 1: 01 bis 12

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 **gf** gemäß § 5 Absatz 2 Satz 1

Spalten 3 bis 7: Zahlenwerte 0 bis 999 999,99

Spalte 8: Zahlenwerte 0 bis 999,99

Hinweis:

Die Tabelle enthält die berufsgruppenbezogenen Angaben zur Mindestpersonalausstattung, zur tatsächlichen Personalausstattung, zum Umsetzungsgrad pro Station. Für die Angaben zur tatsächlichen Personalausstattung (Spalte 4) sind die Hinweise zu Spalte 5 von Tabelle A4 zu berücksichtigen. Die Angaben zur stationsäquivalenten Behandlung erfolgen unter Verwendung der Ziffern 297 als Pseudoschlüssel für die

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

Tabelle B2.2: Anrechnungen von Fachkräften gemäß § 8 im Tagdienst

Bei der Anrechnung von Personal in Tabelle B2.1 (Eintrag in Spalten 5 bis 7) sind diese Vollkraftstunden in der folgenden Tabelle zu erläutern.

Monat	Anrechnungstatbestand (siehe Tabelle B2.1 Spalte 5 bis 7)	Tatsächliche Berufs- gruppe der angerech- neten Fachkraft	Berufsgruppe, bei der die Anrechnung erfolgt	Angerechnete Tätigkeiten in VKS	Erläuterung ⁸
1	2	3	4	5	6

Zulässige Werte:

Spalte 1: 01 bis 12

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

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

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

Spalte 5: Zahlenwert 0 bis 999 999,99

Spalte 6: Freitextfeld bis 9 999 Zeichen

⁸ In den Erläuterungen sind die betroffenen Regelaufgaben nach Anlage 4 aufzuführen.

Nachweis Teil B PPP-RL FÜR JEDE STATION MONATLICH AUSFÜLLEN**B3. Datenfelder zur Dokumentation der Patientinnen und Patienten (Regelaufgaben gemäß Anlage 4)**

Haupt-IK: _____ Standort-ID: _____ Jahr (JJJJ): _____ Station (ID): _____ Monat: _____

Tabelle B3.1: Dokumentation der bei den behandelten Patientinnen und Patienten erbrachten Regelaufgaben gemäß Anlage 4 je Station und Monat in der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik

Regelaufgaben gemäß Anlage 4	Tage oder andere Einheit		
	vs	ts	stäb

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

Tabelle B3.2: Dokumentation der bei den behandelten Patientinnen und Patienten erbrachten Regelaufgaben gemäß Anlage 4 je Station und Monat in der KJP

Regelaufgaben gemäß Anlage 4	Tage oder andere Einheit		
	vs	ts	stäb

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

Hinweis:

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

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

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

Tabelle B4.1: Qualifikation des tatsächlichen Personals

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Berufsgruppen	Teilgruppe mit zusätzlicher Qualifikation oder Anrechnung	VKS-Ist Tatsächliche Personalausstattung in VKS
1	2	3	4

Zulässige Werte:

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

Spalte 2: Werte aus Referenztablelle B4.2 Spalte 1 oder B4.3 Spalte 1

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

Spalte 4: Zahlenwerte 0 bis 999 999

Hinweis:

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

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

Berufsgruppe	Teilgruppe mit spezifischer/zusätzlicher Qualifikation
1	2
	a0) Gesamt
	a1) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte

a) Ärztinnen und Ärzte, <u>ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten</u>	a2) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte mit der Facharztbezeichnung Psychiatrie und Psychotherapie
	a3) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte mit der Facharztbezeichnung Psychosomatik
	a4) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie
b) Pflegefachpersonen	b0) Gesamt
	b1) Davon Pflegefachpersonen [DKG: <u>excl. b2 und b3</u>]
	b2) Davon Pflegefachpersonen mit Weiterbildung Psychiatrische Pflege
	b3) Davon Pflegefachpersonen mit Bachelor Psychiatrische Pflege
c) <u>Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten</u>	c0) Gesamt
	c1) Davon approbierte Psychologische Psychotherapeutinnen oder -therapeuten
	c2) Davon Psychologinnen oder Psychologen in Ausbildung zur [GKV-SV/PatV/BPtK: <u>Psychologischen</u>] Psychotherapeutin oder zum [GKV-SV/PatV/BPtK: <u>Psychologischen</u>] Psychotherapeuten
	[GKV-SV/PatV/BPtK: <u>Psychologischen</u>]
	<u>c3) Davon Psychotherapeuten mit Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 01.09.2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes</u>
<u>c4) Davon Fachpsychotherapeuten</u>	
<u>c5) Davon Psychologinnen und Psychologen ohne Approbation]</u>	
d) Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	d0) Gesamt
	d1) Davon Ergotherapeutinnen oder Ergotherapeuten
	d2) Davon Künstlerische Therapeutinnen oder Künstlerische Therapeuten
	d3) Davon Spezialtherapeutinnen oder Spezialtherapeuten mit anderer Qualifikation als d1 und d2
e) Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	e0) Gesamt
	e1) Davon Bewegungstherapeutinnen oder Bewegungstherapeuten
	e2) Davon Physiotherapeutinnen oder Physiotherapeuten
f) Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen	f0) Gesamt
	f1) Davon Sozialarbeiterinnen oder Sozialarbeiter
	f2) Davon Sozialpädagoginnen oder Sozialpädagogen
h) Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter	h0) Gesamt

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

Berufsgruppe	Teilgruppe mit spezifischer/zusätzlicher Qualifikation	
1	2	
a) Ärztinnen und Ärzte, <u>ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten</u>	a0) Gesamt	
	a1) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte	
	a2) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte mit der Facharztbezeichnung Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	
b) Pflegefachpersonen und Erziehungsdienst	b0) Gesamt	
	b1) Davon Pflegefachpersonen [DKG: <u>excl. b4 bis b6</u>]	
	b2) Davon Erzieherinnen oder Erzieher	
	b3) Davon Heilerziehungspflegerinnen oder Heilerziehungspfleger	
	b4) Davon Fachpersonen mit Weiterbildung Kinder- und Jugendpsychiatrie	
	b5) Davon Fachpersonen mit Bachelor Psychiatrische Pflege	
	b6) Davon Pflegefachpersonen mit Weiterbildung Psychiatrische Pflege	
c) <u>Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten</u>	c0) Gesamt	
	c1) Davon approbierte Psychologische Psychotherapeutinnen oder -therapeuten	
	c2) Davon approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder -therapeuten	
	c3) Davon Psychologinnen oder Psychologen in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder zum Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	
	[GKV-SV/PatV/BPtK:	
	<u>c4) Davon Psychotherapeuten mit Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 01.09.2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes</u>	
	<u>c5) Davon Fachpsychotherapeuten (KJ)</u>	
	<u>c6) Davon Psychologinnen und Psychologen ohne Approbation]</u>	
	GKV-SV/DKG/PatV	BPtK
	<u>(nicht-ärztlich)</u>	[keine Übernahme bzw. streichen]
	Psychologinnen und Psychologen (dazu zählen alle Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten) ⁹	
d) Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	d0) Gesamt	
	d1) Davon Ergotherapeutinnen oder Ergotherapeuten	
	d2) Davon Künstlerische Therapeutinnen oder Künstlerische Therapeuten	

⁹ Zu den Psychologinnen und Psychologen in der KJP zählen alle approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Ausbildung, unabhängig von ihrer Grundqualifikation.

	d3) Davon Spezialtherapeutinnen oder Spezialtherapeuten mit anderer Qualifikation als d1 und d2
	<u>d4) Davon Sprachheiltherapeutinnen oder Sprachheiltherapeuten</u>
	<u>d5) Davon Logopädinnen oder Logopäden</u>
e) Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	e0) Gesamt
	e1) Davon Bewegungstherapeutinnen oder Bewegungstherapeuten
	e2) Davon Physiotherapeutinnen oder Physiotherapeuten
f) Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	f0) Gesamt
	f1) Davon Sozialarbeiterinnen oder Sozialarbeiter
	f2) Davon Sozialpädagoginnen oder Sozialpädagogen
	f3) Davon Heilpädagoginnen oder Heilpädagogen
g) Sprachheiltherapeutinnen und Sprachheiltherapeuten, Logopädinnen und Logopäden	g0) Gesamt
	g1) Davon Sprachheiltherapeutinnen oder Sprachheiltherapeuten
	g2) Davon Logopädinnen oder Logopäden

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

Haupt-IK: _____ Standort-ID: _____ Jahr (JJJJ): _____ Monat (1 - 12): _____

Station (ID)	durchschnittliche Personalausstattung Pflegefachpersonen (VKS je Nacht)	davon Bereitschaftsdienst in Höhe von	durchschnittliche Patientenbelegung	Anzahl Patientinnen und Patienten je Pflegefachperson (1 Pflegefachperson = 10 Stunden)	Anzahl Nächte < 16 VKS je Nacht	Anzahl Nächte < 14 VKS je Nacht
1	2	3	4	5	6	7

Zulässige Werte:

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

Spalten 2 bis 5: Zahlenwerte 0 bis 999,99

Spalten 6 und 7: Zahlenwerte 0 bis 31


[DKG: B6: Erläuterungen und Hinweise des Standortes zu den getroffenen Angaben]

Haupt-IK:

Standort-ID:

Jahr (JJJJ):

Quartal (1 - 4):

Freitextfeld: 99 999 ZeichenHinweis:

Hier können Angaben zu strukturellen und organisatorischen Gegebenheiten des Standortes gemacht werden, die sich in den vorangegangenen Tabellen nicht abbilden ließen und ggf. zur Darstellung einer von der Realität abweichenden Situation geführt haben. Beispielsweise können hier falls vorhanden Mischstationen angeführt werden, die Patienten aus verschiedenen Einrichtungen umfassen und daher im Nachweis nicht abgebildet werden können. In diesem Fall sollte konkret auf die jeweiligen genannten Stationen Bezug genommen werden, die von den Stationen in der Realität abweichen (z. Bsp. Realität: 3 Stationen mit 36 Patienten, 33-KJP-Patienten, 3-PSY-Patienten = eine Einrichtung mit 36 Patienten; im PPP-RL-Nachweis: zwei Einrichtungen, mit 33 und 3 Patienten).]

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

Unterschriften

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

Name

Datum

Unterschrift

Ärztliche Leitung

Pflegedirektion

Geschäftsführung/
Verwaltungsdirektion

Anlage 4 Regelaufgaben

1. Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) - Erwachsenenpsychiatrie

a. Regelaufgaben der Ärztinnen und Ärzte sowie Oberärztinnen und Oberärzte

aa. Regelaufgaben der Ärztinnen und Ärzte, [BÄK: (einschließlich der)] ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Stationsdienst

GKV-SV/PatV	DKG
<p>1. Medizinisch psychiatrisch Grundversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Diagnostik: Körperliche und p</u>Psychiatrische Anamnese, und Befunderhebung, körperliche Untersuchung, <u>apparative Diagnostik, Indizierung weiterer Untersuchungen, Labordiagnostik</u>Fremdanamnese, Therapieplan, Dokumentation der Erstaufnahme - <u>Visiten, Verlaufsuntersuchungen, körperliche Therapie: Medikation, Medikamentenkontrolle, Befundauswertung, Medikationskontrolle und weitere</u> medizinische Behandlung - <u>Visiten, Kurvenvisiten, Verlaufsuntersuchungen (ad medizinische Aspekte)</u> - Dokumentation des <u>körperlichen</u> Verlaufs <u>und der psychiatrischen Interaktion</u>, Aktenführung, Arztbrief <u>(med. Teil)</u> - Team <u>Teilnahme an täglichen Verlaufsbesprechungen im Team</u> - Teilnahme an Oberarztvisite/Kurvenvisite <u>(ad körperliche Befunde)</u> <p>2. <u>Psychotherapeutische Grundversorgung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Psychotherapeutische Anamnese und Befunderhebung</u> - <u>Mitwirken bei der Therapieplanung</u> 	<p>1. Medizinische <u>und</u>-psychiatr<u>o</u>therapeutische Grundversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Diagnostik: Psychiatrische und psychotherapeutische</u> Anamnese und Befunderhebung, körperliche Untersuchung, Fremdanamnese, Therapieplan, Dokumentation der Erstaufnahme - <u>körperliche Untersuchung, Indizierung weiterer Untersuchungen Labordiagnostik</u> - körperliche Therapie: Medikation, - <u>Visiten, Verlaufsuntersuchungen, Befundauswertung, Medikationskontrolle, Befundauswertung, und weitere</u> medizinische Behandlung - <u>Therapieplanung</u> - Visiten, Kurvenvisiten, Teilnahme Oberarztvisite <u>Dokumentation des Verlaufs, Aktenführung, Arztbrief</u> - <u>Teilnahme an täglichen patientenbezogenen Verlaufsbesprechungen im Team (medizinische und psychotherapeutische Befunde)</u> - <u>Verlaufsuntersuchungen</u> - <u>Dokumentation der Erstaufnahme, des Verlaufs, Aktenführung, Arztbrief, Entlassbericht</u> - Teilnahme an Oberarztvisite/Kurvenvisite

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> – <u>Verlaufskontrolle</u> – <u>Teilnahme an Visiten</u> – <u>Dokumentation des Verlaufs, Aktenführung, Entlassbericht, psychotherapeutischer Teil</u> – <u>Teilnahme an täglichen Verlaufsbesprechungen im Team (ad Psychotherapie)</u> – <u>Teilnahme Oberarztvisite/Kurvervisite (ad Psychotherapie)</u> | |
|---|--|

2. Einzelfallbezogene Behandlung

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

3. Gruppentherapie

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

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

- Teilnahme an den Ärzte-/Psychologenkonferenzen des therapeutischen Personals
- Teilnahme an den Therapiekonferenzen
- Einzelfallsupervision/ Teamsupervision
- Konzeptbesprechungen im Team
- Teilnahme an hausinternen Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung, Supervision als Teil der Fort- und Weiterbildung, Balintgruppen/ IFA-Gruppen
- Teilnahme an Außenkontakten (ambulante und komplementäre Dienste, Selbsthilfe- und Angehörigengruppen)

- Regelmäßige Unterweisungen (Hygiene, Arbeitssicherheit, Brandschutz, Mentoring, Reanimation etc.)

bb. Regelaufgaben der Oberärztinnen und Oberärzte

1. Stationsbezogene Tätigkeiten

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

2. Stationsübergreifende Tätigkeiten

- Teilnahme an den Ärzte-/Psychologenkonferenzen des therapeutischen Personals, Klinikorganisation [DKG: , Klinikgremien]
- Teilnahme an Leitungsbesprechungen, interne Koordinierung
- Teilnahme an Fortbildung und Durchführung von Weiterbildung
- Bearbeitung von Anfragen, Beschwerden
- Verwaltungsaufgaben
- Teilnahme an Fortbildung und Durchführung von Fort- und Weiterbildung
- Qualitätssicherungsaufgaben

3. Außenkontakte

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

b. Regelaufgaben des Pflegepersonals

1 Allgemeine Pflege

- Aufstellung der individuellen Pflegeplanung im Rahmen des Therapieplans einschließlich der Pflegeanamnese (Pflegeprozess)

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

2 Spezielle Pflege

2.1 Somatische Pflege

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

2.2 Psychiatrische Pflege

2.2.1 Einzelfallbezogene Behandlung und Betreuung

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

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

2.2.2 Gruppenbezogene Behandlung und Betreuung

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

2.3 Visiten der Ärztin oder des Arztes

- Vorbereitung, Teilnahme, Ausarbeitung

3 Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

3.1 Therapie- und Arbeitsbesprechungen

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

3.2. Stationsorganisation

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

c. Regelaufgaben der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

GKV-SV/DKG/PatV/BÄK	BpTK
<u>(nicht-ärztlich), Psychologinnen und Psychologen, gemäß § 5 Absatz 1</u>	<u>Psychologinnen und Psychologen</u> gemäß § 5 Absatz 1
<p>1. Klinisch-psychologische Grundversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> – Mitwirkung bei <u>Psychotherapeutische/psychologische</u> Anamnese und Befunderhebung <u>inkl. Anwendung standardisierter Instrumente, Fremdanamnese (insbesondere Testdiagnostik und handlungsorientierte Diagnostik)</u> sowie bei der – Therapieplanung <u>(in Bezug auf Psychotherapie/Psychologie)</u> – Verlaufskontrollen; – Teilnahme an Visiten, <u>Verlaufsuntersuchungen</u> – Dokumentation <u>der Erstaufnahme</u>, des Verlaufs, Aktenführung, <u>E-Berichte (in Bezug auf Psychotherapie/Psychologie)</u> – Teilnahme an täglichen <u>patientenbezogenen</u> Verlaufsbesprechungen im Team (patientenbezogene Teambesprechungen) – Teilnahme Oberarztvisite/Kurvenvisite 	<p>1. Klinisch-psychologische <u>Psychotherapeutische</u> Grundversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> – Mitwirkung bei Anamnese und Befunderhebung, <u>inkl. Anwendung standardisierter Instrumente, Fremdanamnese</u> – -Therapieplanung (einschließlich Indikationsstellung für Spezialtherapien, z.B. Ergotherapie), Dokumentation der (Erst-)aufnahme (insbesondere Testdiagnostik und handlungsorientierte Diagnostik) sowie bei der Therapieplanung – Verlaufskontrolle <u>Verlaufsuntersuchungen und, Monitoring und Anpassung der Behandlung auch im Rahmen von Visiten,</u> Teilnahme an Visiten – <u>Dokumentation der Erstaufnahme</u> Dokumentation des Verlaufs, Aktenführung, Berichte <u>E-Berichte</u> ntlassbrief – Teilnahme an täglichen Verlaufsbesprechungen im Team (patientenbezogenen Teambesprechungen) – Teilnahme Oberarztvisite/<u>Visite der ltd. Psychotherapeut*in</u>/Kurvenvisite
<p>2. Einzelfallbezogene Behandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> – Einzelgespräche, Einzelpsychotherapie einschließlich spezieller Trainingsprogramme/<u>Expositionen</u> – Krisenintervention – Familiengespräche/Familientherapie – <u>Abklärung medizinischer, psychotherapeutischer, juristischer und anderer Fragen</u> – Patientenbezogene Zusammenarbeit mit Stellen außerhalb des Krankenhauses – Rehabilitations- und Nachsorgeplanung – <u>[DKG/BpTK: Bearbeitung gutachterlicher Fragestellungen auch in Bezug auf sozialrechtliche, familienrechtliche, strafrechtliche Fragestellungen]</u> 	

<p>3. Gruppentherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gruppenpsychotherapie [GKV-SV/DKG/BÄK: <u>(entsprechend den wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren)</u>] - -, einschließlich spezieller Therapie- und Trainingsprogramme <u>in Gruppen, z.B. Psychoedukation inkl. Gruppennachbesprechung</u> - Teilnahme an Stationsversammlungen - Angehörigengruppen auf der Station 	
<p>4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teilnahme an den <u>Ärzte-/Psychologenk</u>onferenzen <u>des therapeutischen Personals</u> - Teilnahme an Therapiekonferenzen - <u>Einzelfallsupervision/Teamsupervision</u> - Konzeptbesprechungen im Team - Teilnahme an hausinternen Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung einschließlich Supervision, Balintgruppen/<u>IFA-Gruppen</u> - <u>Durchführung von Fort- und Weiterbildung einschließlich Supervision (zu leisten nur von Psychotherapeuten mit abgeschlossener Weiterbildung in einem wissenschaftlich anerkannten Verfahren)</u> - Teilnahme an Außenkontakten (ambulante und komplementäre Dienste, Selbsthilfe- und Angehörigengruppen) - <u>Regelmäßige Unterweisungen (Hygiene, Arbeitssicherheit, Brandschutz, Mentoring, Reanimation etc.)</u> 	<p>4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teilnahme an den Ärzte-/Psycho<u>therapeuten</u>logenk<u>o</u>onferenzen - <u>Teilnahme an Therapiekonferenzen</u> - <u>Einzelfallsupervision/Teamsupervision</u> - Konzeptbesprechungen im Team - Teilnahme an hausinternen Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung einschließlich Supervision, Balintgruppen - Teilnahme an Außenkontakten (ambulante und komplementäre Dienste, Selbsthilfe- und Angehörigengruppen) - <u>Durchführung von Fort- und Weiterbildung einschließlich Supervision im Rahmen der stationären Weiterbildung (zu leisten nur von Psychologische Psychotherapeut*innen und Fachpsychotherapeut*innen)</u> - <u>Teilnahme an Außenkontakten (ambulante und komplementäre Dienste, Selbsthilfe- und Angehörigengruppen)</u> - <u>Regelmäßige Unterweisungen (Hygiene, Arbeitssicherheit, Brandschutz, Mentoring, Reanimation etc.)</u>
<p><i>[keine Übernahme]</i></p>	<p><u>cc. Regelaufgaben der ltd. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten</u></p> <p><u>1. Stationsbezogene Tätigkeiten</u></p>

- Visiten der ltd. Psychotherapeut*innen
 - Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechung im Team
 - Begleitung und Kontrolle von Diagnostik und Therapie der psychischen Erkrankung
 - Aktive Beteiligung an Therapien (Einzel, Familie, Gruppe)
 - Gesamtbehandlungsplan in Bezug auf die psychische Erkrankung, einschließlich Spezialtherapien, Therapieplanung
 - Akten- und Dokumentationskontrolle
 - Teilnahme/Leitung Stationsversammlungen/Angehörigengruppe auf der Station
 - Supervision (Einzelfallsupervision und Teamsupervision)
2. Stationsübergreifende Tätigkeiten
- Teilnahme an den Konferenzen des therapeutischen Personals, Klinikorganisation, Klinikgremien
 - Teilnahme an Leitungsbesprechungen, interne Koordinierung
 - Teilnahme an Fortbildung und Durchführung von Weiterbildung
 - Bearbeitung von Anfragen, Beschwerden
 - Verwaltungsaufgaben
 - Teilnahme an Fortbildung und Durchführung von Fort- und Weiterbildung im Rahmen der stationären Weiterbildung
 - Qualitätssicherungsaufgaben
3. Außenkontakte
- Mitwirkung an der Entwicklung und Durchführung der Zusammenarbeit in der psychiatrischen Versorgung

d. Regelaufgaben der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten

1. Grundversorgung

- Mitwirkung bei Anamnese/Diagnostik krankheitsbedingter Defizite im Leistungsbereich und im sozioemotionalen Bereich sowie bei der Therapieplanung
 - Dokumentation
2. Einzelfallbezogene Behandlung
- Spezifische kreativitätsfördernde Behandlung einschließlich Musiktherapie und Gestaltungstherapie
 - Funktionelle und leistungsorientierte Übungsbehandlung
 - Mitwirkung bei der berufsbezogenen Rehabilitationsplanung
3. Gruppenbezogene Behandlung
- Kreativitätsfördernde Therapie einschließlich Musiktherapie und Gestaltungstherapie
 - Lebenspraktisch orientierte Therapie
 - Arbeitstherapie und Belastungserprobung
 - Freizeitprogramme, Mitwirkung an Aktivitätsgruppen
 - Kontakt- und kommunikationsfördernde Gruppen
4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten
- Vor- und Nachbereitung
 - Teilnahme an den Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team
 - Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision
 - Auftragsbeschaffung, Materialbeschaffung, Verwaltungsaufgaben
 - Stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination der Ergotherapie
- e. Regelaufgaben der Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten
1. Grundversorgung
- Ergänzung der medizinischen und psychiatrischen Diagnostik durch funktionelle Diagnostik
 - Physiotherapie bei körperlichen Beschwerden sowie bei somatischen Begleit- oder Folgeerkrankungen
 - Dokumentation
2. Einzelfallbezogene Behandlung
- individuelle Physiotherapie und Bewegungstherapie bei schweren Erkrankungen

- Psychotherapeutisch orientierte Bewegungstherapie
- 3. Gruppenbezogene Behandlung
 - Gruppengymnastik und Sporttherapie
 - Bewegungstherapie und Physiotherapie
 - Entspannungsübungen
- 4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten
 - Teilnahme an den Therapiekonferenzen und Konzeptionsbesprechungen im Team
 - Vor- und Nachbereitung
 - Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision
- f. Regelaufgaben der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sowie Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen
 1. Sozialpädagogische Grundversorgung
 - Mitwirkung bei Anamnese- und Befunderhebung (Sozialanamnese und psychosoziale Diagnostik) und Therapieplanung
 - Klärung von Anspruchsvoraussetzungen gegenüber Leistungsträgern sowie Hilfen zur finanziellen Sicherung des Lebensunterhaltes
 - Dokumentation
 2. Einzelfallbezogene Behandlung und sozialpädagogische Behandlung
 - Sozialtherapeutisches Kompetenztraining
 - Sozialtherapeutische Einzelfallhilfe zur Wiedereingliederung im Wohnbereich sowie im familiären und gesellschaftlichen Leben einschließlich Haus- und Nachbarschaftsbesuche
 - Hilfe zur Wiedereingliederung im Arbeitsbereich einschließlich der notwendigen Außenaktivitäten
 - Familienberatung und Mitwirkung an Familientherapien
 3. Gruppenbezogene Behandlung
 - Sozialpädagogische und sozialtherapeutische Gruppen (z. B. lebenspraktische Gruppen zur Erweiterung und Festigung der Kompetenzen im sozialen Bereich, Aktivitätsgruppen)
 - Teilnahme an Stationsversammlungen
 - Mitwirkung an Angehörigengruppen

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

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

2. Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) – Kinder- und Jugendpsychiatrie

a. Regelaufgaben der Ärztinnen und Ärzte, [BÄK: (einschl. der)] ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Oberärztinnen und Oberärzte

aa. Regelaufgaben der Ärztinnen und Ärzte, [BÄK: (einschl. der)] ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Stationsdienst

GKV-SV/PatV	DKG
<p>1. Kinder- und jugendpsychiatrische <u>Medizinische</u> -Grundversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> – <u>Diagnostik: Körperliche und kinder- und jugendpsychiatrische Anamnese-Untersuchung und Befunderhebung</u> unter Einschaltung der Bezugspersonen (Familien-, Entwicklungs- und Erkrankungsanamnese) – -,k <u>Körperlich-neurologische Untersuchung, apparative Diagnostik, Indizierung weiterer Untersuchungen, funktionelle EntwicklungsLabor</u>diagnostik – -,Körperliche <u>Therapieplan,; Medikation, Medikamentenkontrolle, Befundauswertung, weitere medizinische Behandlung</u> – <u>Visiten, Kurvenvisiten, Verlaufsuntersuchungen (ad medizinische Aspekte)</u> – Dokumentation der Erstaufnahme – Durchführung von orientierenden Leistungstests, Bewertung weiterer testpsychologischer Untersuchungsbefunde (Entwicklungstests, Persönlichkeitstests, projektive Tests) 	<p>1. Kinder- und jugendpsychiatrische <u>Medizinische und psychotherapeutische</u> Grundversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> – <u>Diagnostik: Kinder- und jugendpsychiatrische und psychotherapeutische Anamnese-Untersuchung</u> und Befunderhebung, <u>Fremd- unter Einschaltung der Bezugspersonen (Familien-, Entwicklungs- und Erkrankungs</u>anamnese – -, <u>körperlich-neurologische Untersuchung, Indizierung weiterer Untersuchungen, funktionelle EntwicklungsLabor</u>diagnostik, <u>Therapieplan, Dokumentation der Erstaufnahme</u> – Durchführung von orientierenden Leistungstests, Bewertung weiterer testpsychologischer Untersuchungsbefunde (Entwicklungstests, Persönlichkeitstests, projektive Tests) – Visiten, Verlaufsuntersuchungen, <u>Befundauswertung, körperliche Therapie: Medikation, Medikationskontrolle, Befundauswertung, und weitere</u> medizinische Behandlung – <u>Therapieplanung</u>

<ul style="list-style-type: none"> – Visiten, Verlaufsuntersuchungen, Befundauswertung, Medikationskontrolle und medizinische Behandlung – Dokumentation des <u>körperlichen</u> Verlaufs <u>und der kinder- und jugendpsychiatrischen Interaktion</u>, Aktenführung, Arztbrief (med. Teil) – Teilnahme an täglichen Verlaufsbesprechungen im Team, Beratung bei der Pflegeplanung (ad körperliche Befunde) <p><u>2. Psychotherapeutische Grundversorgung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – <u>Kinder- und jugendpsychotherapeutische Psychotherapeutische Anamnese und Befunderhebung unter Einschaltung der Bezugspersonen (Familien-, Entwicklungs- und Erkrankungsanamnese)</u> – <u>Mitwirken bei der Therapieplanung</u> – <u>Verlaufskontrolle</u> – <u>Teilnahme an Visiten</u> – <u>Dokumentation des Verlaufs, Aktenführung, Entlassbericht psychotherapeutischer Teil</u> – <u>Teilnahme an täglichen Verlaufsbesprechungen im Team (ad Psychotherapie)</u> – <u>Teilnahme an Oberarztvisite /Kurvenvisite (ad Psychotherapie)</u> 	<ul style="list-style-type: none"> – <u>Visiten, Kurvenvisiten, Teilnahme Oberarztvisite, Teilnahme an täglichen patientenbezogenen Verlaufsbesprechungen im Team (medizinische und psychotherapeutische Befunde), Beratung bei der Pflegeplanung</u> – <u>Verlaufsuntersuchungen</u> – Dokumentation <u>der Erstaufnahme</u>, des Verlaufs, Aktenführung, Arztbrief, <u>Entlassbericht</u> – Teilnahme an täglichen Verlaufsbesprechungen im Team, Beratung bei der Pflegeplanung – Teilnahme an Oberarztvisite/ Kurvenvisite
--	---

2. Einzelfallbezogene Behandlung

- Einzelgespräche/Einzels psychotherapie, einschließlich spezieller Trainingsprogramme
- Krisenintervention
- ~~Anleitung der Bezugspersonen des Kindes/Jugendlichen, Familiengespräche/Familientherapie, Anleitung der Bezugspersonen des Kindes/Jugendlichen,~~
- Abklärung medizinischer, psychotherapeutischer, juristischer und anderer Fragen mit Stellen außerhalb des Krankenhauses,
Zusammenarbeit mit außerklinischen Einrichtungen wie Kindergarten, externer Schule, Arbeitsamt, Jugendamt,

Erziehungsberatungsstelle, schulpsychologischem Dienst, Sozialamt, Gesundheitsamt, niedergelassener Therapeutin oder niedergelassenem Therapeuten, Heim etc.,

- Rehabilitations- und Nachsorgeplanung
- Maßnahmen im Zusammenhang mit Unterbringungsverfahren einschließlich gutachterlicher Stellungnahmen

3. Gruppentherapie

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

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

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

bb. Regelaufgaben der Oberärztinnen und Oberärzte

1. Stationsbezogene Tätigkeiten

- ~~Nachexploration~~
- Oberarztvisiten/Kurvenvisiten/Einzelgespräche/Kurzinterventionen, Nachexploration
- Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechung im Team
- Begleitung und Kontrolle der med. und psychotherapeutischen Diagnostik und Therapie
- Aktive Beteiligung an Therapien (Einzel, Familie, Gruppe)
- Gesamtbehandlungsplan, Therapieplanung
- Akten- und Dokumentationskontrolle

– Teilnahme/Leitung Stationsversammlungen/Angehörigengruppe auf der Station

– Supervision (Einzelfallsupervision und Teamsupervision)

~~– Beteiligung an Therapien (Einzel, Familie, Gruppe)~~

2. Stationsübergreifende Tätigkeiten

– Teilnahme an Ärzte-/Psychologenkonferenzen des therapeutischen Personals, Klinikorganisation [DKG: ,Klinikgremien]

– Teilnahme an Leitungsbesprechungen, interne Koordinierung

~~– Teilnahme an Fortbildung und Durchführung von Weiterbildung~~

– Bearbeitung von Anfragen, Beschwerden

~~– Verwaltungsaufgaben~~

~~– Teilnahme an Fortbildung und Durchführung von Fort- und Weiterbildung~~

– Qualitätssicherungsaufgaben

3. Außenkontakte

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

b. Regelaufgaben des Pflege- und Erziehungsdienstes

1 Allgemeine Pflege und Betreuung

– Aufstellung der individuellen Pflegeplanung im Rahmen des Therapieplans einschließlich der Pflegeanamnese (Pflegeprozess)

– Pflegedokumentation

– Regelmäßige Vitalzeichenkontrolle (z. B. Temperatur, Puls, Blutdruck, Atmung, Ausscheidungen) auch Größe und Gewicht

– Mobilisation von bettlägerigen Patientinnen und Patienten (z. B. Lagerung, Gehunterstützung, Gehhilfen, Rollstuhlbenutzung, Prophylaxe)

– Anleitung und Hilfe bei der Eigenhygiene (z. B. Aufstehen, Körperpflege, Kosmetik, Waschen, Duschen, Anziehen, Toilettenbenutzung, Zubettgehen)

– Sicherstellung der Nahrungsaufnahme (z. B. Vorbereiten und Verteilen der Mahlzeiten, Anleitung und Hilfe beim Essen)

– Bettenmachen und Anleitung der Patientinnen und Patienten zum Beziehen von Betten, Wäschewechsel

– Sicherstellen hygienischer Maßnahmen (z. B. Bett, Nachttisch, Schrank, Zimmer)

2 Spezielle Pflege

2.1 Somatische Pflege

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

2.2 Kinder- und jugendpsychiatrische Pflege

2.2.1 Einzelfallbezogene Behandlung und Betreuung

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

2.2.2 Gruppenbezogene Behandlung und Betreuung

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

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

2.3. Visiten der Ärztin oder des Arztes

- Vorbereitung, Teilnahme, Ausarbeitung, Kurvenvisite, Dokumentation

3 Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

3.1 Therapie- und Arbeitsbesprechungen

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

3.2 Stationsorganisation

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

c. Regelaufgaben der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

GKV-SV/DKG/PatV	BPtK
<u>(nicht-ärztlich), Psychologinnen und Psychologen, gemäß § 5 Absatz 2</u>	<u>Psychologinnen und Psychologen gemäß § 5 Absatz 2</u>
1. Klinisch-psychologische Grundversorgung – Mitwirkung bei Psychotherapeutische /psychologische Anamnese und Befunderhebung <u>inkl. Anwendung</u>	1. <u>Psychotherapeutische</u> Klinisch-psychologische Grundversorgung – Mitwirkung bei Anamnese und Befunderhebung, <u>inkl. Anwendung standardisierter Instrumente, unter Berücksichtigung</u>

<p><u>standardisierter Instrumente (insbesondere Testdiagnostik und handlungsorientierte Diagnostik)</u> unter Berücksichtigung familienpsychologischer und entwicklungspsychologischer Zusammenhänge, <u>Fremdanamnese</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – sowie bei der Therapieplanung <u>(in Bezug auf Psychotherapie/Psychologie)</u> – <u>Verlaufskontrollen</u>; – Teilnahme an Visiten, <u>Verlaufsuntersuchungen</u> – Dokumentation der <u>Erstaufnahme, des</u> Verlaufs, Aktenführung, <u>E-Berichte (in Bezug auf Psychotherapie/Psychologie)</u> – Teilnahme an täglichen <u>patientenbezogenen</u> Verlaufsbesprechungen im Team – Teilnahme Oberarztvisite/Kurvenvisite 	<p><u>familienpsychologischer und entwicklungspsychologischer Zusammenhänge, Fremdanamnese unter Einschaltung der Bezugspersonen (Familien-, Entwicklungs- und Erkrankungsanamnese), ggfls. psychometrische Untersuchungen einschließlich Auswertung,</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – <u>Therapieplanung;</u> – <u>Verlaufsuntersuchungen, Monitoring und Anpassung der Behandlung auch im Rahmen von Visiten</u> – <u>Dokumentation der (Erst-)aufnahme, des Verlaufs, Aktenführung, E-Berichte. (insbesondere Testdiagnostik und handlungsorientierte Diagnostik) unter Berücksichtigung familienpsychologischer und entwicklungspsychologischer Zusammenhänge, sowie bei der, Therapieplanung</u> – <u>Verlaufsuntersuchungen, Monitoring und Anpassung der Behandlung auch im Rahmen von Visiten, Befunderstellung und Befundauswertung</u> <u>Verlaufskontrolle,</u> Teilnahme an Visiten – Dokumentation des Verlaufs, Aktenführung, Entlassbrief <u>Berichte</u> – Teilnahme an täglichen Verlaufsbesprechungen im Team <u>(patientenbezogene Teambesprechungen)</u> – Teilnahme Oberarztvisite/<u>Visite der ltd. Psychotherapeut*in/Kurvenvisite</u>
<p>2. Einzelfallbezogene Behandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> – Einzelgespräche/Einzelpsychotherapie <u>einschließlich spezieller Trainingsprogramme/Expositionen [GKV-SV; neuropsychologische Behandlung, einschließlich therapiebegleitender Diagnostik und Modifikation der Therapiemaßnahmen]</u> – Krisenintervention – <u>Familiengespräche/Familientherapie,</u> Anleitung der Bezugspersonen des Kindes/Jugendlichen, Familientherapie – <u>Abklärung medizinischer, psychotherapeutischer, juristischer und anderer Fragen</u> Patientenbezogene Zusammenarbeit mit Stellen außerhalb des Krankenhauses – <u>Rehabilitations- und Nachsorgeplanung</u> 	

- [DKG/BPtK: Bearbeitung gutachterlicher Fragestellungen auch in Bezug auf sozialrechtliche, familienrechtliche, strafrechtliche Fragestellungen]

3. Gruppentherapie

- Gruppenpsychotherapie [GKV-SV/DKG/BÄK: (entsprechend den wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren)]
- ~~„einschließlich spezieller~~ Therapie- und Trainingsprogramme in Gruppen, z.B. Psychoedukation inkl. Gruppennachbesprechung
- Teilnahme an Stationsversammlungen
- Eltern- bzw. Angehörigengruppen in auf der Station

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

- Teilnahme an den Ärzte-/Psychologenkonferenzen des therapeutischen Personals
- Teilnahme an Therapiekonferenzen
- Einzelfallsupervision/ Teamsupervision
- Konzeptbesprechungen im Team
- Teilnahme an hausinternen Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung einschließlich Supervision, Balintgruppen/-IFA-Gruppen
- Durchführung von Fort- und Weiterbildung einschließlich Supervision (zu leisten nur von Psychotherapeuten mit abgeschlossener Weiterbildung in einem wissenschaftlich anerkannten Verfahren)
- Teilnahme an Außenkontakten (ambulante und komplementäre Dienste, Selbsthilfe- und Angehörigengruppen)
- Regelmäßige Unterweisungen (Hygiene, Arbeitssicherheit, Brandschutz, Mentoring, Reanimation etc.)

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

- Teilnahme an den Ärzte-/Psychotherapeutenkonferenzen
- Teilnahme an Therapiekonferenzen
- Einzelfallsupervision/ Teamsupervision
- Konzeptbesprechungen im Team
- Teilnahme an hausinternen Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung einschließlich Supervision, Balintgruppen
- ~~Teilnahme an Außenkontakten (ambulante und komplementäre Dienste, Selbsthilfe- und Angehörigengruppen)~~
- Durchführung von Fort- und Weiterbildung einschließlich Supervision im Rahmen der stationären Weiterbildung (zu leisten nur von Psychologische Psychotherapeut*innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen und Fachpsychotherapeut*innen)
- Teilnahme an Außenkontakten (ambulante und komplementäre Dienste, Selbsthilfe- und Angehörigengruppen)
- Regelmäßige Unterweisungen (Hygiene, Arbeitssicherheit, Brandschutz, Mentoring, Reanimation etc.)

[keine Übernahme]

cc. Regelaufgaben der ltd. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

1. Stationsbezogene Tätigkeiten

- Visiten der ltd. Psychotherapeut*innen
- Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechung im Team
- Begleitung und Kontrolle von Diagnostik und Therapie der psychischen Erkrankung
- Aktive Beteiligung an Therapien (Einzel, Familie, Gruppe)
- Gesamtbehandlungsplan-in Bezug auf die psychische Erkrankung, einschließlich Spezialtherapien, Therapieplanung
- Akten- und Dokumentationskontrolle
- Teilnahme/Leitung Stationsversammlungen/Angehörigengruppe auf der Station
- Supervision (Einzelfallsupervision und Teamsupervision)

2. Stationsübergreifende Tätigkeiten

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

3. Außenkontakte

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

d. Regelaufgaben der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten

1. Grundversorgung

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

2. Einzelfallbezogene Behandlung

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

3. Gruppenbezogene Behandlung

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

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

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

e. Regelaufgaben der Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

1. Grundversorgung

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

2. Einzelfallbezogene Behandlung

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

3. Gruppenbezogene Behandlung

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

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

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

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

1. Grundversorgung

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

1. Einzelfallbezogene Beratung und Behandlung

- Sozialtherapeutisches Kompetenztraining
- Sozialtherapeutische Einzelfallhilfe für Kinder und Jugendliche und ihre Familien

- Hilfe zur (Wieder)Eingliederung in Schule, Ausbildung und Arbeit einschließlich der notwendigen Außenaktivitäten
 - Vorbereitung und Mithilfe bei der außerfamiliären Unterbringung
 - Familienberatung und Mitwirkung an Familientherapien
 - Heilpädagogische Einzelmaßnahmen
2. Gruppenbezogene Behandlung
- Sozialpädagogische und sozialtherapeutische Gruppen zur Erweiterung und Festigung der Kompetenzen im sozialen Bereich, Projekt- und Aktivitätsgruppen
 - Teilnahme an Stationsversammlungen
 - Mitwirkung an Angehörigengruppen
3. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten
- Teilnahme an den Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team
 - Zusammenarbeit mit Diensten außerhalb des Krankenhauses
 - Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision

~~g. Regelaufgaben der Sprachtherapeutinnen und Sprachtherapeuten sowie Logopädinnen und Logopäden~~

~~1. Grundversorgung~~

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

~~2. Einzelfallbezogene und kleingruppenbezogene Behandlung~~

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

~~3. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten~~

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

3. Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) – Psychosomatik

a. Regelaufgaben von Ärztinnen und Ärzten

[geltende RL]	GKV-SV/BÄK	DKG
<p><u>sowie Psychologinnen und Psychologen</u></p>	<p><u>, ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Oberärztinnen und Oberärzten</u></p> <p><u>aa. Regelaufgaben der Ärztinnen und Ärzte, ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Stationsdienst</u></p>	
<p><u>Aufgaben innerhalb der stationären Einheit</u></p> <ul style="list-style-type: none"> — <u>Somatische Aufnahmeuntersuchung</u> — <u>Anamnese/Erstgespräch (unter Umständen in zwei bis drei Terminen)</u> — <u>Somatische Verlaufs- und Abschlussuntersuchung</u> — <u>Gruppentherapie</u> — <u>Gruppennachbesprechung</u> — <u>Einzeltherapie (berechnet werden je Patientin und Patient 2 Einzelgespräche/Woche, die sich auf 3 oder mehrere kürzere Termine verteilen können)</u> — <u>Dokumentation der Einzel- und Gruppentherapie, Bearbeitung</u> 	<p><u>1. Medizinische Grundversorgung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – <u>Diagnostik: Körperliche und psychosomatische Anamnese, Körperliche Untersuchung, apparative Diagnostik, Indizierung weiterer Untersuchungen, Labordiagnostik</u> – <u>Körperliche Therapie: Medikation, Medikamentenkontrolle, Befundauswertung, weitere medizinische Behandlung</u> – <u>Visiten, Kurvenvisiten, Verlaufsuntersuchungen (ad medizinische Aspekte)</u> – <u>Dokumentation des körperlichen Verlaufs und der psychosomatischen Interaktion, Aktenführung, Arztbrief (med. Teil)</u> – <u>Teambesprechungen (ad körperliche Befunde)</u> <p><u>2. Psychotherapeutische Grundversorgung</u></p>	<p><u>1. Medizinische und psychosomatische Grundversorgung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – <u>Diagnostik: Körperliche und psychosomatische Anamnese, Psychotherapeutische Anamnese und Befunderhebung, Fremdanamnese</u> – <u>Körperliche Untersuchung, apparative Diagnostik, Indizierung weiterer Untersuchungen, Labordiagnostik,</u> – <u>Körperliche Therapie: Medikation, Medikationskontrolle, Befundauswertung, weitere medizinische Behandlung</u> – <u>Therapieplanung</u> – <u>Visiten, Kurvenvisiten, Teilnahme Oberarztvisite, Teilnahme an täglichen patientenbezogenen Verlaufsbesprechungen im Team (medizinische und psychotherapeutische Befunde)</u> – <u>Verlaufsuntersuchungen</u>

<p>von Berichten, Kassenanfragen, Telefonate etc.</p> <p>— Patientenbezogene Teamkonferenzen</p> <p>— Supervision</p> <p>— Stationsvisite</p> <p>— Paar- und Familiengespräche</p> <p>— Krisenintervention</p> <p>— Stationsversammlung</p> <p>— Organisationskonferenzen bzw. institutionalisierte Veranstaltungen mit vergleichbaren Funktionen</p>	<ul style="list-style-type: none"> – <u>Psychotherapeutische Anamnese und Befunderhebung</u> – <u>Mitwirken bei der Therapieplanung</u> – <u>Verlaufskontrolle</u> – <u>Teilnahme an Visiten</u> – <u>Dokumentation des Verlaufs, Aktenführung, Entlassbericht, psychotherapeutische Teil</u> – <u>Teilnahme an täglichen Verlaufsbesprechungen im Team (ad Psychotherapie)</u> – <u>Teilnahme Oberarztvisite/Kurvenvisite (ad Psychotherapie)</u> 	<ul style="list-style-type: none"> – <u>Dokumentation der psychosomatischen Interaktion, der Erstaufnahme des Verlaufs, Aktenführung, Arztbrief, Entlassbericht</u>
<p>— Fort- und Weiterbildung (Psychotherapie)</p> <p>— Unvorhergesehenes, informelle Kontakte etc.</p> <p>— Organisationskonferenzen bzw. institutionalisierte Veranstaltungen mit vergleichbaren Funktionen</p> <p>— Teamkonferenzen</p> <p>— Stationsvisite</p> <p>— Weiterbildung „Psychotherapie“</p>	<p><u>2. Einzelfallbezogene Behandlung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – <u>Einzelgespräche / Einzels psychotherapie, einschließlich spezieller Trainingsprogramme</u> – <u>Krisenintervention</u> – <u>Familiengespräche / Familientherapie</u> – <u>Abklärung medizinischer, psychotherapeutischer, juristischer und anderer Fragen mit Stellen außerhalb des Krankenhauses</u> – <u>Rehabilitations- und Nachsorgeplanung</u> <p><u>3. Gruppentherapie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – <u>Gruppenpsychotherapie entsprechend der wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren</u> – <u>Therapie und Trainingsprogramme in Gruppen, z.B. Psychoedukation, inkl. Gruppennachbesprechung</u> – <u>Teilnahme an Stationsversammlungen</u> – <u>Angehörigengruppen auf der Station</u> <p><u>4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten</u></p>	

	<ul style="list-style-type: none"> – <u>Teilnahme an den Konferenzen des therapeutischen Personals</u> – <u>Teilnahme an den Therapiekonferenzen</u> – <u>Einzelfallsupervision/ Teamsupervision</u> – <u>Konzeptbesprechungen im Team</u> – <u>Teilnahme an hausinternen Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung, Supervision als Teil der Fort- und Weiterbildung, Balintgruppen/ IFA-Gruppen</u> – <u>Teilnahme an Außenkontakten (ambulante und komplementäre Dienste, Selbsthilfe- und Angehörigengruppen)</u> – <u>Regelmäßige Unterweisungen (Hygiene, Arbeitssicherheit, Brandschutz, Mentoring, Reanimation etc.)</u>
	<p><u>bb. Regelaufgaben der Oberärztinnen und Oberärzte</u></p>
	<p><u>1. stationsbezogene Tätigkeiten</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – <u>Oberarztvisiten/Kurvenvisiten/Einzelgespräche/Kurzinterventionen, Nachexploration</u> – <u>Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechung im Team</u> – <u>Begleitung und Kontrolle der med. und psychotherapeutischen Diagnostik und Therapie</u> – <u>Aktive Beteiligung an Therapien (Einzel, Familie, Gruppe)</u> – <u>Gesamtbehandlungsplan, Therapieplanung</u> – <u>Akten- und Dokumentationskontrolle</u> – <u>Teilnahme/Leitung Stationsversammlungen/Angehörigengruppe auf der Station</u> – <u>Supervision (Einzelfallsupervision und Teamsupervision)</u> <p><u>2. Stationsübergreifende Tätigkeiten</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – <u>Teilnahme an den Konferenzen des therapeutischen Personals, Klinikorganisation, GKV-SV [bitte streichen:] Klinikgremien</u> – <u>Teilnahme an Leitungsbesprechungen, interne Koordinierung</u> – <u>Bearbeitung von Anfragen, Beschwerden</u> – <u>Verwaltungsaufgaben</u> – <u>Teilnahme an Fortbildung und Durchführung von Fort- und Weiterbildung</u>

	<ul style="list-style-type: none"> – <u>Qualitätssicherungsaufgaben</u> <p><u>3. Außenkontakte</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – <u>Mitwirkung an der Entwicklung und Durchführung der Zusammenarbeit in der psychosomatischen Versorgung</u> 	
	<p>GKV-SV/DKG/PatV/BÄK</p>	<p>BPtK</p>
	<p><u>Regelaufgaben der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (nicht-ärztlich), Psychologinnen und Psychologinnen, gemäß § 5 Absatz 1</u></p>	
	<p><u>1. Grundversorgung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – <u>Psychotherapeutische/psychologische Anamnese und Befunderhebung inkl. Anwendung standardisierter Instrumente, Fremdanamnese</u> – <u>Therapieplanung (in Bezug auf Psychotherapie/Psychologie)</u> – <u>Verlaufskontrollen</u> – <u>Teilnahme an Visiten, Verlaufsuntersuchungen</u> – <u>Dokumentation der Erstaufnahme, des Verlaufs, Aktenführung, E-Bericht (in Bezug auf Psychotherapie/Psychologie)</u> – <u>Teilnahme an täglichen patientenbezogenen Verlaufsbesprechungen im Team</u> – <u>Teilnahme Oberarztvisite/Kurvenvisite</u> 	<p><u>1. Psychotherapeutische Grundversorgung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – <u>Anamnese und Befunderhebung, inkl. Anwendung standardisierter Instrumente, Fremdanamnese</u> – <u>Therapieplanung (einschließlich Indikationsstellung für Spezialtherapien, z.B. Ergotherapie),</u> – <u>Verlaufsuntersuchungen, Monitoring und Anpassung der Behandlung auch im Rahmen von Visiten, Teilnahme an Visiten</u> – <u>Dokumentation der Erstaufnahme des Verlaufs, Aktenführung, E-Berichte</u> – <u>Teilnahme an täglichen Verlaufsbesprechungen im Team</u> – <u>Teilnahme Oberarztvisite/Visite der ltd. Psychotherapeut*in/Kurvenvisite</u>

	<p><u>2. Einzelfallbezogene Behandlung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – <u>Einzelgespräche / Einzels psychotherapie einschließlich spezieller Trainingsprogramme /Expositionen</u> – <u>Krisenintervention</u> – <u>Familiengespräche / Familientherapie</u> – <u>Abklärung medizinischer, psychotherapeutischer, juristischer und anderer Fragen mit Stellen außerhalb des Krankenhauses,</u> – <u>Rehabilitations- und Nachsorgeplanung</u> – <u>[DKG/BPtK: Bearbeitung gutachterlicher Fragestellungen auch in Bezug auf sozialrechtliche, familienrechtliche, strafrechtliche Fragestellungen]</u> <p><u>3. Gruppentherapie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – <u>Gruppenpsychotherapie [GKV-SV/DKG/PatV/BÄK: (entsprechend den wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren)]</u> – <u>Therapie und Trainingsprogramme in Gruppen, z.B. Psychoedukation inkl. Gruppennachbesprechung</u> – <u>Teilnahme an Stationsversammlungen</u> – <u>Angehörigengruppen auf der Station</u> <p><u>4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten</u></p>	
	<ul style="list-style-type: none"> – <u>Teilnahme an den Konferenzen des therapeutischen Personals</u> 	<ul style="list-style-type: none"> – <u>Teilnahme an den Ärzte-/Psychotherapeutenkonferenzen</u>
	<ul style="list-style-type: none"> – <u>Teilnahme an Therapiekonferenzen</u> – <u>Einzelfallsupervision/ Teamsupervision</u> – <u>Konzeptbesprechungen im Team</u> 	
	<ul style="list-style-type: none"> – <u>Teilnahme an hausinternen Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung einschließlich Supervision, Balintgruppen/ IFA-Gruppen</u> – <u>Durchführung von Fort- und Weiterbildung einschließlich Supervision (zu leisten nur von</u> 	<ul style="list-style-type: none"> – <u>Teilnahme an Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung einschließlich Supervision, Balintgruppen</u> – <u>Durchführung von Fort- und Weiterbildung einschließlich Supervision im Rahmen der</u>

	<p><u>Psychotherapeuten mit abgeschlossener Weiterbildung in einem wissenschaftlich anerkannten Verfahren)</u></p>	<p><u>stationären Weiterbildung (zu leisten nur von Psychologische Psychotherapeut*innen und Fachpsychotherapeut*innen)</u></p>
	<p><u>– Teilnahme an Außenkontakten (ambulante und komplementäre Dienste, Selbsthilfe- und Angehörigengruppen)</u> <u>– Regelmäßige Unterweisungen (Hygiene, Arbeitssicherheit, Brandschutz, Mentoring, Reanimation etc.)</u></p>	
		<p><u>Regelaufgaben der lfd. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten</u></p> <p><u>1. Stationsbezogene Tätigkeiten</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Visiten der lfd. Psychotherapeut*innen</u> - <u>Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechung im Team</u> - <u>Begleitung und Kontrolle von Diagnostik und Therapie der psychischen Erkrankung</u> - <u>Aktive Beteiligung an Therapien (Einzel, Familie, Gruppe)</u> - <u>Gesamtbehandlungsplan in Bezug auf die psychische Erkrankung, einschließlich Spezialtherapien, Therapieplanung</u> - <u>Akten- und Dokumentationskontrolle</u> - <u>Teilnahme/Leitung Stationsversammlungen/Angehörigengruppe auf der Station</u> - <u>Supervision (Einzelfallsupervision und Teamsupervision)</u> <p><u>2. Stationsübergreifende Tätigkeiten</u></p>

		<ul style="list-style-type: none"> - <u>Teilnahme an den Konferenzen des therapeutischen Personals, Klinikorganisation, Klinikgremien</u> - <u>Teilnahme an Leitungsbesprechungen, interne Koordinierung</u> - <u>Bearbeitung von Anfragen, Beschwerden</u> - <u>Verwaltungsaufgaben</u> - <u>Teilnahme an Fortbildung und Durchführung von Fort- und Weiterbildung im Rahmen der stationären Weiterbildung</u> - <u>Qualitätssicherungsaufgaben</u> <p><u>3. Außenkontakte</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Mitwirkung an der Entwicklung und Durchführung der Zusammenarbeit in der psychiatrischen Versorgung</u>
--	--	--

b. Regelaufgaben des Pflegedienstes

Aufgaben innerhalb der stationären Einheit

A Allgemeine Pflege:

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

B1 Spezielle Pflege in der Somatik:

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

- Mitwirkung bei Notfallversorgung

B2 Spezielle Pflege in der Psychotherapie:

bezogen auf den einzeltherapeutischen Prozess:

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

bezogen auf den gruppentherapeutischen Prozess:

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

C Mittelbare, patientenbezogene Tätigkeiten:

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

Koordination mit Küchenangestellten auf der Station

c. Regelaufgaben der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter

Aufgaben auf der stationären Einheit

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

d. Regelaufgaben der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten

1. Grundversorgung

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

2. Einzelfallbezogene Behandlung

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

3. Gruppenbezogene Behandlung

- Kreativitätsfördernde Therapie einschließlich Gestaltungstherapie, Konzentrierte Bewegungstherapie, Musiktherapie
- Lebenspraktisch orientierte Therapie
- Arbeitstherapie und Belastungserprobung

- Freizeitprogramme, Mitwirkung an Aktivitätsgruppen
- Kontakt- und kommunikationsfördernde Gruppen
- 4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten
 - Vor- und Nachbereitung
 - Teilnahme an den Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team
 - Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision
 - Auftragsbeschaffung, Materialbeschaffung, Verwaltungsaufgaben
 - Stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination der Ergotherapie
- e. Regelaufgaben der Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten
 1. Grundversorgung
 - Ergänzung der medizinischen und psychiatrischen Diagnostik durch funktionelle Diagnostik
 - Physiotherapie bei körperlichen Beschwerden sowie bei somatischen Begleit- oder Folgeerkrankungen
 - Dokumentation
 2. Einzelfallbezogene Behandlung
 - Individuelle Physiotherapie und Bewegungstherapie bei schweren Erkrankungen
 - Psychotherapeutisch orientierte Bewegungstherapie
 3. Gruppenbezogene Behandlung
 - Gruppengymnastik und Sporttherapie
 - Bewegungstherapie und Physiotherapie
 - Entspannungsübungen
 4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten
 - Teilnahme an den Therapiekonferenzen und Konzeptionsbesprechungen im Team
 - Vor- und Nachbereitung
 - Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision



Tragende Gründe

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

[Mindestvorgaben für Psychotherapeuten und Präzisierung
bzw. Überarbeitung weiterer Regelungen]

Hinweise:

- Entwurf, Stand 02.06.2021 nach Sitzung des UA QS
- **gelb markiert:** Erläuterungen zu dissidenten Positionen
- **grau markiert:** redaktionell anzupassende oder zu vervollständigende Passagen

Vom 16. September 2021

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
2.1	Die Änderungen im Einzelnen	2
3.	Bürokratiekostenermittlung	27
4.	Verfahrensablauf.....	27
5.	Fazit	28
6.	Zusammenfassende Dokumentation.....	28

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.

Da dem G-BA mit dem Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) die Aufgabe übertragen wurde, als notwendige Anpassung der Mindestvorgaben erstmals bis zum 30. September 2021 mit Wirkung zum 1. Januar 2022 sicherzustellen, dass die Psychotherapie entsprechend ihrer Bedeutung in der Versorgung psychisch und psychosomatisch Erkrankter durch Mindestvorgaben für die Zahl der vorzuhaltenden Psychotherapeuten abgebildet wird, wird die PPP-RL vorliegend geändert.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Anlass zur vorliegenden Änderung der PPP-RL sind insbesondere eine Umsetzung der neuen gesetzlichen Aufgabe nach § 136a Absatz 2 Satz 9 SGB V sowie ...

2.1 Die Änderungen im Einzelnen

Zu § 2 Grundsätze

Zu Absatz 1

GKV-SV:

Die Änderung dient der Harmonisierung der Richtlinie. Es wird klargestellt, dass das erforderliche Personal nicht jederzeit, sondern einrichtungs- und quartalsbezogen vorzuhalten ist - egal ob es sich um das für die Behandlung erforderliche Personal nach § 1 Abs. 1 dieser RL handelt, oder um das für die Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung erforderliche Personal nach § 2 Abs. 1 dieser Richtlinie.

Die Änderung wurde notwendig, da es bei der Auslegung der Regelung vonseiten der Einrichtungen zu widersprüchlichen Interpretationen kam. Während die Mindestvorgaben quartals- und einrichtungsbezogen zu erfüllen sind, wurde gleichzeitig interpretiert, dass die ggf. höheren Vorhaltungen für eine leitliniengerechte Behandlung in jeder Schicht, an jedem Tag und auf jeder Station einzuhalten sind. Das war nicht mit der Regelung intendiert. Dieser Widerspruch wird hiermit aufgelöst.

Die Änderung dient der Klarstellung. Ebenso wie die quartals- und einrichtungsbezogene Mindestvorgaben einrichtungsbezogen hergeleitet wurden, ist auch das Personal, das zur Sicherstellung der quartals- und einrichtungsbezogenen leitliniengerechten Behandlung vorzuhalten ist, evidenzbasiert herzuleiten.

Zu Absatz 2

DKG:

Die derzeitige Regelung bedeutet, dass eine Behandlung grundsätzlich nur dann gestattet ist, wenn die verbindlichen Mindestvorgaben eingehalten werden. Um die Mindestvorgaben einhalten zu können, müssen die Krankenhäuser kontinuierlich nicht nur das Personal, sondern auch die Patientenbelegung steuern. Eine psychiatrische Fachklinik oder Fachabteilung in einem Allgemeinkrankenhaus kann jedoch auf die Akutaufnahmen (häufig über 70%), von denen die meisten als Notfall deklariert sind, kaum Einfluss nehmen. Zudem wirft die Regelung haftungsrechtliche Fragen auf. So ist unklar, ob bei einer Unterschreitung der Mindestvorgaben die Versorgungsverpflichtung oder das Behandlungsverbot Vorrang hat. Daher wird § 2 Absatz 2 gestrichen.

Zu Absatz 10

Die Ergänzung dient der Klarstellung bezüglich der Definition des Begriffs Einrichtung in dieser Richtlinie.

Zu § 3 Behandlungsbereiche

Zu Absatz 1

Zur Stärkung der Psychotherapie wird für tagesklinisch versorgte Patientinnen und Patienten psychiatrischer Einrichtungen die neue Kategorie A8 in den Behandlungsbereichen ergänzt.

Die Einstufung in den neuen Behandlungsbereich A8 als psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung ist an die Erfüllung der Mindestvorgabe von einer Therapiedosis von mindestens drei Therapieeinheiten pro Woche und die Codierung des OPS-Codes 9-62 oder 9-63 geknüpft. Damit wird der neue Behandlungsbereich den mancherorts bereits existierenden so genannten „Intensiv-Tageskliniken“ gerecht.

Der Behandlungsbereich A8 als psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung entspricht also dem Behandlungsbereich A7 - allein, dass es sich hier um eine teilstationäre und nicht wie in A7 um eine stationäre Behandlung handelt.

Entsprechend sind die Eingruppierungsempfehlungen für A8 mit denen für A7 identisch, werden aber auf die teilstationäre Behandlung begrenzt.

Die Einstufung und die tatsächliche Personalausstattung in diesem Bereich sind im Nachweis nach Anlage 3 auszuweisen.

GKV-SV zu P5/P6:

Zur Stärkung der Psychotherapie werden für Patientinnen und Patienten mit einem intensivierten psychotherapeutischen Bedarf in psychosomatischen Einrichtungen zwei neue Behandlungsbereiche P5 und P6 eingeführt ergänzt.

Der neue Behandlungsbereich P 5 als stationäre „intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung“ wird dabei in den Eingruppierungsempfehlungen auf die stationäre Behandlung begrenzt; der Behandlungsbereich P 6 als teil stationäre „intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung“ auf die teilstationäre Behandlung.

Die Einstufung in den neuen Behandlungsbereich P5 ist an eine Therapiedosis von mindestens vier durchgeführten Therapieeinheiten pro Woche in einem ärztlichen und/oder psychologischen Verfahren gebunden. Konkret heißt das:

1. die Mindestmerkmale des OPS-Codes 9-62 oder des OPS-Codes 9-63 müssen erfüllt sein.

2. Zur Umsetzung des erhöhten psychotherapeutischen Behandlungsbedarf müssen die durchgeführten ärztlichen und/oder psychologischen Verfahren (ärztliche und psychologische Einzel- und Gruppentherapie) insgesamt mindestens 4 Therapieeinheiten gemäß OPS-Code 9-649 pro Woche umfassen.

Der Behandlungsbereich P6 entspricht inhaltlich dem Behandlungsbereich P5. Die Einstufung ist an die Erfüllung derselben Mindestvorgaben geknüpft [die Mindestmerkmale des OPS-Codes 9-62 oder des OPS-Codes 9-63 müssen erfüllt sein; zur Umsetzung des erhöhten psychotherapeutischen Behandlungsbedarf müssen die durchgeführten ärztlichen und/oder psychologischen Verfahren (ärztliche und psychologische Einzel- und Gruppentherapie) insgesamt mindestens 4 Therapieeinheiten gemäß OPS-Code 9-649 pro Woche umfassen] - die Eingruppierungsempfehlungen bleiben aber auf die teilstationäre Behandlung begrenzt - mit einer Therapiedosis vier durchgeführten Einzel-Therapieeinheiten pro Woche in einem ärztlichen und/oder psychologischen Verfahren sowie die Codierung des OPS-Codes 9-62 oder 9-63 plus OPS-Zusatzcodes für insgesamt vier ärztliche und/oder psychologische Therapieeinheiten (Einzeltherapie) pro Woche bei Erwachsenen geknüpft.

Die Einstufung und die tatsächliche Personalausstattung in den neuen Behandlungsbereichen ist im Nachweis nach Anlage 3 auszuweisen.

DKG zu P5/P6: [keine Übernahme.

Derzeit liegen keine empirischen Informationen und keine Evidenz bezüglich der vorgesehenen zwei neuen Behandlungskategorien vor. Kurzfristig besteht keine Notwendigkeit für nicht auswirkungsbetrachtete neue Behandlungsbereiche in der Psychosomatik. Mit dem Vorschlag soll Rückmeldungen psychosomatischer Einrichtungen Rechnung getragen werden, dass die Mindestvorgaben häufig in der Pflege, aber auch bei den Bewegungstherapeuten und anderen Spezialtherapien je nach Behandlungskonzept nicht erreicht, dafür jedoch häufig bei der Berufsgruppe der Psychologen/-innen deutlich übererfüllt werden.

In einer psychosomatischen Fachklinik bspw. mit Fokus auf störungsspezifische Behandlungen von Depressionen und Angststörungen kommt häufig mehr spezial- und psychotherapeutisches Personal zum Einsatz, als von den Mindestvorgaben vorgesehen und dafür weniger Pflegekräfte. In Krankenhäusern mit stärkeren somatischen Komponenten (häufig in Abteilungen an somatischen Krankenhäusern oder Universitätsklinik) kommt wiederum verstärkt auch Pflegepersonal in der psychosomatischen Versorgung zum Einsatz. Dies schließt eine intensive komplexe psychotherapeutische Behandlung jedoch nicht aus, auf die sich die neuen Kategorien P5 und P6 beziehen, die allerdings mit geringeren Pflegeminuten verknüpft sind. Eine Anpassung der Behandlungskategorien reduziert auf diesen Sachverhalt, vereinfacht schlicht die Komplexität der realen Versorgungssituation und wird keine Probleme lösen, sondern verschärfen.

Es liegen derzeit keinerlei konkrete Daten vor, die den Bedarf in der hier vorgelegten Ausgestaltung der zwei neuen Behandlungskategorien belegen. Zudem resultieren sie aus Mindestvorgaben anderer Kategorien, welche noch einmal grundlegend geprüft werden sollen bevor sie in Kraft treten. Stattdessen ist kurzfristig eine Verbesserung der Anrechnungsmöglichkeiten erforderlich, um einen flexiblen, patientengerechten Personaleinsatz ermöglichen, ohne dass es zur Gelegenheit von Personaleinsparungen kommen kann. Die DKG hat hierzu in § 8 Absatz 2 einen Vorschlag aufgenommen. Auf Basis der übermittelten Nachweise kann die vorgenommene Anrechnung von Psychologen/-innen auf andere Berufsgruppen untersucht und ggf. Anpassungen in den Mindestvorgaben und ggf. Behandlungskategorien vorgenommen werden. Ohne jegliche Datengrundlage ist von einer Anpassung der Behandlungskategorien zum jetzigen Zeitpunkt abzusehen.]

Zu § 5 Berufsgruppen

GKV-SV zu den Absätzen 1a und 2a:

Gemäß dem gesetzlichen Auftrag in § 136 a Absatz 2 Satz 9 ist die PPP-Richtlinie um Mindestvorgaben für die Zahl vorzuhaltender Psychotherapeut*innen zu ergänzen. Auch die ärztlichen Fachkräfte in der PPP-RL sind in der Regel Psychotherapeuten: seit 1994 hat der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie die vorhergehenden Facharztbezeichnungen Facharzt für Psychiatrie sowie den Nervenarzt (als kombinierte Facharztausbildung aus Psychiatrie und Neurologie) ersetzt. Seitdem ist die Psychotherapie ein verpflichtender Teil der Facharztausbildung der Psychiater. Zusätzlich gibt es noch zwei weitere Fachärzte mit verpflichtender psychotherapeutischer Weiterbildung und der Psychotherapie im Titel: den *Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* und den *Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*.

Um dieser zusätzlichen Qualifikation der ärztlichen Fachkräfte gerecht zu werden und den psychotherapeutischen Aspekt der Qualifikation zu benennen und zu stärken, wird neben der Berufsbezeichnung Ärzte und Ärztinnen die Bezeichnung „ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ für die Berufsgruppe eingeführt.

Die Relevanz des 1994 neu eingeführten Facharztes für die psychotherapeutische Versorgung spiegelt sich auch im Bericht „Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven“ der AG Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden an die Gesundheitsministerkonferenz 2017 wieder. Danach waren 2015 5.212 niedergelassene ärztliche PsychotherapeutInnen und Fachärztinnen für psychotherapeutische Medizin zugelassen. Dazu kamen 1.207 niedergelassene Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie.

PatV zu Absatz 1b):

Diese Definition umfasst auch Pflegefachpersonen mit einer Weiterbildung in der Psychiatrie, Psychosomatik oder Psychotherapie sowie hochschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen gemäß § 39 PflBG. Ausdrücklich werden auch Personen mit einem Hochschulabschluss „Psychiatrische Pflege“ von der Berufsgruppe gemäß Absatz 1 b) erfasst.

GKV-SV zu den Absätzen 1c) und 2c):

Gemäß dem gesetzlichen Auftrag in § 136 a Absatz 2 Satz 9 ist die PPP-Richtlinie um Mindestvorgaben für die Zahl vorzuhaltender Psychotherapeut*innen zu ergänzen. Als neue Berufsgruppenbezeichnung werden deshalb neben den Psychologen und Psychologinnen auch „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (nicht-ärztlich)“ aufgenommen.

Der Passus „nicht-ärztlich“ wird zur Abgrenzung zu den ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verwendet.

Die o.g. Berufsgruppe befindet sich nach der Reform des Psychotherapeutengesetzes 2020 in einem noch nicht gänzlich absehbaren Wandel. Unter den Begriff der „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (nicht-ärztlich)“ fallen sowohl die approbierten psychologischen Psychotherapeuten bzw. die in Ausbildung zum Psychotherapeuten befindlichen Psychologen, die heute schon in den Kliniken arbeiten, als auch die Psychotherapeuten, die nach der Reform des Psychotherapeutengesetzes sich zur Zeit in universitärer Ausbildung zum approbierten Psychotherapeuten befinden und in wenigen Jahren im Krankenhaus ihre Ausbildung zum Fachpsychotherapeuten beginnen werden.

Gleichzeitig arbeiten aber auch nach wie vor berufserfahrene klinische Psycholog*innen ohne Approbation in den Einrichtungen der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Aus fachlichen und arbeitsrechtlichen Gründen ist eine Berücksichtigung dieser Berufsgruppe nach wie vor gerechtfertigt, zumal ein „Aussterben“ des

Psycholog*innenberufs mit seinen besonderen Spezialisierungen nicht zwingend zu erwarten ist. Wie groß die Gruppe genau ist und wie sie sich künftig entwickelt wird durch das Nachweisverfahren der PPP-RL in den nächsten Jahren empirisch untersucht werden.

Inwieweit die eher heilkundlich ausgerichteten Psychotherapiestudiengänge gleichwertig mit der Tiefe und Breite des Psychologiestudienganges sein werden, ist noch in der Schwebel. Der Bund deutscher Psychologen schreibt dazu: „Aus Sicht der psychologischen Wissenschaft wiegt ein Verlust der Breite psychologischer Grundlagen und der Ausbildung in mehr als nur einem Anwendungsfeld schwerer als die Vertiefung des medizinischen Blickwinkels im Psychotherapiestudium“. Ggf. besteht gerade an dem breiten Kompetenzprofil der Psychologen ein Anreiz für den Personaleinsatz in Psychiatrien. Vor dem Hintergrund, dass sich das Kompetenzprofil im universitären Psychologiestudium deutlich von der neuen Approbationsordnung durch vertiefte Inhalte in den Grundlagenfächern und zusätzliche Kompetenzen in Anwendungsfächern wie Arbeitspsychologie und Pädagogische Psychologie abhebt, ist ein Einbezug des bisherigen Psychologenprofils analog zu den zukünftigen Absolventen des Studienganges Psychotherapie ggf. sinnvoll. Die jetzige Regelung würde zudem die Absolventinnen von – Fachhochschulstudiengänge der Psychologie berücksichtigen, mit ggf. klinischer Vertiefung in den Bereichen Inklusion, Neuropsychologie oder Rehabilitation.

Zudem wird hier darauf verwiesen, dass Im europäischen und internationalen Vergleich die Berufsbezeichnung „Klinische Psycholog*in“ wesentlich gebräuchlicher als die Berufsbezeichnung „Psychotherapeut*in“. Wenn zukünftig in Psychiatrien auch ausländisches psychologisches Fachpersonal, nicht zuletzt wegen seiner Sprachkompetenzen, benötigt wird, kann die Berücksichtigung des Kompetenzprofils von Psycholog*innen neben den Psychotherapeut*innen sachdienlich sein. Die Erwähnung der Berufsbezeichnung Psycholog*innen ermöglicht Personalabteilungen auch die Referenz auf den europäischen Standard.

Konkret fallen unter die Berufsgruppe der „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (nicht-ärztlich), Psychologinnen und Psychologen“ in der Erwachsenenpsychiatrie und der Psychosomatik daher folgende Berufe:

- Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten,
- Diplom/Master-Psychologinnen in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin und Diplom-/Master-Psychologen in Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten
- Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 1. September 2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes
- Fachpsychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für Erwachsene
- Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen, Psychologinnen und Psychologen mit einem Master in Psychologie

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie fallen unter die Berufsgruppe der „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (nicht-ärztlich), Psychologinnen und Psychologen“ folgende Berufe:

- Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

- Diplom-/Master-Psychologinnen in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin und Diplom-/Master-Psychologen in Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten
- Diplom-/Master-Psychologinnen oder/bzw. (Sozial-) Pädagoginnen in Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und Diplom-/Master-Psychologen oder/bzw. (Sozial-) Pädagogen in Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 1. September 2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes
- Fachpsychotherapeut*innen für Kinder und Jugendliche
- sowie Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen oder Psychologinnen und Psychologen mit einem Master in Psychologie

DKG zu Absatz 1 und 2, jeweils Buchstabe a und c:

Die Änderungen in den Berufsgruppenbezeichnungen dienen der Umsetzung des gesetzlichen Auftrages zur Festlegung von Mindestvorgaben für die Psychotherapeuten/-innen. Psychotherapeuten sind sowohl in der Berufsgruppe a und der Berufsgruppe c verortet. Dies wird bei der Berufsgruppe a durch die vorgenommene Ergänzung von ärztlichen Psychotherapeuten/-innen verdeutlicht, wobei es sich hierbei nicht um eine eigene Berufsgruppe, sondern um psychotherapeutisch tätige Ärzte handelt. In Abgrenzung dazu wird bei der Berufsgruppe der Psychotherapeuten/-innen der Zusatz „(nicht-ärztlich)“ aufgenommen, um die Abgrenzung in der bestehenden Systematik der PPP-RL zu berücksichtigen. Psychologen/-innen werden weiterhin der Berufsgruppe c zugeordnet. Es handelt sich hierbei zum einen um diejenigen, die mit mehrjähriger Berufserfahrung in der klinischen Versorgung in Psychiatrie und Psychosomatik zum Einsatz kommen, elementare Bestandteile von Behandlungsteams sind und aufgrund ihrer Erfahrungen ebenfalls qualifiziert zur Übernahme bestimmter Regelaufgaben sind. Zum anderen handelt es sich auch um klinische Psychologen/-innen die insbesondere Aufgaben im Bereich der Diagnostik übernehmen.

BPtK zu Absätzen 1c) und 2c):

Gemäß dem gesetzlichen Auftrag in § 136 a Absatz 2 Satz 9 ist die PPP-Richtlinie um Mindestvorgaben für die Zahl vorzuhaltender Psychotherapeut*innen zu ergänzen. Als neue Berufsgruppenbezeichnung wird deshalb „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ verwendet.

1) Der Zusatz „nicht-ärztlich“ zur näheren Bezeichnung der Berufsgruppe ist dabei redundant und weder notwendig noch sachgerecht.

Aus der Berufsgruppenbezeichnung „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ wird bereits deutlich, dass keine Ärztinnen und Ärzte bezeichnet werden. Sowohl nach dem allgemeinen Sprachverständnis als auch nach den Vorschriften des Berufs- und Vertragsarztrechts wird mit den Begriffen „Psychotherapeutin“ und „Psychotherapeut“ jemand bezeichnet, der nicht Arzt ist (1). Ausdrücklich werden entsprechend die Begriffe „Psychotherapeutin“ und „Psychotherapeut“ im PsychThG (2), im SGB V und in § 132a Abs. 1 Nr. 2 StGB verwendet.

1 Graulich, § 1 PsychThG, Rn. 7.

2 Jerouscheck, PsychThG, 2004, Einleitung; Graulich, PsychThG, 2021, Einleitung Rn. 7, § 1 Rn.

Gegen die Verwendung des Zusatzes „nicht-ärztlich“ spricht auch, dass ein solcher Zusatz vor dem Hintergrund der Aufzählung der Berufsgruppen in § 5 PPP-RL nicht notwendig ist. Aus der Aufzählung der Berufsgruppen in § 5 PPP-RL wird erkennbar, dass mit der Berufsgruppenbezeichnung „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ keine Ärztinnen und Ärzte gemeint sind. Die Berufsgruppe der „Ärztinnen und Ärzte“ steht an erster Stelle der in § 5 PPP-RL aufgezählten Berufsgruppen. Damit wird bereits eingangs erkennbar, dass alle nachfolgenden Berufsgruppen keine Ärztinnen und Ärzte sind, folglich auch nicht die Berufsgruppe der „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“.

Auch ein systematischer Vergleich mit Normen des SGB V, des § 132a Abs. 1 Nr. 2 StGB und des § 1 Abs. 1 S. 4, 5 PsychThG lässt erkennen, dass der Zusatz „nicht-ärztlich“ nicht verwendet wird und dies auch nicht notwendig ist. In Normen des SGB V (vgl. §§ 28 Abs. 3; 87 b Abs. 2 S. 4; 95 Abs. 13 S. 1 SGB V), dem § 132a Abs. 1 Nr. 2 StGB und in § 1 Abs. 1 S. 4, 5 PsychThG wird durch die Nennung von Ärzten und Psychotherapeuten stets erkennbar, dass Psychotherapeuten keine Ärzte sind. Deshalb ist ein Zusatz „nicht-ärztlich“ nicht notwendig. Umso weniger kann dieser Zusatz deshalb in einer Richtlinie notwendig sein. Er stünde zudem sogar im Widerspruch zu den genannten Normen des SGB V und des § 132a Abs. 1 Nr. 2 StGB und ist deshalb nicht zu verwenden.

Und zuletzt widerspricht der Zusatz „nicht-ärztlich“ dem Begriffsverständnis des parlamentarischen Gesetzgebers und der von ihm vorgegebenen Begriffssystematik: Sofern eine Abgrenzung der beiden Berufe für notwendig erachtet wird, sind es danach die Begriffe „Ärztinnen“ und „Ärzte“, die ggf. eines Zusatzes bedürfen, aus dem erkennbar wird, dass keine approbierten Psychotherapeuten gemeint sind, und nicht umgekehrt. In §§ 87b Abs. 2 S. 4; 95 Abs. 13 S. 1 SGB V werden in Abgrenzung zu Psychotherapeuten „psychotherapeutisch tätige Ärzte“ genannt. § 1 Abs. 1 S. 5 PsychThG eröffnet Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit, den Zusatz „ärztliche“ oder „ärztlicher“ zur Berufsbezeichnung „Psychotherapeutin“ oder „Psychotherapeut“ zu verwenden.

2) Zur Berufsgruppe „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ zählen die folgenden Berufsgruppen:

- Der Verweis auf § 28 Absatz 3 Satz 1 SGB V in der gesetzlichen Begründung zu § 136a Absatz 2 Satz 9 bezieht sich ausdrücklich auf Psychotherapeut*innen mit einer im Psychotherapeutengesetz geregelten Approbation, d. h. Psychologische Psychotherapeut*innen (PP) (in der Kinder- und Jugendpsychiatrie auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen (KJP) sowie die künftigen Psychotherapeut*innen mit einer Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 1. September 2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes.
- Zudem werden Diplom-/Master Psycholog*innen, in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeut*in (in der Kinder- und Jugendpsychiatrie auch Diplom-/Master (Sozial-)Pädagog*innen in Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in) sowie Fachpsychotherapeut*innen, d.h. Psychotherapeut*innen mit einer abgeschlossenen Weiterbildung zu der Gruppe der „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ gezählt.

Diplom- / und Master-Psycholog*innen, die weder über eine Approbation verfügen noch eine Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeut*in (in der Kinder- und Jugendpsychiatrie auch zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in) absolvieren, fallen nicht unter die Berufsgruppe „Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen“. Sie sind in den Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik nur noch eine kleine Gruppe. Seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes zum 01.01.1999 hat der Anteil der Diplom-/Master-Psycholog*innen, die sich in Ausbildung zur PP oder KJP befinden stetig zugenommen. Ab 2022 werden zudem die ersten Absolvent*innen nach der Reform des

Psychotherapeutengesetzes ihr Studium der Psychotherapie mit der Approbation als Psychotherapeut*in abschließen und ihre Weiterbildung zur Fachpsychotherapeut*in den Kliniken beginnen. Der Anteil der Diplom- oder Master-Psycholog*innen ohne Ausbildung zur Psychotherapeut*in wird damit noch weiter abnehmen. Für eine Übergangszeit bis 2035 sollen jedoch auch klinische Psycholog*innen ohne Approbation auf die Berufsgruppe der Psychotherapeut*innen angerechnet werden können, Zu den Übergangsregelungen und Anrechnungsmöglichkeiten für „Psychologinnen und Psychologen“ auf die Berufsgruppe „Psychotherapeut*innen“ siehe auch § 8 der PPP-Richtlinie.

Mit der Reform des Psychotherapeutengesetzes ist zugleich eine Umstellung der Psychologie-Studiengänge an den Universitäten verbunden. Psycholog*innen mit einem klinischen Schwerpunkt werden künftig einen Master in „Psychotherapie“ machen und damit zeitgleich die Approbation als Psychotherapeut*in erwerben. Zwar sind in den Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik auch Tätigkeitsfelder für Psycholog*innen mit einem Abschluss in „Allgemeiner Psychologie“ oder „Arbeits- und Organisationspsychologie“ bspw. in der Qualitätssicherung oder im Forschungsbereich denkbar, die Mindestanforderungen beziehen sich jedoch gemäß dem gesetzlichen Auftrag ausdrücklich auf die Ausstattung der Einrichtungen mit dem für Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal, weshalb eine Anrechnung von Psycholog*innen, deren Kompetenzprofil nicht auf die Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen ausgerichtet ist, nicht sachgerecht wäre.

Zur Sicherstellung einer qualitätsorientierten psychotherapeutischen Versorgung in den Einrichtungen ist anzustreben, dass diese von hierfür entsprechend qualifizierten Berufsgruppen erbracht wird. Diplom-/und Masterpsychologinnen, die keine Ausbildung zum PP (in der Kinder- und Jugendpsychiatrie auch zum KJP) machen, werden deshalb nicht zu der Berufsgruppe „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ gezählt.

Zu Absatz 2 zu Buchstabe d und g

GKV-SV:

Laut Stellungnahme der DGKJP vom 7. September 2020 zum Beschlussentwurf des G-BA über eine Änderung der PPP-RL sind im stationären Alltag „logopädische Leistungen nur noch sehr selten erforderlich“. Diese Leistungen seien in aller Regel in ergotherapeutischer oder heilpädagogischer Förderung aufgegangen. Würden die Besetzung der Logopädiestellen aber auf „Null“ gesetzt werden, ergäbe sich automatisch im Nachweis eine nicht besetzte Berufsgruppe, die dann eine Sanktionsspirale nach sich ziehen könne.

Aus den o.g. Gründen wurde in der Kinder- und Jugendpsychiatrie die Berufsgruppe der Sprachheiltherapeutinnen und Sprachheiltherapeuten, Logopädinnen und Logopäden gestrichen; die Sprachheiltherapeutinnen und Sprachheiltherapeuten, Logopädinnen und Logopäden wurden der Berufsgruppe der Spezialtherapeuten zugeordnet; die Minutenwerte dieser Berufsgruppe nach Anlage 1 wurden zu den Minutenwerten der Berufsgruppe der Spezialtherapeuten addiert.

DKG:

Darüber hinaus werden die Berufsgruppe d und g in der Berufsgruppe d zusammengefasst. Nicht bei jeder Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist ein Bedarf an Sprachheiltherapie vorhanden und somit der Einsatz dieser Berufsgruppe in den Einrichtungen sehr unterschiedlich. Insbesondere in kleinen Einrichtungen, wie bspw. Tageskliniken stellt die Einhaltung der separaten Mindestvorgabe für Sprachheiltherapeuten/-innen und Logopäden/-innen eine große Herausforderung dar. Durch die Änderung ist es nun möglich, die ursprünglich für Sprachheiltherapie vorgesehenen Minutenwerte auch durch andere Spezialtherapien zu erbringen.

Zu § 6 Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung

Zu Absatz 1

DKG:

Die Streichung dient der Korrektur eines Fehlers, da nicht in allen Zwischenschritten auf zwei Nachkommastellen gerundet werden soll. An welcher Stelle, welche Rundung zu erfolgen hat, ist im Servicedokument festgelegt.

GKV-SV: [keine Übernahme des DKG-Vorschlages:

Die TG der DKG zeigen, dass das zugrunde liegende Problem mit dem Änderungsvorschlag der DKG nicht adressiert werden kann. Eine Streichung dient nicht der Klarstellung, dass nicht in allen Zwischenschritten auf zwei Nachkommastellen gerundet werden soll, sondern impliziert, dass nie gerundet werden soll. Das ist aber falsch.]

Zu § 7 Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und Umsetzungsgrad

Zu Absatz 2

Die Ergänzung dient der Klarstellung bezüglich der Definition des Begriffs Einrichtung in dieser Richtlinie.

Zu Absatz 6

DKG:

Die Streichung dient der Klarstellung, da in Teil B Anlage 3 Vollkraftstunden – nicht Vollkräfte angeben müssen und die hier beschriebene Formel nicht zum in Anlage 3 geforderten Wert führt.

GKV-SV:

Die Änderung dient der Harmonisierung der Richtlinie. Die Regelung in § 7 Abs. 8 soll der Berechnung der durchschnittlichen Personalausstattung mit Pflegefachpersonen in VKS je Nacht dienen, wie sie in Tabelle B5, Spalte 2 der Anlage 3 im Nachweis auszufüllen ist. Dazu muss es in § 7 Abs. 8 aber korrekt heißen, dass sich die durchschnittliche Personalausstattung je Nacht aus der Summe der geleisteten Arbeitsstunden eines Kalendermonats geteilt durch die Anzahl der Nächte des jeweiligen Kalendermonats ermittelt.

Zu § 8 Anrechnung von Berufsgruppen

Zu Absatz 3

DKG:

Zahlreiche Rückmeldungen aus den Einrichtungen zu ersten Auswirkungen der PPP-RL auf die Versorgung an den G-BA im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zur Änderung der Richtlinie mit Beschluss vom 15. Oktober 2020 und die DKG verdeutlichen, dass die Behandlungskonzepte zwischen den Einrichtungen je nach therapeutischem Schwerpunkt stark variieren. So kommen in Einrichtungen mit Fokus auf störungsspezifischen Behandlungen von z. Bsp. Depressionen und Angststörungen mehr spezial- und psychotherapeutisches Personal und weniger Pflegekräfte zum Einsatz. In Krankenhäusern mit stärkeren somatischen Komponenten, wie bei stoffgebundenen Suchterkrankungen, aber auch in der Akut- und geriatrischen Versorgung kommt wiederum verstärkt auch

Pflegepersonal zum Einsatz. Die bisherigen Anrechnungsmöglichkeiten gemäß Absatz 3 sehen ausschließlich eine Anrechnung zwischen Ärzten/-innen und Psychologen/-innen und wiederum zwischen den anderen Berufsgruppen vor. Die Gründe warum eine Anrechnung von Psychologen/-innen auf andere Berufsgruppen ausgeschlossen sein soll, sind fachlich nicht nachvollziehbar, insbesondere da in diesem Fall keinerlei Anreize zu Kosteneinsparungen, sondern ausschließlich zur Aufrechterhaltung des therapeutischen Konzeptes geschaffen werden. Hierfür ist eine Erhöhung der Flexibilität des Personaleinsatzes entsprechend des jeweiligen therapeutischen Konzeptes erforderlich. Auf Basis der mit den Nachweisen übermittelten Daten bezüglich der Anrechnung soll die Notwendigkeit einer Anpassung der Mindestvorgaben geprüft werden. Eine Anrechnung ist ausschließlich in dem Umfang zulässig ist, in dem Regelaufgaben der Anlage 4 übernommen werden. Da die Regelaufgaben jedoch nicht mehr der aktuellen Versorgungssituation entsprechen, sollen diese im Jahr 2022 geprüft und angepasst werden. Nur in diesem Jahr ist gemäß § 16 Absatz 8 eine Anrechnung unabhängig von den Regelaufgaben der Anlage 4 möglich.

GKV-SV: *[keine Übernahme des DKG-Vorschlages:*

Mit dem Vorschlag der DKG soll Rückmeldungen psychosomatischer Einrichtungen Rechnung getragen werden, dass die Mindestvorgaben, die von der Psychosomatik selbst vorgeschlagen worden sind, in den bisherigen Behandlungsbereichen nun doch häufig in der Pflege nicht erreicht werden, dafür jedoch häufig in der Berufsgruppe der PsychologInnen überfüllt werden.

Die DKG schlägt nun vor, dass die Berufsgruppe der Psychologinnen und Psychologen auf die Berufsgruppe der Pflegefachpersonen, der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten der Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten und der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen angerechnet werden kann.

Der GKV-SV verweist darauf, dass das Plenum bereits mit der RL-Änderung in § 16 Abs. 4 im Mai 2021 das Problem in Der Psychosomatik adressiert hat (Verlängerung der Aussetzung der Ermittlung der Mindestvorgaben, des Umsetzungsgrades und der Sanktionen bei Nichteinhaltung in der Psychosomatik um ein Jahr bis zum 31.12.2022).

Eine weitere Änderung in diesem Jahr ist nicht notwendig und sollte erst auf der Basis der empirischen Nachweisdaten erfolgen. Ggf. sind dann die Minutenwerte für die einzelnen Berufsgruppen anzupassen.

Darüber hinaus verwässert die vorgeschlagene Änderung die Qualitätsvorgabe. Sie sichert den Einrichtungen maximale Flexibilität bei der Anrechnung von Berufsgruppen. Die Mindestvorgaben für die Berufsgruppen werden außer Kraft gesetzt; Höchstgrenzen für die Anrechnungen werden nicht vorgesehen. Im Nachweis sind die Anrechnungen nicht in Gänze nachvollziehbar und damit fehlt künftig die empirische Grundlage für erforderlichen Änderungen der Minutenwerte.]

BPtK:

Die Ermöglichung der Anrechnung der Berufsgruppe „Psychotherapeut*innen“ auf die Berufsgruppen der Pflege und der Spezialtherapeut*innen soll der Möglichkeit zur Aufrechterhaltung eines therapeutischen Konzeptes dienen, indem die Übernahme von co-therapeutischen Aufgaben, wie z.B. Soziales Kompetenz- oder Expositionstraining durch „Psychotherapeut*innen“ ermöglicht wird, sofern hierfür nicht ausreichend Personal aus den anderen Berufsgruppen zur Verfügung steht. Diese co-therapeutischen Aufgaben gehören auch zum Kompetenzprofil psychotherapeutisch tätiger Ärzt*innen, weshalb aus systematischen Gründen auch eine Anrechenbarkeit der Ärzt*innen auf die genannten Berufsgruppen möglich sein sollte. Auch hiermit wäre kein Anreiz zu Kosteneinsparungen verbunden.

Zu Absatz 6 (BPtK-Vorschlag)

BPtK:

Als „Bestandsschutz“ für die in den Kliniken bereits tätigen Psycholog*innen, die weder über eine Approbation verfügen noch sich in Ausbildung zur PP/KJP befinden, sollen die Einrichtungen diese bis zum 1. September 2035 auf die Berufsgruppe „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ anrechnen können. In begründeten Ausnahmefällen auch darüber hinaus. An diesem Datum endet die letzte Frist, bis zu den Ausbildungen zur Psychologischen Psychotherapeut*in oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in absolviert werden können.

Sollte sich über die Nachweise der PPP-RL herausstellen, dass die Gruppe der „Psycholog*innen“ ohne Ausbildung zum PP/KJP entgegen der getroffenen Annahme eine substantielle Größe darstellt, kann die Regelung ggfls. auch verlängert werden. Unabhängig davon besteht jedoch auch über den 1.9.2035 hinaus gemäß § 8 Absatz 5 die Möglichkeit Fachkräfte aus anderen Berufsgruppen, in diesem Fall „Psycholog*innen“ in einem Umfang von bis zu 10% auf die Berufsgruppe der Psychotherapeut*innen anzurechnen.

GKV-SV/DKG: [keine Übernahme:

Psychologen/-innen werden weiterhin der Berufsgruppe c zugeordnet. Es handelt sich hierbei um einen um diejenigen, die mit mehrjähriger Berufserfahrung in Psychiatrie und Psychosomatik zum Einsatz kommen und aufgrund ihrer Erfahrungen ebenfalls qualifiziert zur Übernahme bestimmter Regelaufgaben sind. Zum anderen handelt es sich auch um klinische Psychologen/-innen die insbesondere Aufgaben im Bereich der klinisch-psychologischen Diagnostik übernehmen. Aus diesem Grund ist eine Anrechnung auf die Berufsgruppe c nicht erforderlich.]

Zu § 10 Ausnahmetatbestände

Zu Absatz 1

Die Ergänzung dient der Klarstellung bezüglich der Definition des Begriffs Einrichtung in dieser Richtlinie.

Zu § 11 Nachweisverfahren

Zu Absatz 3

GKV-SV:

Die Änderung dient der Klarstellung. Bei der Anzeige der Nichterfüllung der Mindestvorgaben nach § 11 Abs. 3 an die Landesverbände der Krankenkassen, den Ersatzkassen und der zuständigen Landesbehörde ist Teil A des quartalsbezogenen Nachweises nach Anlage 3 zu übermitteln und damit in Tabelle A 5.2 die Anzeige, ob die Mindestanforderung erfüllt oder nicht erfüllt ist unterzeichnet von Ärztlicher Leitung, Pflegedirektion und Geschäftsführung /Verwaltungsdirektion.

DKG:

Die Änderung dient der Klarstellung, wie die Anzeige einer Nichterfüllung zu erfolgen hat. Die bisherige Formulierung ließ offen, ob bei der Anzeige zusätzlich zu Teil A etwas anderes zu übermitteln ist. Nun wird klargestellt, dass ausschließlich Teil A zu übermitteln ist.

Zu Absatz 8

GKV-SV:

Die Änderung dient der Harmonisierung der Richtlinie. Nach § 11 Abs. 2 ist der Nachweis nach Anlage 3 von den Einrichtungen erstens an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen (Teil A) zu senden und zweitens an das IQTIG (Teil A und B). Dies muss selbstverständlich auch für die von den Einrichtungen korrigierten Nachweise gelten.

Zu Absatz 13 und Absatz 13 Ziffer 2:

Aufgrund der Verlängerung der Übergangszeiten nach § 16 in folgenden Absätzen um jeweils ein Jahr

- Abs. 4 (Verlängerung der Aussetzung der Ermittlung der Mindestvorgaben, des Umsetzungsgrades und der Sanktionen bei Nichteinhaltung in der Psychosomatik um ein Jahr bis zum 31.12.2022)
- Abs. 5 (Verlängerung der Geltung des Servicedokumentes als Übergangsdokument aufgrund von Verzögerungen bei der Erstellung der Spezifikation bis zum 1.1.2023)
- Abs. 6 (Verlängerung der Aussetzung der Abfrage der Regelaufgaben nach Anlage 3 Teil B3 bis zum 1.1.2023)

und aufgrund der Verzögerungen bei der Auswertung des Servicedokumentes ist die Übergangszeit für das quartalsweise Monitoring der PPP-RL (§ 13 Abs. 1-5) um ein Jahr bis zum 1.1.2024 zu verlängern.

DKG zur Datumsänderung des GKV-SV in Absatz 13 Satz 1 und Nr. 2: *[keine Übernahme,*

da bereits eine vier jährige Übergangsfrist für das Nachweisverfahren vorgesehen ist innerhalb derer in drei Jahren die Nachweise quartalsbezogen geliefert werden müssen. Die quartalsweise Lieferung stellt eine große Herausforderung für die Kliniken da. Trotz dem zeitlichen Aufwand der damit zusammenhängt, wurde eine Übergangsfrist vorgesehen, um möglichst zeitnah die Ergebnisse und Auswirkungen prüfen und ggf. Anpassungen vornehmen zu können. Für dieses Ziel sind jedoch die vorgesehenen drei Jahre bereits ausreichend. Es ist nicht ersichtlich, warum ohne vorliegende Daten der Zeitraum zum jetzigen Zeitpunkt auf vier Jahre bis zum 1. Januar 2025 ausgeweitet werden soll.]

DKG zu Absatz 13, Satz 1 und Nr. 1:

§ 11 Absatz 3 regelt, dass eine Nichterfüllung der Mindestvorgaben bis 14 Tage nach Ende des betreffenden Quartals den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie den Landesaufsichtsbehörden anzuzeigen ist. Die Regelung sollte dazu dienen, dass bei einer ab 2024 vorgesehenen jährlichen Datenübermittlung die Meldung einer quartalsweisen Nichterfüllung nicht erst nach Ablauf des gesamten Jahres erfolgt. Bis 2024 findet unabhängig von der Einhaltung oder Nicht-Einhaltung der Mindestvorgaben eine quartalsweise Lieferung der Daten an die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen bis sechs Wochen nach Quartalsende statt, so dass die zusätzliche Lieferung vier Wochen früher keinen Mehrwert liefert, sondern ausschließlich zu Mehraufwänden auf allen Seiten führt. Zudem ist die Meldung bereits 14 Tage nach Quartalsende aufgrund der Komplexität und enormer technischer Herausforderungen des Servicedokumentes für die Krankenhäuser kaum realisierbar. Weiterhin müssen die Krankenhäuser eine Nichterfüllung zusätzlich den Landesaufsichtsbehörden anzeigen. Mit der Anpassung der Regelung erfolgt eine Harmonisierung und somit Klarstellung bei den Datenübermittlungsfristen und hat demnach einheitlich an die verschiedenen Adressaten sechs Wochen nach Quartalsende zu erfolgen.

Zu § 12 Veröffentlichungspflichten für Krankenhäuser

GKV-SV:

Die Änderung dient der Klarstellung.

Die Transparenz über Qualitätsergebnisse und Strukturdaten im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser soll die PatientInnen und Patienten bei der Wahl eines Krankenhauses unterstützen. Dabei sieht das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (KHSG) vor, dass besonders patientenrelevante Informationen zur Qualität der Versorgung im Krankenhaus in übersichtlicher Form veröffentlicht werden sollen. Für die Patientinnen und Patienten sind dabei alle Informationen relevant, die zum Verständnis beitragen, indem sie den erforderlichen Kontext zum jeweiligen Erfüllungsgrad liefern.

Den genauen Inhalt, den Umfang und die Darstellung der Qualitätsberichte regelt der G-BA auf der Grundlage des § 136b Abs. 1 Satz 1 Nummer 3 SGBV. Sie obliegen den Beratungen im Kontext der Regelungen zum Qualitätsbericht des G-BA und müssen an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt oder gar abschließend behandelt werden.

DKG:

Der bisherige Text entspricht dem gesetzlichen Auftrag. Die Darstellung im Qualitätsbericht obliegt den Beratungen im Kontext der Regelungen zum Qualitätsbericht des G-BA, so dass in der PPP-RL keine Ergänzung vorzunehmen ist. Wenn nichtsdestotrotz eine Ergänzung vorgenommen wird, muss diese abschließend sein. Neben den Angaben zur Erfüllung der Mindestvorgaben ist ausschließlich relevant, ob Gründe für eine ggf. vorliegende Nichterfüllung vorliegen. Ein zusätzlicher Verweis auf § 11 Absatz 11 ist an dieser Stelle nicht erforderlich.

Zu § 14 Absatz 2

...

Zu § 16 Übergangsregelungen

Zu Absatz 1, Ziffer 3

GKV-SV:

Die Übergangsregelung in § 16 Absatz 1 hat das Ziel denjenigen Einrichtungen, deren tatsächliche Personalausstattung weit unterhalb der Mindestvorgabe liegt, eine angemessene Zeit bis zum 1. Januar 24 zuzugestehen, um ihr Personal so aufzustocken, dass sie die Mindestanforderung erfüllen können.

Da der Personalaufbau in den Einrichtungen nicht so voranschreitet wie er für die 100prozentige Erfüllung der Mindestanforderung in 2024 notwendig wäre, wird hier eine neue Stufe eingezogen: die Einrichtungen müssen zum 1. Januar 2023 die Vorgaben zu 95 % erfüllen.

Für viele Einrichtungen ist die Erfüllung der Mindestvorgabe eine Herausforderung dar: noch 2018 erfüllten 42,4 Prozent der Einrichtungen die Psychiatrie-Personalverordnung nicht; 16,6 Prozent der Häuser lagen unter 95 %, 6,9 Prozent der Häuser unter 90 % und 2,5 Prozent der Häuser unter 85% der Psych-PV. Dies sind keine guten Zahlen, wenn man bedenkt, dass die Mindestvorgabe der PPP-RL noch 5 Prozent über den Anhaltzahlen der Psych-PV liegen.

Trotz dieser bekannten Herausforderung hat sich die Personalausstattung von 2018 auf 2019 nicht gebessert. Die Erfüllungszahlen unterscheiden sich kaum von 2018. Aus den Kassenverbänden wird gleichzeitig berichtet, dass nur wenige Krankenhäuser beginnen, ihr Personal aufzustocken. Die o.g. Änderung soll hier mehr Anregung bieten, zeitnah den Personalbestand aufzubauen.

DKG: [keine Übernahme,

da bisher keine Daten bezüglich der Umsetzung der Mindestvorgaben vorliegen, so dass eine Erhöhung der Mindestvorgaben in der Übergangszeit bis 2024 eine unangemessene Verschärfung ohne jegliche Bewertungsgrundlage darstellt. Die Übergangszeit wurde beschlossen, damit die Krankenhäuser Zeit haben, bis 2024 eine Einhaltung der Mindestvorgaben vorzubereiten. Es ist davon auszugehen, dass sich die Situation zwischen den Krankenhäusern unterschiedlich gestaltet und eine zusätzliche Zwischenstufe mit einem höheren verlangten Umsetzungsgrad manche Kliniken umsetzen können, andere hingegen vor große Herausforderungen stellen wird. Die Krankenhäuser benötigen eine Verlässlichkeit bezüglich der längerfristigen Umsetzung. Eine Bewertung ist ohne Vorlage von Nachweisen nicht möglich und kann somit nicht in eine Anpassung der Richtlinie münden.]

Zu Absatz 5

...

Zu Absatz 6

...

Zu Absatz 7

DKG:

Aus den in den Tragenden Gründen zu § 8 Absatz 3 genannten Gründen wird die Möglichkeit der Anrechnung von Psychologen/-innen auf die anderen Berufsgruppen ergänzt. Eine Anrechnung gemäß § 8 Absatz 3 ist jedoch nur in dem Umfang möglich, in dem Regelaufgaben der Berufsgruppe übernommen werden, bei der die Anrechnung erfolgt. Dadurch wird die Möglichkeit der Anrechnung wiederum stark eingeschränkt. Vor dem Hintergrund, dass vorgesehen ist, die Regelaufgaben in den anderen Berufsgruppen bis zum 30. September 2022 zu prüfen und mit Wirkung zum 1. Januar 2023 ggf. anzupassen, wird diese Einschränkung bis zum 31. Dezember 2022 aufgehoben.

GKV-SV: Siehe dazu die TG zu § 8 Abs. 3

Zur Anlage 1 Minutenwertetabellen

GKV-SV:

Der zur Stärkung der Psychotherapie neu eingeführte Behandlungsbereich A8 „Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung, teilstationär“ bekommt die identischen Minutenwerte pro Berufsgruppe zugewiesen wie die A7 „Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung“ stationär. Allein der Minutenwert in der Berufsgruppe der Pflegefachpersonen wird verändert und auf die teilstationäre Behandlung angepasst (Erläuterung zur Berechnung siehe dritter Absatz).

Die zur Stärkung der Psychotherapie neu eingeführte Behandlungsbereich P5 und P6 „Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung“ stationär und teilstationär, bekommen die gleichen Gesamtminutenwerte wie P2 und P4 zugewiesen.

Aufgrund der erhöhten Psychotherapiedosis werden in der Berufsgruppe c allerdings die Minutenwerte erhöht, während sie in der Berufsgruppe b entsprechend erniedrigt werden. Dies entspricht den Rückmeldungen aus den psychosomatischen Einrichtungen, die berichten, dass sie für eine bestimmte Gruppe psychosomatischer Patienten mehr Psychotherapeuten und weniger Pflegefachpersonen benötigen. Die neuen Minutenwerte sind an eine höhere Leistung in der Psychotherapie geknüpft.

Darüber hinaus müssen die Minutenwerte in den Bereichen A8, P4 und P6 in der Berufsgruppe der Pflegefachpersonen auf die teilstationäre Behandlung angepasst werden. Die wöchentlichen Zeiträume des Tagdienstes umfassen nach § 4 Abs. 3 und 4 PPP-RL bei der vollstationären Versorgung 101,5 Stunden (7 Tage a 14,5 h) und bei der teilstationären Versorgung 40 Stunden (5 Tage a 8 h).

Die für die stationäre Pflege in A7 und P3 vorgesehenen Minutenwerte der Pflegefachpersonen in Höhe von 509 Minuten sind daher bei teilstationärer Versorgung in den Behandlungsbereichen P4 und A8 (neu) entsprechend des Anteils der wöchentlichen Bezugszeiträume ($40 / 101,5 = 0,3941$) anzupassen. Daraus resultieren Zeitwerte in Höhe von 201 Minuten pro Patientin und Patienten je Woche.

Dies gilt ebenso für die für die stationäre Pflege in P5, die auf die teilstationäre Behandlung in P6 angepasst werden muss. Die in P5 vorgesehenen 312 Minuten sind bei teilstationärer Versorgung im Behandlungsbereich P6 entsprechend des Anteils der wöchentlichen Bezugszeiträume ($40 / 101,5 = 0,3941$) anzupassen. Daraus resultiert ein Zeitwert in Höhe von 123 Minuten pro Patientin und Patienten.

Eine Stärkung der Psychotherapie mit Erhöhung der Minutenwerte für die Berufsgruppe c in den jeweiligen Behandlungsbereichen ist darüber hinaus bereits bei der Erstfassung der Richtlinie geregelt worden (siehe Erläuterungen zu den Minutenwerten in den Tragenden Gründen zum Beschluss des G-BA über eine PPP-RL: Erstfassung vom 19.9.2021). Eine weitere Erhöhung ist auf der Basis der empirischen Daten der Nachweise nach § 14 Abs. 2 mit Beschluss zum 30. September 2022 vorzunehmen.

BPtK:

Nach § 136a Absatz 2 SGB V soll die Psychotherapie gemäß ihrer Bedeutung für die Behandlung psychisch und psychosomatisch Erkrankter durch die Mindestvorgaben für Psychotherapeut*innen abgebildet werden. Zur Stärkung der Psychotherapie werden deshalb die Minutenwerte entsprechend angepasst.

Die Anpassung der Minutenwerte erfolgt für die Behandlungsbereiche der Erwachsenenpsychiatrie – mit Ausnahme A7 (Psychiatrisch-psychosomatische Komplexbehandlung) – sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie, da hier die größten Versorgungsdefizite bestehen.

Die Behandlungsbereiche der Psychosomatik unterliegen einer grundsätzlichen Prüfung und ggfls. Überarbeitung hinsichtlich weiterer Differenzierungen und Anpassungen, um den besonderen Behandlungsangeboten und -erfordernissen der Psychosomatik gerecht zu werden. Den Beratungen hierzu soll nicht vorweggegriffen werden.

Der Vorschlag der BPtK ergibt sich aus einer rechnerischen Anpassung der Minutenwerte für die (Medizinisch-psychiatrische) Grundversorgung und der Minuten für Psychotherapie.

1. Anpassungen Minuten für die „(Medizinisch-psychiatrische) Grundversorgung“:

Ein Ergebnis der im G-BA durchgeführten Fachgespräche war, dass die Verkürzung der Verweildauer eine Erhöhung der Minutenwerte im Vergleich zu den nach Psych-PV veranschlagten Minuten erforderlich machen.

Die Verkürzung der Verweildauer und die damit erhöhten Fallzahlen erfordern insbesondere eine Erhöhung der Minutenwerte für die im Rahmen der Aufnahme und Entlassung der Patienten anfallenden Tätigkeiten. Diese werden in der Psych-PV in den Regelaufgaben der „(Medizinisch-psychiatrischen) Grundversorgung“ der „ärztlichen“ und „psychologischen“ Berufsgruppe verortet. Auch die Behandlungsdokumentation sowie das Erstellen von Berichten sind nach der Psych-PV in den Regelaufgaben der „(Medizinisch-psychiatrischen) Grundversorgung“ enthalten.

In den Vorgaben der Psych-PV wird in der Regelbehandlung A1 von einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 35 Tagen und in der S1 von 21 Tagen ausgegangen. Die durchschnittliche Verweildauer in der Allgemeinpsychiatrie lag 2017 bei 24 Tagen und in den Fachabteilungen für Sucht bei 14 Tagen (Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1). Dies entspricht einer Reduzierung der Verweildauer um rund 31 % oder einer Erhöhung des Patientendurchlaufs um rund 31 % in der Allgemeinpsychiatrie sowie einer Reduzierung der Verweildauer bzw. Erhöhung des Patientendurchlaufs von rund 33 % in der Suchtpsychiatrie.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie lag die durchschnittliche Verweildauer 2017 bei 34 Tagen (Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1), die Psych-PV geht für die Regelbehandlung bei Kindern von 90 (KJ1) bzw. bei Jugendlichen (KJ2) von 120 Behandlungstagen aus. Dies entspricht einer Reduzierung der Verweildauer um rund 62 % im Vergleich zu der nach Psych-PV angenommenen Behandlungsdauer in der KJ1 bzw. um rund 72 % im Vergleich zur KJ2. Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie wird deshalb von einer mittleren Reduzierung der Verweildauer von 67% ausgegangen.

- Erwachsenenpsychiatrie: Die Minutenwerte für die Grundversorgung gemäß Psych-PV werden deshalb in den Behandlungsbereichen der Allgemeinpsychiatrie (einschließlich Gerontopsychiatrie) um 31 % und in den Behandlungsbereichen der Suchtpsychiatrie um 35 % für die Berufsgruppen „Ärzt*innen“ und „Psychotherapeut*innen“ erhöht.
- Kinder- und Jugendpsychiatrie: Da in der Kinder- und Jugendpsychiatrie keine Differenzierung zwischen den durchschnittlichen Verweildauern von Kindern und Jugendlichen in den Daten des Statistischen Bundesamts vorgenommen wird, werden die Minutenwerte für die Grundversorgung gemäß Psych-PV in den Behandlungsbereichen der KJP für die Berufsgruppen „Ärzt*innen“ und „Psychotherapeut*innen“ um den Mittelwert von 67 % erhöht.

Entsprechend ihres Kompetenzprofils und der in den Kliniken bereits umgesetzten kooperativen Zusammenarbeit zwischen Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen sowie den überarbeiteten Regelaufgaben für die „Psychotherapeut*innen“ wurden die angepassten Minutenwerte der „Ärzt*innen“ und „Psychotherapeut*innen“ für die Grundversorgung summiert und gleichmäßig zwischen den beiden Berufsgruppen aufgeteilt. Die Austauschbarkeit der beiden Berufsgruppen bleibt hiervon unberührt. Es liegt zudem in der Verantwortung der Krankenhausorganisation dafür Sorge zu tragen, dass ausreichend Ärzt*innen in den Einrichtungen beschäftigt sind, um die Erfüllung der Regelaufgaben, die ausschließlich von Ärzten erbracht werden können, sicherzustellen.

2. Anpassung der Minutenwerte für die Psychotherapie

Die Festlegung der für eine leitliniengerechte Behandlung erforderlichen „Psychotherapiedosis“ kann – nach den Ergebnissen der durch die Fachberatung Medizin des G-BA durchgeführten systematischen Evidenzrecherche – nicht auf der Basis von Studien sondern nur normativ unter Hinzuziehung der am besten verfügbaren Evidenz, also auf der Grundlage von Expertenmeinungen, erfolgen. Im Ergebnis der vom G-BA durchgeführten Fachgespräche waren sich alle Fachexpert*innen einig, dass im Vergleich zu den Vorgaben der

Psych-PV eine substanzielle Erhöhung der Minuten für Psychotherapie erfolgen muss, um den heutigen fachlichen Standards zu entsprechen. In der Erstfassung der Richtlinie hat der G-BA deshalb eine Erhöhung der Einzelpsychotherapie auf 50 Minuten pro Patient*in und Woche für alle Behandlungsbereiche beschlossen. Er ist damit hinter den Empfehlungen der Fachexpert*innen zurückgeblieben.

Die Mindestvorgaben für Psychotherapeut*innen sollen nach dem gesetzlichen Auftrag die Psychotherapie gemäß ihrer Bedeutung für die Versorgung psychisch Erkrankter stärken. Um dieses Ziel zu erreichen, ist eine weitere Erhöhung der Psychotherapieminuten erforderlich. Dabei kommt der Einzelpsychotherapie vor dem Hintergrund der Schwere der Erkrankungen, die stationär behandelt werden eine besondere Bedeutung zu. Vor dem Hintergrund der Ergebnisse der vom G-BA durchgeführten Fachgespräche, weiterer Expertenmeinungen, wie sie in einer Reihe von Artikeln im Nervenarzt veröffentlicht wurden (siehe Der Nervenarzt 3/2016, Der Nervenarzt 7/2016 sowie Der Nervenarzt 9/2017 zur Frage des Personalbedarfs für eine leitliniengerechte stationäre Versorgung) sowie dem in § 39 SGB V „Krankenhausbehandlung“ begründeten Anspruch, dass die stationäre Behandlung intensiver sein sollte als eine ambulante Behandlung, wird die Einzelpsychotherapiedosis auf 100 Minuten pro Woche und Patient*in über alle Behandlungsbereiche sowohl in der Erwachsenenpsychiatrie als auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erhöht.

Die Minutenwerte für die Gruppenpsychotherapie werden nicht verändert, da die Vorgaben der Psych-PV hier fachlich angemessen erscheinen und mit den Ergebnissen der Fachgespräche sowie Expertenmeinungen weitgehend übereinstimmen.

Für alle Minutenwerte gilt, dass diese als rein rechnerische Größe zu verstehen sind. Umfang und Frequenz der einzelnen psychotherapeutischen Interventionen sind jeweils an den individuellen Bedarf der Patient*innen anzupassen und können z. B. auch in mehreren kürzeren Einzelgesprächen oder als psychotherapeutische Kriseninterventionen erbracht werden. Zudem erfordert eine Behandlung, die auf die Prävention und Vermeidung von Zwangsmaßnahmen ausgerichtet ist, ausreichende psychotherapeutische Ressourcen, die im Rahmen des Beziehungsaufbaus und von Deeskalationsstrategien eingesetzt werden können.

Die zusätzlichen Minuten für Psychotherapie werden gemäß dem gesetzlichen Auftrag der Berufsgruppe der „Psychotherapeut*innen“ zugeordnet. Die Regel der Austauschbarkeit zwischen „Ärzt*innen“ und „Psychotherapeut*innen“ bleibt hiervon unberührt. Psychotherapeutische Leistungen können grundsätzlich von beiden Berufsgruppen erbracht werden. Eine Einrichtung, die mehr „Ärzt*innen“ als „Psychotherapeut*innen“ beschäftigt kann diese entsprechend anrechnen.

DKG/GKV-SV zum Vorschlag der Minutenwerte der BPtK:

[Eine Erhöhung der Mindestvorgaben um teilweise über das dreifache wird vor dem Vorliegen jeglicher Informationen über die Einhaltung der Mindestvorgaben und den tatsächlichen Personaleinsatz sowohl in der Berufsgruppe der Ärzte/-innen auch als der Psychotherapeuten/-innen bzw. Psychologen/-innen abgelehnt, da eine Einschätzung über die Auswirkungen in der Praxis kaum möglich ist. Zudem ist fraglich, ob es sich bei der Erhöhung der Minutenwerte um über das Dreifache noch um Mindestvorgaben oder eher um Anhaltzahlen zur Personalbemessung handelt. Gemäß § 1 Absatz 1 werden mit dieser Richtlinie verbindliche Mindestvorgaben und keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung festgelegt. Zudem liegt keine Evidenz für die vorgelegte Höhe der Minutenwerte vor.]

DKG zum Vorschlag des GKV-SV zu P5 und P6: [keine Übernahme,

da eine Aufnahme dieser neuen Behandlungskategorien ohne jegliche Evidenz bezüglich ihrer Ausgestaltung aus den unter § 3 genannten Gründen abgelehnt wird.]

DKG zum Vorschlag des *GKV-SV* und der *PatV* zur Anpassung der Minutenwerte in P4 – Berufsgruppe Pflege, sowie A8 – Berufsgruppe Pflege: *[keine Übernahme,*

da es einer grundsätzlichen Überprüfung der Mindestvorgaben in der Psychosomatik bedarf. Anpassungen können erst auf Basis der Nachweisdaten vorgenommen werden. In diesem Zuge ist dann die Kategorie A8, welche der Kategorie P4 entspricht, ebenfalls anzupassen.]

BÄK:

Die Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in psychiatrischen Krankenhäusern umfasst in der Regel die kombinierte Anwendung von Psychotherapie, Psychopharmakotherapie und psychosozialen Therapien. Im Vergleich zur ambulanten Versorgung im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinie mit regelmäßigen Therapieeinheiten von meist 50 Minuten pro Woche werden psychotherapeutische Interventionen im Krankenhaus jedoch hinsichtlich Inhalt, Dauer und Häufigkeit weitaus differenzierter eingesetzt. Psychotherapie im psychiatrischen Krankenhaus findet unter besonderen Bedingungen statt. Die Patienten befinden sich typischerweise in akuten Krankheitsphasen, einschließlich Notfallsituationen mit Suizidalität und seltener auch Fremdgefährdung. Die Patienten sind hinsichtlich ihrer Krankheitssymptomatik, somatischer Komorbidität, Funktionsfähigkeit und Chronifizierung überwiegend schwer beeinträchtigt und leiden vorwiegend unter depressiven Erkrankungen, Alkohol- und Drogenabhängigkeit, Persönlichkeitsstörungen, Angst- und Zwangsstörungen und Psychosen. Außerdem ist oftmals zunächst keine stabile Behandlungsmotivation gegeben und die Fähigkeit, an psychotherapeutischen Interventionen aktiv teilzunehmen und davon zu profitieren, reduziert. Das Behandlungsangebot muss daher hinsichtlich der Art der Intervention, der Dosis sowie des Settings flexibel auf die aktuelle Ausprägung der genannten Merkmale zugeschnitten werden. Das klassisch-ambulante Setting mit regelmäßigen Therapieeinheiten von 50 Minuten pro Woche ist für Patienten in psychiatrischen Akutkrankenhäusern häufig nicht geeignet. An der psychotherapeutischen Behandlung sind im Krankenhaus immer mehrere Personen beteiligt (siehe oben). Die Letztverantwortung und folglich auch die Haftung für die Behandlung liegen im Krankenhaus, anders als im ambulanten Bereich, nicht beim einzelnen Behandler, sondern beim leitenden Arzt bzw. Chefarzt.

Die Bestimmung des Personalbedarfs für die Erbringung von Psychotherapie im psychiatrischen Krankenhaus in der Logik der PPP-RL wird durch den Umstand erschwert, dass die Richtlinie auf der veralteten Systematik der PsychPV aufbaut und weder den Bedarf an Psychotherapie noch das dafür erforderliche Personal adäquat abzubilden vermag.

Zum einen wurden PsychPV-Kategorien übernommen, die nicht diagnosebezogen sind und sich für die Bestimmung des Psychotherapiebedarfs nur begrenzt eignen: Patienten, die in derselben Kategorie geführt werden, können einen höchst unterschiedlichen Psychotherapiebedarf haben.

Zum anderen erfordert die Richtlinie anstatt der Definition des Personalbedarfs für die Erbringung von Psychotherapie eine Festlegung konkreter Werte für die verschiedenen Berufsgruppen. Dies ist problematisch, weil sich die Aufgaben und Kompetenzen der beteiligten Berufsgruppen zwar in vielerlei Hinsicht unterscheiden, hinsichtlich der Erbringung von Psychotherapie jedoch überlappen und teilweise austauschbar sind, z. B. bei Ärzten und nicht-ärztlichen Psychotherapeuten. Es macht nur begrenzt Sinn, den Personalmehrbedarf von vornherein fest auf die beiden Berufsgruppen zu verteilen, da die anteilige Besetzung von Ärzten und Psychologen und damit zusammenhängend auch die Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen in den Kliniken von vielen Faktoren abhängig ist. Entsprechend sind Angehörige der beiden Berufsgruppen in PsychPV und PPP-RL austauschbar.

Für die Ermittlung des Personalbedarfs für Psychotherapie müssen neben dem reinen patientenbezogenen Psychotherapiebedarf auch Zeiten für die Vor- und Nachbereitung der Therapiesitzungen berücksichtigt werden. Zudem hängt der Personalbedarf bei Gruppentherapien mit der Gruppengröße zusammen.

Für eine modellhafte Berechnung des Personalbedarfs für die Erbringung von Psychotherapie durch die Berufsgruppen a.) und b.) kann eine Berechnung mit den folgenden Variablen angestellt werden:

Me = Summe Minuten Einzelgespräch pro Patient und Woche

Mg = Summe Minuten Gruppentherapie pro Patient und Woche

Ne = Anzahl Sitzungen Einzelgespräch pro Patient und Woche

Ng = Anzahl Sitzungen Gruppentherapie pro Patient und Woche

Ve = Minuten Vor- und Nachbereitung Einzel pro Patient und Woche

Vg = Minuten Vor- und Nachbereitung Gruppe pro Woche

Pg = Gruppengröße (Anzahl Patienten pro Gruppe)

Sn = Stationsgröße (Anzahl Patienten pro Station)

A = Durchschnittliche Arbeitszeit pro Woche in Minuten (nach Abzug von Fehlzeiten)

Der Zeitaufwand für Psychotherapeutische Behandlung pro Patient und Woche (Mp) ergibt sich aus der Summe der Minuten für Einzeltherapie, den Vor- und Nachbereitungszeiten pro Einzelsitzung, der Summe der Minuten für Gruppentherapie (dividiert durch die Gruppengröße) sowie der Vor- und Nachbereitungszeit pro Gruppensitzung (dividiert durch die Gruppengröße):

$$M_p = M_e + (N_e * V_e) + (M_g / P_g) + ((V_g * N_g) / P_g)$$

Die Personalzeit für die Erbringung von Psychotherapie (T) pro Station ergibt sich sodann aus dem Zeitaufwand für Psychotherapeutische Behandlung pro Patient und Woche multipliziert mit der Anzahl der Patienten pro Station.

$$T = M_p * S_n$$

Für die Ermittlung des Personalmehrbedarfs in Stellenanteilen muss die Personalzeit für die Erbringung von Psychotherapie durch die durchschnittliche Arbeitszeit pro Woche (nach Abzug von Fehlzeiten) A geteilt werden:

$$\text{Personalmehrbedarf in Stellenanteilen} = T / A$$

Zu 2. Psychiatrische Einrichtungen für Kinder und Jugendliche

GKV-SV:

Eine Stärkung der Psychotherapie mit Erhöhung der Minutenwerte für die Berufsgruppe c in den jeweiligen Behandlungsbereiche hinweg ist bereits bei der Erstfassung der Richtlinie geregelt worden (siehe Erläuterungen zu den Minutenwerten in den Tragenden Gründen zum Beschluss des G-BA über eine PPP-RL: Erstfassung vom 19.9.2021). Eine weitere Erhöhung ist auf der Basis der empirischen Daten der Nachweise nach § 14 Abs. 2 mit Beschluss zum 30. September 2022 vorzunehmen.

DKG/GKV-SV zum Vorschlag der Minutenwerte der BPTK:

[Eine Erhöhung der Mindestvorgaben um teilweise über das Dreifache wird vor dem Vorliegen jeglicher Informationen über die Einhaltung der Mindestvorgaben und den tatsächlichen

Personaleinsatz sowohl in der Berufsgruppe der Ärzte/-innen auch als der Psychotherapeuten/-innen bzw. Psychologen/-innen abgelehnt, da eine Einschätzung über die Auswirkungen in der Praxis kaum möglich ist. Zudem ist fraglich, ob es sich bei der Erhöhung der Minutenwerte um über das Dreifache noch um Mindestvorgaben oder eher um Anhaltzahlen zur Personalbemessung handelt. Gemäß § 1 Absatz 1 werden mit dieser Richtlinie verbindliche Mindestvorgaben und keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung festgelegt. Zudem liegt keine Evidenz für die vorgelegte Höhe der Minutenwerte vor.]

Zur Anlage 2 Eingruppierungsempfehlungen

GKV-SV:

Aus den in den Tragenden Gründen zu § 3 und zur Anlage 1 der Richtlinie aufgeführten Gründen werden die Behandlungsbereiche A7 für die teilstationäre Komplexbehandlung in der allgemeinen Psychiatrie als auch P5 und P6 für die intensivierete Komplexbehandlung, stationär und teilstationär, in der Psychosomatik ergänzt. Mit den in Anlage 2 vorgenommenen Ergänzungen werden die Eingruppierungsempfehlungen für diese neuen Behandlungskategorien festgelegt.

Die weiteren Änderungen betreffen

- In A7, A8, P2 und P4 die Aufnahme der Wörter „Struktur- und“ vor das Wort Mindestmerkmal in Spalte 4. Diese Änderung wurde notwendig, da mit Änderung der OPS-Code 9-62 und 9-63 in 2021 ein Teil der ehemaligen Mindestanforderungen nun Strukturanforderungen geworden sind, u.a. die Leitung der Behandlung. Insofern ist es folgerichtig, dass nun die Struktur- und Mindestanforderungen nach den OPS-Code zu erfüllen sind.
- In KJ1 und KJ5 und KJ7 die Ersetzung der Wörter „funktionelle Therapie“ durch „Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, künstlerische Therapie“ aufgrund des Vorschlages der WFKT im Stellungnahmeverfahren zur Erstfassung der PPP-RL.
- In KJ2 die Ersetzung des Wortes Arbeitstherapie durch „künstlerische Therapien“ aufgrund des Vorschlages der WFKT im Stellungnahmeverfahren zur Erstfassung der PPP-RL.
- In KJ3 die Einfügung der Wörter „oder psychotherapeutischer“ aufgrund des Vorschlages der DGKJP im Stellungnahmeverfahren zur Erstfassung der PPP-RL..
- In KJ5 die Ersetzung der Wörter „physiotherapeutische Behandlungen“ durch „im Rahmen von Ergotherapien, künstlerischen Therapien und Bewegungstherapien“ aufgrund des Vorschlages der WFKT im Stellungnahmeverfahren zur Erstfassung der PPP-RL.

DKG zum Vorschlag des GKV-SV zu P5 und P6: [keine Übernahme,

da eine Aufnahme dieser neuen Behandlungskategorien ohne jegliche Evidenz bezüglich ihrer Ausgestaltung aus den unter § 3 genannten Gründen abgelehnt wird.]

In KJ1 und KJ7 werden die Wörter Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, künstlerische Therapie aufgrund des Vorschlages der WFKT im Stellungnahmeverfahren zur Erstfassung der PPP-RL ergänzt. Da eine abschließende Aufzählung der Versorgungsrealität nicht gerecht wird, werden zudem die Spezialtherapien ergänzt.

In KJ2 werden „künstlerische Therapien“ aufgrund des Vorschlages der WFKT im Stellungnahmeverfahren zur Erstfassung der PPP-RL ergänzt. Die Arbeitstherapie wird in Anbetracht dessen, dass auch Jugendliche in der KJP behandelt werden, die dabei eine Ausbildung zu beginnen, nicht gestrichen. Bei diesen Patienten_innen wird mit der Arbeitstherapie u.a. versucht ein Angebot für einen Übergang in das Berufsleben zu schaffen.

In KJ5 werden die Wörter „physiotherapeutische Behandlungen“ durch „im Rahmen von Ergotherapien, künstlerischen Therapien, Spezialtherapien und Bewegungstherapien“ aufgrund des Vorschlages der WFKT im Stellungnahmeverfahren zur Erstfassung der PPP-RL ersetzt. Da eine abschließende Aufzählung der Versorgungsrealität nicht gerecht wird, werden zusätzlich zu dem Vorschlag der WFKT die Spezialtherapien ergänzt.

Zur Anlage 3 Nachweis

Zu „Administrative Daten“

GKV-SV:

Art der Trägerschaft: Die Art der Trägerschaft wird immer wieder als Ursache für unterschiedliche QS-Ergebnisse angeführt. Die Angabe hier dient der Überprüfung.

Bundesland: Die Angabe des Bundeslandes ist wesentlich für eine regional differenzierte Auswertung

Modellvorhaben nach § 64b SGB V: Der Status „Modellvorhaben nach § 64b SGB V“ wird hier gesondert erhoben, um ggf. eine getrennte Auswertung zur ermöglichen. Zwar gilt die PPP-RL gemäß § 1 Absatz 2 grundsätzlich für Krankenhäuser im Sinne von § 108 SGB V mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche, soweit darin Patientinnen oder Patienten behandelt werden, die einer vollstationären, teilstationären oder stationsäquivalenten Krankenhausbehandlung im Sinne von § 39 Absatz 1 SGB V bedürfen. Bei der Vereinbarung von Modellvorhaben nach § 64b SGB V kann aufgrund der gesetzlichen Vorgaben in § 63 Abs. 3 SGB V von den Vorschriften des Vierten und des Zehnten Kapitels SGB V abgewichen werden, soweit es für die Modellvorhaben erforderlich ist. Eine allgemeine Ausnahme von Modellvorhaben ist damit nicht vorgesehen. Modellvorhaben müssen sich daher registrieren – ein Sonderstatus ist aber für die Auswertung sinnvoll.

DKG zu Ergänzungen des GKV-SV (Bundesland und Trägerschaft): *[keine Übernahme,*

da durch diese Information keine zusätzlichen Erkenntnisse bezüglich der Einhaltung der Mindestvorgaben oder der Weiterentwicklung der PPP-RL gewonnen werden]

Zu Tabelle A3.2, A3.3

GKV-SV:

Die Aufnahme der Behandlungsbereiche P5 und P6 in die zulässigen Werte ist eine Folgeänderung aufgrund der Einführung zweier neuer Behandlungsbereiche P5 und P6 in § 3 PPP-RL.

Zu Tabelle A3.3

DKG zum Vorschlag des GKV-SV zu P5 und P6: *[keine Übernahme,*

da eine Aufnahme dieser neuen Behandlungskategorien ohne jegliche Evidenz bezüglich ihrer Ausgestaltung aus den unter § 3 genannten Gründen abgelehnt wird.]

Zur Änderung des Hinweises:

Die bisherige Formulierung ist missverständlich. Die Änderung dient der Klarstellung, dass bei einer Abweichung um mehr als 5 Prozent die Ermittlung der Mindestvorgabe auf Basis der Behandlungstage je Behandlungsbereich des laufenden Quartals zu ermitteln ist.

Zu Tabelle A4, A5.1, B2.1, B2.2

Die Änderung der zulässigen Werte für Spalte 4 in Tab. A4, Spalte 2 in Tab. A 5.1, Spalte 2 in Tabelle B2.1 und Spalte 3 in Tab. B2.2 sind Folgeänderung der Streichung der Berufsgruppe g in § 5 Abs. 2 Satz 1.

Zu Tabelle A5.2

GKV-SV:

Die Einführung der neuen Spalte 2 in die Tabelle A 5.2. dient der expliziten Dokumentation des jeweiligen Bezugszeitraumes der Mindestpersonalvorgabe.

Zu Tabelle A 5.3

GKV-SV:

Die Änderung bei den zulässigen Werten in der Spalte 1 dient der Klarstellung zur Übermittlung bei der stationsäquivalenten Behandlung.

DKG zu Spalte 1: *[keine Übernahme,*

da keine Mindestvorgaben für die stationsäquivalente Behandlung festgelegt wurden und somit auch keine Anrechnung zwischen den Berufsgruppen erfolgen muss.]

Zu Tabelle A 5.3 und B2.2

Die Änderung der zulässigen Werte in der Spalte 3 in Tab. A5.3 und Tab. B2.2 dient der einfacheren Auswertung von Anrechnungen bzw. der Zuordnung von Anrechnungen zwischen den PPP-RL Berufsgruppen.

DKG zu Tabelle A7:

Die beim G-BA eingegangenen Anfragen bezüglich der Nachweise haben gezeigt, dass es diverse Sachverhalte gibt, die zur Bewertung der übermittelten Daten von großer Relevanz sind, sich aber nicht im Nachweis abbilden lassen. Auch Probleme und Herausforderungen beim Ausfüllen der Nachweise lassen sich bisher nicht dokumentieren und darstellen. Aus diesen Gründen ist ein Freitextfeld sowohl im Teil A als auch im Teil B erforderlich, welches derartige Angaben ermöglicht und somit auch der Weiterentwicklung der PPP-RL dient.

Zu Tabelle B1.3

GKV-SV:

Die Aufnahme der Behandlungsbereiche P5 und P6 in die zulässigen Werte ist eine Folgeänderung aufgrund der Einführung zweier neuer Behandlungsbereiche P5 und P6 in § 3 PPP-RL.

Zur Änderung des Hinweises:

Die bisherige Formulierung ist missverständlich. Die Änderung dient der Klarstellung, dass bei einer Abweichung um mehr als 5 Prozent die Ermittlung der Mindestvorgabe auf Basis der Behandlungstage je Behandlungsbereich des laufenden Quartals zu ermitteln ist.

Zu Tabelle B4.2 und B4.3

GKV-SV:

Folgeänderungen der Änderungen der Berufsgruppen in § 5

Zu Tabelle B4.2 und B4.2 Buchstabe b1)

DKG:

Die Ergänzung dient der Klarstellung zur Abgrenzung der „Davon“-Gruppen.

BPtK:

Folgeänderungen der Änderungen zu den Berufsgruppen in § 5 (siehe TG zu § 5)

DKG zu Tabelle B6:

Die beim G-BA eingegangenen Anfragen bezüglich der Nachweise haben gezeigt, dass es diverse Sachverhalte gibt, die zur Bewertung der übermittelten Daten von großer Relevanz sind, sich aber nicht im Nachweis abbilden lassen. Auch Probleme und Herausforderung beim Ausfüllen der Nachweise lassen sich bisher nicht dokumentieren und darstellen. Aus diesen Gründen ist ein Freitextfeld sowohl im Teil A als auch im Teil B erforderlich, welches derartige Angaben ermöglicht und somit auch der Weiterentwicklung der PPP-RL dient.

Zur Anlage 4 Regelaufgaben

GKV-SV/DKG:

Die Regelaufgaben der Berufsgruppe a und c wurde an die heutigen Tätigkeitsfelder in der stationären Versorgung der Allgemeinen Psychiatrie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Psychosomatik angepasst. Dabei wurden insbesondere die gewachsene Bedeutung der Psychotherapie, die Möglichkeiten der Austauschbarkeit der beiden Berufsgruppen untereinander und die innere Kohärenz der Richtlinie beachtet. Die Erfordernisse der ärztlichen Leitung gemäß § 107 SGB V werden davon nicht berührt.

BPtK:

Zu c) Regelaufgaben der Psychotherapeut*innen in der Erwachsenenpsychiatrie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Psychosomatik

Grundlage für die Festlegung der Regelaufgaben der „Psychotherapeut*innen“ bildet die Aufgabenwahrnehmung der ambulant (in der vertragsärztlichen Versorgung) tätigen Psychotherapeut*innen, wie sie im SGB V und in den Richtlinien des G-BA (Psychotherapie-Richtlinie, Krankenhauseinweisungs-Richtlinie, psychiatrische häusliche Krankenpflege Richtlinie, Heilmittel-Richtlinie Ergotherapie und Soziotherapie-Richtlinie) festgelegt ist. Psychotherapeut*innen haben in der ambulanten Versorgung Facharztstatus und übernehmen die Behandlungsverantwortung. Zu ihren Aufgaben gehören u.a. Anamnese und Diagnostik, Indikationsstellung für weitere Therapien (z.B. psychiatrische häusliche Krankenpflege, Ergotherapie), Veranlassung von Konsilen zur Abklärung somato-medizinischer Fragestellungen, die in Zusammenhang mit der psychischen Symptomatik stehen könnten, Therapieplanung und -durchführung sowie die Anpassung der Behandlung im Verlauf.

Diplom-Psycholog*innen in Ausbildung zur PP/KJP und Psychotherapeut*innen in Weiterbildung zur Fachpsychotherapeut*in können die Regelaufgaben unter Anleitung und einer Psychologischen Psychotherapeut*in (in der Kinder- und Jugendpsychiatrie auch unter Anleitung einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in) bzw. künftigen Fachpsychotherapeut*in oder einer Fachärzt*in übernehmen.

- Bereits aus dem gesetzlichen Auftrag gemäß § 136a Absatz 2 Satz 9 ergibt sich, dass die vom G-BA zu definierenden Regelaufgaben für Psychotherapeut*innen der Aufgabenwahrnehmung von ambulant tätigen Psychotherapeut*innen zu entsprechen haben. Nach dem gesetzlichen Auftrag soll die Psychotherapie gemäß ihrer Bedeutung in der Versorgung psychisch und psychosomatisch Erkrankter durch Mindestvorgaben für Psychotherapeuten gestärkt werden.

Der Begriff „Psychotherapeut“ unterscheidet – genauso wie der Begriff „Psychotherapie“ – nicht zwischen ambulanter und stationärer Aufgabenwahrnehmung und Versorgung. Er wird im SGB V, im Psychotherapeutengesetz (PsychThG) und in der Approbationsordnung für Psychotherapeut*innen (PsychThApprO) einheitlich verwendet. Hinsichtlich der „Ärztlichen Leistungen“ zeigt der ausdrückliche Verweis in § 39 Abs.1 S.3 SGB V auf § 28 Abs. 1 SGB V, dass der Bezug auf die Leistungserbringer nicht zwischen ambulant und stationär differenziert. Auch bezogen auf die Psychotherapeut*innen folgt aus § 39 Abs. 1 S. 3 SGB V in seiner nicht abschließenden Aufzählung („insbesondere“), dass im Rahmen der Krankenhausbehandlung eine Behandlung durch die in § 28 Abs. 3 S. 1 SGB V genannten Psychotherapeut*innen erfolgen kann. § 28 Abs. 3 S. 1 SGB V bezieht sich auf die psychotherapeutische Behandlung allgemein, unabhängig davon, ob sie stationär oder ambulant erbracht wird. § 28 Abs. 3 S. 1 SGB V verweist zudem auf § 1 Abs. 1 S. 1 PsychThG, der die Berufsbezeichnung „Psychotherapeut*in“ definiert. Aus § 1 Abs. 1 S. 1 PsychThG wird bereits deutlich, dass das PsychThG aufgrund der einheitlichen Berufsbezeichnung nicht zwischen stationärer und ambulanter Aufgabenwahrnehmung unterscheidet. Zum Führen dieser Berufsbezeichnung bedarf es der Approbation als „Psychotherapeut*in“, § 1 Abs. 1 S. 1 PsychThG, § 73 Abs. 1 S. 1 PsychThApprO. Auch hierbei wird nicht zwischen stationärer und ambulanter Aufgabenwahrnehmung unterschieden. In der Gesetzesbegründung zu § 136a Abs. 2 S. 9 SGB V (BT-Drs. 19/13585, 89) heißt es, der G-BA habe

„die Berufsbilder des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entsprechend der diesen Berufsgruppen zukommenden Aufgabenwahrnehmung in den Mindestvorgaben zu berücksichtigen. Diese Änderung wird auch den Psychotherapeuten in Ausbildung und in Weiterbildung zu Gute kommen, da die Berücksichtigung der Psychotherapeuten in den Mindestvorgaben des G-BA die Bereitstellung von entsprechenden Ausbildungsplätzen fördert. Die Bedeutung der Psychotherapeuten wird damit insgesamt gestärkt.“

Mit dem Begriff des Berufsbildes wird aus der Gesetzesbegründung deutlich, dass bei der Beschreibung/Definition von Regelaufgaben diese der ambulanten Tätigkeit zu entsprechen haben. Denn es existiert nur ein einheitliches Berufsbild der Psychotherapeut*innen. Im Ergebnis folgt aus der Verwendung des Begriffes des „Psychotherapeuten“ in § 136a Abs. 2 S. 9 SGB V, dass die vom G-BA zu definierenden Regelaufgaben der Aufgabenwahrnehmung von ambulant tätigen Psychotherapeut*innen zu entsprechen haben.

- Eine Einschränkung der Regelaufgaben der Psychotherapeut*innen durch den Zusatz „psychotherapeutische“ wie „psychotherapeutische Anamnese und Befunderhebung“ ist nicht sachgerecht.

Anamnese bezeichnet die Befragung einer Patient*in mit dem Ziel, aus allgemeinen und besonderen Lebensumständen Hinweise auf Krankheiten und Krankheitsentwicklungen zu gewinnen. Deshalb hat eine Befragung möglich umfassend zu erfolgen, um aus den gesammelten Informationen Schlüsse auf mögliche Krankheiten ziehen zu können. Die Befragung dient zugleich dazu, Entstehung, Verlauf und allgemein den Kontext einer Krankheit in Erfahrung zu bringen, um daraus eine geeignete Behandlungsmethode

ableiten zu können. Die Anamnese ist somit ein weiter Begriff. Eine inhaltliche Einschränkung des Begriffs wäre sachwidrig, da dadurch der Kontext von Krankheiten nur unzureichend bekannt oder gar Krankheiten eventuell nicht erkannt würden.

Vor dem Hintergrund dieses Anamnesebegriffs ist nur der Begriff der „Anamnese“ sachgerecht. Eine Einschränkung der Anamnese auf „psychotherapeutische Inhalte“ würde dem Ziel der Anamnese nicht gerecht, durch umfassende Befragung Informationen vom Patienten zu erhalten, aus denen auf Krankheiten geschlossen werden kann oder anhand derer der Kontext von Krankheiten erhellt wird.

Die Ergänzung von Regelaufgaben um den Zusatz „psychotherapeutisch“ wie auch bei „psychotherapeutische Therapieplanung“ ist noch aus einem weiteren Grund überflüssig, soweit hierdurch zum Ausdruck gebracht werden soll, dass die Regelaufgabe durch eine Psychotherapeut*in durchgeführt wird. Aus der Berufsgruppenbezeichnung der „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ wird bereits erkenntlich, dass nur Psychotherapeut*innen die darunter angeführten Regelaufgaben ausführen. Deshalb wäre der Zusatz sogar verwirrend, da nicht klar wird, ob er diese offensichtliche Tatsache bezeichnet und damit redundant ist oder sich auf etwas anderes bezieht.

Der Zusatz „psychotherapeutisch“ sollte auch dann nicht zur Ergänzung der Regelaufgaben der Psychotherapeut*innen verwandt werden, wenn der Zusatz so verstanden werden soll, dass die entsprechenden Regelaufgaben durch den Einsatz psychotherapeutischen Methoden und Techniken durchgeführt werden. Dies trifft weder auf die „Anamnese“ noch auf die „Therapieplanung“ zu. Die Anamneseerhebung entspricht z.B. weder einer therapeutischen Intervention mit dem Ziel eines unmittelbaren therapeutischen Erfolgs, noch erfolgt sie mit spezifisch psychotherapeutischen Mitteln. Im Ergebnis gehören zu den Regelaufgaben von Psychotherapeut*innen die Anamnese und Therapieplanung, eine Bezeichnung als „psychotherapeutische Anamnese“ oder „psychotherapeutische Therapieplanung“ ist daher nicht sachgerecht.

- Die in § 107 SGB V normierte Stellung der Ärzt*innen in Krankenhäusern, d.h. dass Krankenhäuser fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen müssen, wird durch die Regelaufgaben der Psychotherapeut*innen nicht berührt, d.h. die Regelaufgaben können unabhängig von der Erfordernis der ärztlichen Leitung gemäß § 107 SGB V festgelegt werden. Regelaufgaben stehen normenhierarchisch unterhalb des SGB V, da die PPP-RL normenhierarchisch unterhalb des SGB V stehen. Regelaufgaben für Psychotherapeut*innen haben somit keine (rechtliche) Auswirkung auf die in § 107 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB V normierte Krankenhausorganisation.

Die Regelaufgaben haben zudem keine rechtlichen Auswirkungen auf das Krankenhausorganisationsrecht, welches in Landeskrankenhausgesetzen fußt. Bundesrecht kann sich nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG nur auf die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze beziehen. Die Bundesländer haben hinsichtlich der Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern die Gesetzgebungskompetenz, § 6 Krankenhausfinanzierungsgesetz. Da Regelaufgaben über § 136a Abs. 2 S. 9 SGB V vermittelt zum Bundesrecht gehören, sind sie in Bezug auf die durch Landeskrankenhausgesetze geregelte Materien ohne Einfluss. Regelaufgaben für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben somit auch keine (rechtliche) Auswirkung auf die in Landeskrankenhausgesetzen normierte Krankenhausorganisation.

In haftungsrechtlicher Sicht gilt, dass Krankenhausträger die Krankenhausbehandlung so zu organisieren haben, dass der Facharztstandard gewährleistet ist. Nach ständiger Rechtsprechung hat der Patient einen Anspruch auf ärztliche Behandlung, die dem Stand eines erfahrenen Facharztes entspricht. Der Facharztstandard setzt „das in der ärztlichen

Praxis und Erfahrung Bewährte, nach naturwissenschaftlicher Erkenntnis gesicherte, von einem durchschnittlich befähigten Facharzt verlangte Maß an Kenntnis und Können voraus". Der Facharztstandard ist nicht von der formellen Ernennung zum Facharzt abhängig. Entscheidend sind die tatsächlichen Fähigkeiten und Kenntnisse des Arztes oder Psychotherapeuten (3). Die vom G-BA formulierten Regelaufgaben haben auf den

Facharzt/Fachpsychotherapeutenstandard keinerlei (rechtliche) Auswirkungen. Insoweit gilt gleiches für die diesbezüglichen Organisationsaufgaben eines Krankenhauses.

Zu cc) Regelaufgaben der ltd. Psychotherapeut*innen

In vielen psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen gibt es heute die Funktion der leitenden Psychotherapeut*in, die entsprechende Leitungsaufgaben übernimmt. Analog zur Beschreibung oberärztlicher Regelaufgaben innerhalb der Berufsgruppe „Ärzte“ erfolgt deshalb aus systematischen Gründen eine Beschreibung der Regelaufgaben der leitenden Psychotherapeut*innen innerhalb der Berufsgruppe der Psychotherapeut*innen. Es handelt sich dabei nicht um eigene Mindestvorgaben für ltd. Psychotherapeut*innen, da die Regelaufgaben – analog zu den Oberärzten – nicht mit eigenen Minutenwerten hinterlegt werden.

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.

[oder]

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

4. Verfahrensablauf

Am 17. Februar 2021 begann die Arbeitsgruppe (AG) PPP mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In fünf Sitzungen wurde eine Änderungsfassung zur PPP-RL erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung beraten.

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

Stellungnahmeverfahren

Gemäß § 91 Absatz 5a SGB V, 136a Absatz 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Absatz 2 VerFO wurde den stellungnahmeberechtigten Organisationen (vgl. Anlage II) Gelegenheit gegeben, zur Änderungsfassung zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 2. Juni 2021 wurde das Stellungnahmeverfahren mit den gesetzlich stellungnahmeberechtigten Organisationen am T.

3 Quaas in: Quaas/Zuck/Clemens, Medizinrecht, 4. Auflage 2018, Rn. 134.

Juni 2021 eingeleitet. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am T. Juli 2021.

...

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 16. September 2021 beschlossen, die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie zu ändern.

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

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

6. Zusammenfassende Dokumentation

Anlage I: [ggf.:] Bürokratiekostenermittlung

Anlage II: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen

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

Anlage IV: Von X Organisationen eingereichte Stellungnahmen

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

Berlin, den 16. September 2021

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



G-BA

Postfach 120606

10596 Berlin

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

Berlin, 25.6.2021

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

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Zusendung des Beschlussentwurfs über die *Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Konkretisierung und Überarbeitung der Regelungen*. In der Stellungnahme der DGSGb vom 14.6.2019 und vom 12.8.2020 haben wir insbesondere die **Aufnahme von spezifischen Behandlungsbereichen** (Behandlungsbereich „I“) und die **Anerkennung der Berufsgruppen der HeilpädagogInnen und HeilerziehungspflegerInnen** in §5 Absatz (1) in der stationär psychiatrischen Behandlung von Erwachsenen mit Intelligenzminderung vorgeschlagen. Leider ist keiner unserer Änderungsvorschläge übernommen worden. Auch alternative Lösungsmöglichkeiten wie z. B. die Eingruppierung von Erwachsenen mit Intelligenzminderung entsprechend dem kognitiven Referenzalter in die KJ-Behandlungsbereiche sind nicht umgesetzt worden, so dass die für die Genesung von psychisch kranken Personen mit Intelligenzminderung erforderlichen Rahmenbedingungen in der PPP-RL weiter unberücksichtigt bleiben. Dort taucht das Wort „Behinderung“ nur im Kontext der KJP auf und lässt vollkommen außer acht, dass wir eine erste Generation von alt werdenden Menschen mit Behinderungen in Deutschland haben, die häufig (Punktprävalenz ca. 30%) an zusätzlichen psychischen Krankheiten leiden und deren Behandlung deutlich aufwändiger ist als in der sog. Allgemeinbevölkerung. Dies ist umso unverständlicher, da dieser besonders vulnerable Personenkreis mit ca. 1 Million Bürgerinnen und Bürger in Deutschland einen relevanten Bevölkerungsanteil ausmacht. In diesem Zusammenhang weisen wir auf mögliche Konflikte mit der UN-Behindertenrechtskonvention hin und erlauben uns, den Behindertenbeauftragten der Bundesregierung über die weiterhin fehlende Berücksichtigung der Belange von Menschen mit Behinderung in der stationär-psychiatrischen Behandlung in Kenntnis zu setzen. An der mündlichen Anhörung möchten wir gerne teilnehmen.

Mit freundlichen Grüßen,

PD Dr. Tanja Sappok
Stellvertretende Vorsitzende der DGSGb
tanja.sappok@t-online.de

Dr. Brian Barrett
Vorsitzender der DGSGb
geschaeftsstelle@dgsgb.de

Vorstand

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

Geschäftsstelle

C/O Liebenau Kliniken
Siggenweilerstr. 11
88074 Meckenbeuren
Tel: 07542-105320
Fax: 07542-10985320
E-Mail: [.geschaeftsstelle@dgsgb.de](mailto:geschaeftsstelle@dgsgb.de)



Deutsche Gesellschaft
für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie e.V.

DGKJP - Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie e.V.
Geschäftsstelle • Reinhardtstraße 27 B • 10117 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

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

Berlin, 28.06.2021

**Stellungnahme zu
Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und
Psychosomatik-Richtlinie: Mindestvorgaben für
Psychotherapeut*innen und Präzisierung bzw. Überarbeitung
weiterer Regelungen**

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) nimmt im Folgenden Stellung zum Entwurf der G-BA UAG zur Weiterentwicklung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) vom 21.05.2021.

Wir betonen an dieser Stelle, dass die allgemeinen Kritikpunkte an der PPP-RL, die wir kontinuierlich geäußert und im Stellungnahmeverfahren eingebracht haben, fortbestehen. Dies betrifft insbesondere den Dokumentationsaufwand. Des Weiteren möchten wir vorab betonen, dass wir vornehmlich Stellung nehmen zu Punkten, welche die (teil-)stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen betreffen, also den Fachbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

Einen sehr generellen Kritikpunkt unsererseits möchten wir voranstellen, wir werden im Folgenden auch detailliert diesen mit einem Änderungsvorschlag ausführen: Die Anlage zu den Regelaufgaben, in der nun vorgelegten geänderten Fassung verwundert uns sehr. Sie muss entschieden abgelehnt werden und zeigt, dass bei der Weiterentwicklung einzig berufspolitische Interessen der Leitfaden gewesen zu sein scheinen und die Patient*innenbedürfnisse oder gar Fachexpertise eine wohl untergeordnete Rolle gespielt haben. Die scheinbar feingliedrige Aufteilung ärztlicher versus psychologischer Tätigkeiten zeigt eine offenbare Unkenntnis klinischer Abläufe, suggeriert eine vermeintliche Transparenz der Tätigkeiten – und ist in Wahrheit

Präsident

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

Stellvertretender Präsident und Schatzmeister

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

Stellvertretender Präsident und Kongresspräsident

Prof. Dr. med. Hans-Henning Flechtner
Direktor der Universitätsklinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und Psychosomatische Medizin
des Kindes- und Jugendalters
Otto von Guericke Universität Magdeburg

Schriftführerin

Prof. Dr. med. Dipl.-Theol. Christine M. Freitag
Direktorin der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Universitätsklinikum Frankfurt

Beisitzerin

Prof. Dr. med. Renate Schepker
Regionaldirektorin
ZfP Südwürttemberg, Ravensburg

Beisitzerin

Prof. Dr. rer. nat. Kerstin Konrad
Leitung des Lehr- und Forschungsgebietes Klinische
Neuropsychologie des Kindes- u. Jugendalters
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und
Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Universitätsklinikum Aachen

Beisitzer

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

Ehrenpräsidenten

Prof. em. Dr. med. Dr. phil. Helmut Remschmidt
Marburg

Prof. em. Dr. med. Dr. rer. nat. Martin H. Schmidt
Mannheim

Kooptierte Mitglieder

Dr. med. Martin Jung
Vorsitzender der BAG KJPP

Dr. med. Gundolf Berg
Vorsitzender des BKJPP

Geschäftsstelle

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

VR 27791 B Amtsgericht Berlin Charlottenburg

doch nur eine groteske Fraktionierung einer notwendigen ganzheitlichen Behandlung im Krankenhaus von schwerst psychisch erkrankten Minderjährigen. Eine solche Aufteilung entspricht in keinsten Weise der Realität, kommt dem Patient*innenbedürfnis nicht entgegen, sondern suggeriert einen Behandlungsprozess, der vielleicht in der produzierenden Industrie so beschrieben werden kann, aber nicht im beziehungsorientierten Umgang mit Kindern und Jugendlichen. Das betrifft die Aufteilung in medizinische und psychotherapeutische Anamnese oder somatische und Entwicklungsanamnese (bei den vielen Teilleistungsstörungen bei KJPP-Patienten und der Notwendigkeit pädiatrische Kinder-Vorsorgeuntersuchungsergebnisse zu bewerten ist dies seltsam), die Aufteilung des Familienbezuges etc.

Nachdem die gesamte PPP-RL immer wieder Bezug auf eine leitliniengerechte oder evidenzbasierte Behandlung von Patient*innen nimmt, ist es umso mehr verwunderlich, dass hier offenbar ohne entsprechende Expertise oder Wissenschaftlichkeit Tätigkeitsbeschreibungen formuliert werden, deren Anwendbarkeit bzw. „Trennschärfe“ überhaupt nicht evaluiert oder untersucht sind.

Insofern müssen wir Veränderungen der Regelaufgaben zunächst in toto ablehnen für die Berufsgruppe der Ärzt*innen, Psycholog*innen/ Psychotherapeut*innen im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie. Sie sind nicht tauglich, sie entsprechen nicht den Bedürfnissen von Patient*innen im Rahmen einer ganzheitlichen und auf einer therapeutischen Beziehung gründenden Behandlung und entsprechen auch nicht dem in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie seit langem gepflegten Standard der interdisziplinären und multiprofessionellen Behandlung durch die zwei genannten Berufsgruppen. Es sei daran erinnert, dass in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie seit den Zeiten der Psychiatrie-Personalverordnung auf den Stationen ebenso viele Psycholog*innen/ Psychotherapeut*innen wie Ärzt*innen tätig sind (das Verhältnis wurde allein im Rahmen der PPP-RL durch das Hineinrechnen der oberärztlichen Minuten verschoben) und selbstverständlich alle gleichermaßen die Fallführung für Patient*innen übernehmen mit sehr breiten Überschneidungen der Tätigkeiten.

Warum bei der Tätigkeit z.B. der Ärzt*innen nicht ein Verweis auf die (Muster-)Weiterbildungsordnungen (MWBO) mit einem hohen Anteil an Psychotherapiestunden im Sinne unseres Hauptbehandlungsverfahrens erfolgt, erscheint uns unverständlich. Insofern verwundert es uns, dass im Bereich der Berufsgruppe c) seitens aller Bänke Psychotherapeut*innen in Ausbildung

unabhängig vom Grundberuf aufgenommen werden, Fachärzt*innen aber mit Ärzt*innen in Weiterbildung in einer Zeile genannt werden. Letztere haben ebenso Weiterbildungs- und Supervisionsbedarfe, wobei die Minutenwerte in der PPP-RL verglichen mit der MWBO von 2018 nicht ausreichen. Auch darauf haben wir schon mehrfach hingewiesen.

Zu den Punkten im Einzelnen:

§ 5 - Berufsgruppen

Die Problematik der expliziten Definition ärztlicher Psychotherapie als elementarem Bestandteil der Tätigkeit von Ärzt*innen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie ergibt sich erst durch die in der Anlage der Regelaufgaben definierten, kleinteiligen und von uns stark kritisierten Tätigkeiten. Generell ist aus unserer Sicht eine immanente Tätigkeit von Ärzt*innen (seien es Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Assistent*innen in Weiterbildung zum genannten Facharzt), dass sie psychotherapeutisch tätig sind. Dies ergibt sich auch aus der MWBO. Für die DGKJP ist die Ergänzung der Begrifflichkeiten ärztlicher Psychotherapeut*innen und nicht-ärztlicher Psychotherapeut*innen insofern akzeptabel. Wir begrüßen, dass die Diplom-Psycholog*innen weiterhin genannt werden, da sie einen festen Bestandteil in vielen Kliniken ausmachen. Trotz der Reform der Psychotherapeutenausbildung halten wir es für notwendig, dass diese auch weiterhin in Kliniken ein fester Bestandteil sein können, zumal es Kolleg*innen gibt, die jahrelange Routine und dadurch hohe Fachlichkeit in der Patientenversorgung haben, und de facto auch noch länger als bis 2035 in den Kliniken tätig sein können. Es erschließt sich nicht, warum diese Abschlüsse diskriminiert werden sollten.

§ 8 Abs. 3 - Anrechnungen von Berufsgruppen

Die bisherige Austauschbarkeit bzw. Anrechenbarkeit gegenseitig von ärztlichem Personal und psychologisch/psychotherapeutischem Personal ist in Anbetracht der sehr heterogenen Situation in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie sachgerecht und realitätsnah. Die Vorschläge der DKG/ BÄK/ DPR und BPTK lehnt die DGKJP ab. Grund hierfür ist, dass die Tätigkeitsprofile der Berufsgruppen a und c einen sehr hohen Überschneidungsgrad haben, während die Tätigkeitsprofile der anderen Berufsgruppen sich doch unterscheiden. So ist es auch z.B. in den OPS 9-65 und 9-67 für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie vorgesehen und unter den „Mindestmerkmalen“ bei den Verfahren beschrieben.

Die in den Tragenden Gründen genannten Begründungen bezogen auf psychosomatische Kliniken mögen für diese Kliniken richtig sein. Warum dann allerdings diese Regelungen explizit auch auf psychiatrische Einrichtungen für Kinder und Jugendliche ausgedehnt werden, ist nicht logisch. Wir schlagen deshalb vor, ggf. den Halbsatz „... bei psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche“ zu streichen. Den Vorschlag der BPtK zu Absatz 6 halten wir aus weiter oben genannten Gründen für nicht sinnvoll, sondern möchten die Diplom-Psycholog*innen als regelhaften benannten Teil der Berufsgruppe unter c fortführen.

§ 11 – Nachweisverfahren

Warum bis zum 01. Januar 2025 derzeit Regelungen fixiert werden sollen, erscheint uns nicht ganz schlüssig, da derzeit auch auf Grund der COVID-19-Situation ohnehin erst einmal die Datenqualität und Belegungssituation abgewartet werden muss. Gerade in der Post-Pandemie-Zeit rechnen wir mit erhöhter Inanspruchnahme in der Pflichtversorgung, dies zeichnet sich aktuell bereits in der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung ab.

§ 16 – Übergangsregelungen

Wir begrüßen die Erhöhung der Mindestvorgaben auf 95 % Erfüllungsgrad zum 01.01.2023.

Anlage 1 – Minutenwertetabellen

So wünschenswert eine Erhöhung der Minutenwerte im Sinne einer modernen kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Versorgung ist, so muss doch zum Vorschlag der BPtK im Rahmen der Weiterentwicklung der PPP-RL festgehalten werden, dass diese Werte letztlich nicht nachvollziehbar sind und zum jetzigen Zeitpunkt für uns nicht sinnvoll erscheinen. Wir verweisen diesbzgl. auf die vom G-BA Innovationsfonds geförderte Studie zum Plattformmodell (EPPIK-Studie). In diesem Zusammenhang haben wir immer darauf hingewiesen, dass eine sinnvolle, im Konsens und an den Patientenbedarfen orientierte Personalbemessung notwendig ist. Erst auf einer solchen Grundlage kann eine Mindestausstattung für die Sicherstellung einer qualitativen, leitliniengerechten und evidenzbasierten Behandlung hinreichend definiert werden. So wie die PPP-RL sich definiert, liefert sie bisher nur Anhaltspunkte für eine Mindestausstattung. Insofern halten wir von einer willkürlichen Modifikation der Minutenwerte zum derzeitigen Zeitpunkt und im Rahmen, wie es in der Weiterentwicklung der PPP-RL in der vorliegenden Fassung geschehen würde, nichts. Wir lehnen dies also ab.

Wir begrüßen, dass der GKV-SV unsere Hinweise bzgl. der Logopädie in KJPP-Kliniken aufgenommen hat, und sind mit der Zuordnung der Berufsgruppe und der Minutenwerte zu den Fachtherapien sehr einverstanden.

Im Übrigen möchten wir an dieser Stelle darauf hinweisen, dass der Vorschlag der Minutenwerte durch die BPtK ein Beispiel für die eingangs von uns kritisierte berufspolitische Strategie ist, die von einzelnen Beteiligten offenbar im Rahmen der PPP-RL gepflegt wird, und die nicht vom Patientenbedarf in der Weiterentwicklung der Richtlinie getrieben zu sein scheint. Zur Benennung von ärztlichen Psychotherapeut*innen und nicht-ärztlichen Psychotherapeut*innen hatten wir uns oben schon geäußert. Generell ist diese für uns akzeptabel.

Anlage 2 - Eingruppierungsempfehlungen

Vorschlag des GKV-SV und der Patientenvertretung zu den Kategorien P5 und P6:

Hier würden wir vorschlagen – sofern dieser Vorschlag sich durchsetzen sollte - wie weiter oben zu ergänzen: „...**die in psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene ... behandelt werden.**“ Hier handelt es sich um eine redaktionelle Klarstellung, da analog in der Allgemeinen Psychiatrie ebenfalls steht „Akut psychisch Kranke in psychiatrischen *Einrichtungen für Erwachsene*“ (S. 23, A 1, A2, A3 etc., Spalte 2.)

KJ. Kinder- und Jugendpsychiatrie

Der Vorschlag des GKV-SV, die funktionellen Therapien auszuformulieren erbringt unserer Meinung nach keinen großen Mehrwert und ist überdies fehlerhaft (es fehlt z.B. die Berufsgruppe der Bewegungstherapeut*innen mit Motopädie, Mototherapie, Sporttherapie, Erlebnistherapie; es fehlt die Berufsgruppe der Heilpädagog*innen auch wenn diese nicht zu den Spezialtherapeut*innen sondern traditionell zu den Sozialarbeiter*innen zählt.). Letztlich vergrößert sich die Diskrepanz zu den in den OPS 9-65 etc. niedergelegten Berufsgruppen. Hier wird über die eingesetzten Verfahren weit hinausgegangen.

Unser Vorschlag wäre, funktionelle Therapien zu belassen und ggf. durch eine Klammer und der Hinzufügung von „z.B.“ die möglichen funktionellen Therapien aufzuführen. Was wir für unlogisch halten, ist die Unterscheidung von KJ1 und KJ2 hinsichtlich der genannten fachtherapeutischen Maßnahmen. Hier würden wir einen Gleichklang von KJ1 und KJ2 vorschlagen, der auch der Realität entspricht. Es unterscheidet sich in der Praxis ggf. der Fokus oder die Intensität und Dauer der einzelnen zur Anwendung gebrachten Fachtherapien auf Grund der Schwere des Erkrankungsbildes der

Patient*innen. Bei KJ5 würden wir ebenfalls, um in der Logik zu bleiben und die individuellen Gegebenheiten der Kliniken, wie sie bereits mehrfach im G-BA thematisiert wurden und auch akzeptiert wurden, einen abstrakteren Begriff wie „funktionelle Therapien/ künstlerische Therapien“ vorschlagen.

Für die Gruppe der teilstationären KJ7-Patient*innen gilt die Argumentation analog.

Anlage 3 - Nachweis

Teil A des Nachweises zur PPP-RL

Wir weisen noch einmal darauf hin, dass die Klassifizierung in Stationstypen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nicht sinnvoll ist. Wie bereits vor Jahren in der Anhörung im Rahmen der Entwicklung der PPP-RL erwähnt, zeichnen sich kinder- und jugendpsychiatrische Stationen insbesondere auch durch die Milieuthherapie aus. Störungsspezifische Stationen sind im Eigentlichen weder die Regel noch inhaltlich, bis auf wenige Ausnahmen (z.B. Suchtbehandlung Jugendlicher oder Eltern-Kind-Stationen) angestrebt. Auch hier machen bereits die OPS klare Vorgaben hinsichtlich der Strukturmerkmale. Eine „Binnendifferenzierung“ wie in der Erwachsenenpsychiatrie bietet sich auch aufgrund der geringen Größe kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken (durchschnittlich 46 Betten, ohne Differenzierung nach Standorten oder Spezialstationen wie oben aufgeführt) nicht an.

Des Weiteren handelt es sich bei kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen mittels freiheitsentziehender Maßnahmen meist um Maßnahmen, die auf fakultativ geschlossenen Stationen (d.h. **neben** z.B. ausschließlichen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen) durchgeführt werden. Am Ehesten trennt noch das Alter der Patient*innen Stationsbereiche - auch aus Kinderschutzgründen. Insofern halten wir die Spalte 4 für entbehrlich bzw. derzeit für unser Fachgebiet nicht mit Inhalten füllbar. Dies wurde bereits auch im Gespräch mit dem IQTiG, das die Begleitforschung zum Teil übernehmen soll, von uns thematisiert. Insofern ist auch der unveränderte letzte Spiegelstrich unter § 14 (2) für unser Fachgebiet in Frage zu stellen. Der erhöhte Personalbedarf für Intensivpatienten ergibt sich unseres Erachtens nicht aus einer als „geschützter Intensivversorgungsbereich“ definierten Einheit, sondern aus den Patientenmerkmalen und den Erfordernissen an Einzelbetreuung.

Teil B des Nachweises zur PPP-RL

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

Warum unter c3) Psycholog*innen in Ausbildung zur psychologischen Psychotherapeut*in gesondert aufgeführt werden, bei Ärzt*innen jedoch die Ärzt*innen in Weiterbildung nicht, erschließt sich nicht (s.o.). Insofern könnte die Kategorie c3) weg fallen, da sie sich aus der Differenz von c0) zu den anderen Spalten bereits ggf. ergibt. Die neuen Ergänzungen, wie sie durch GKV-SV/PatV und BPtK vorgeschlagen werden, halten wir für unnötig. Sie ergeben keinen Mehrwert für die Patientensicherheit, die ja der Sinn der PPP-RL sein soll. Viel entscheidender ist die Zeile c0) und ggf. der Anteil approbierter Psychotherapeut*innen/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen. Es sei an dieser Stelle auch darauf hingewiesen, dass Kliniken einen Auftrag zur Aus- und Weiterbildung entsprechenden Fachpersonals haben. Insofern wird auch immer ein großer Anteil der Mitarbeiter*innen in Weiterbildung sein und damit der diesbezügliche Teil der Minutenwerte entsprechend groß. Im Sinne der Minimierung des Dokumentationsaufwandes raten wir dringend dazu, diese Tabellen soweit zu vereinfachen, dass die wirklichen Intentionen der PPP-RL, nämlich Mindestbesetzungen darzulegen, erfüllt werden, ohne zusätzliche Versorgungsforschungsfragestellungen zu bearbeiten. Letzteres scheint uns bei der hohen Differenzierung eher im Vordergrund zu stehen.

Des Weiteren erschließt sich nicht, warum Pflegefachpersonen von den Personen auszunehmen sind, die eine Fachweiterbildung in Kinder- und Jugendpsychiatrie haben (diese können sowohl Erzieher*innen als auch Pflegefachpersonen absolvieren). Alle Kategorien B1 bis B6 müssen von B0 aus prozentual gerechnet werden, Doppelqualifikationen sind ebenfalls möglich.

Auch ist die Aufteilung in d4 und d5 unsinnig. Die Kategorie d3 widerspricht der auf Seite 7 gegebenen Definition, in der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten als Oberkategorie für künstlerische und Bewegungstherapeuten benannt werden. Die Kategorie d3 muss durch „Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten“ ersetzt werden.

Anlage 4 - Regelaufgaben

Wir lehnen beide Veränderungsvorschläge, wie sie dargelegt werden, ab. Hintergrund ist, dass die kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Tätigkeit eine umfassende medizinische und psychotherapeutische Tätigkeit inkludiert. Die Auftrennung in medizinisch und psychotherapeutisch ist eine Verschlechterung der bisherigen Definitionen. Und warum hier nicht auf den eigentlichen Facharztstitel Bezug genommen wird,

der ja auch die Voraussetzung für die Führung und Leitung einer kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Klinik ist und den grundlegenden Standard für die Behandlung von psychisch erkrankten Minderjährigen im teil- und vollstationären Bereich darstellt, ist schlechterdings unverständlich. Wir schlagen deshalb vor, die alte Fassung beizubehalten. Diese inkludiert genau die Punkte, die durch die verschlechterte neue Begrifflichkeit in keinster Weise abgebildet werden. Der Begriff medizinische Grundversorgung mit seiner kleinteiligen Aufteilung z.B. in medizinische Arztbriefschreibung oder ähnliche Absurditäten ist nicht sachgerecht und bildet die ganzheitliche, multimodale und interdisziplinäre Behandlung der Patient*innen nicht ab. Im Gegenteil, sie würde die Behandlung bei Umsetzung eines solchen Regelprofils sogar verschlechtern. Bei kinder- und jugendpsychiatrischen Patient*innen kann nicht zwischen einer medizinischen Therapieplanung und einer psychotherapeutischen Therapieplanung unterschieden werden. Warum die (entwicklungs-) neurologische Untersuchung entfällt, erschließt sich uns ebenfalls nicht. Dass die funktionelle Entwicklungsdiagnostik entfallen soll zu Gunsten einer Labordiagnostik hat medizinisch überhaupt keinen Sinn. Warum bei der einzelfallbezogenen Behandlung bei den Ärzt*innen spezielle Trainingsprogramme erwähnt sind, bei den psychotherapeutischen Tätigkeiten auch Expositionen, zeigt eine weitere Unlogik der kleinteiligen Aufzählung auf, die offenbar zu vielen Fehlern in der Redaktion geführt hat. Warum z.B. Rehabilitationsplanung ergänzt werden muss, denn die Nachsorgeplanung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie umfasst diese immanent auch, erschließt sich ebenfalls nicht. Es zeigt dies den Versuch, eine immer weitere Ausdifferenzierung möglichst vieler Punkte durchzuführen, ohne dass inhaltlich etwas gewonnen wäre. Dieser Versuch ist höchstens einer ausufernden Bürokratie geschuldet, aber nicht inhaltlich begründbar.

Was die zusätzlichen detaillierten Angaben zu Regelaufgaben bei Oberärzt*innen angeht, verweisen wir auch auf die allgemeine Beanstandung unsererseits, dass eine immer weiter aufgefächerte Tätigkeitsbeschreibung zwar interessant sein mag, jedoch zu hinterfragen ist, was diese mit dem eigentlichen Sinn der PPP-RL zu tun hat. Hier würden wir uns dann lieber eine wissenschaftsgetriebene und damit wirklich evidenzbasierte Tätigkeitsbeschreibung erwarten. Leider ist die PPP-Studie nicht verfügbar, die doch zum Ziel hatte, hier Daten zu erheben, was Regelaufgaben de facto derzeit sind. Eine Differenzierung der oberärztlichen Aufgaben stellt überdies einen Systembruch dar, da ja die Minutenwerte für Ärzte und Oberärzte zusammengezogen wurden und überdies weiter oben die „Ärztlichen

Psychotherapeuten“ ergänzt werden sollen, die ja überwiegend die Psychotherapiequalifikation mit dem Facharzt erwerben.

Die Hinzufügung von Regelaufgaben der leitenden Psychotherapeut*innen, wie von der BPtK vorgeschlagen, lehnen wir ab. Dies ist nur ein berufspolitischer Vorstoß. Was eine Gesamtbehandlungsplanung in Bezug auf die psychische Erkrankung sein soll, ohne dass die gesamte Erkrankung des Patienten gesehen wird, zeigt wie absurd die Fraktionierung der einzelnen Aufgaben wäre, würde man sie entsprechend der Regelaufgabenvorschläge nach Berufsgruppen getrennt in der Klinik durchführen. Der Vorschlag „Visite der leitenden Psychotherapeut*innen“ suggeriert, als würde es getrennte Visiten geben sollen. Auch dies wäre aus kinder- und jugendpsychiatrischer und –psychotherapeutischer Sicht hochgradig bedenklich, da dies zu einer Aufteilung und gar Spaltung innerhalb der Therapieplanung führen würde. Nicht ohne Grund sehen die OPS in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vor: „Wöchentliche Teambesprechung mit Vertretern aus mindestens 2 unterschiedlichen Berufsgruppen zur Beratung des weiteren Behandlungsverlaufs (bei Aufhalten von mehr als 6 Tagen) oder eine ausführliche Behandlungsplanung mit Vertretern aus mindestens 2 unterschiedlichen Berufsgruppen mindestens alle 4 Wochen“ (Zitat OPS 9-65).

Hier ist nicht die Rede von „Visiten“, schon gar nicht berufsgruppenspezifisch.

Es sind überdies Tätigkeiten aufgenommen, deren Sinnhaftigkeit sich uns nicht erschließt, etwa das „Abklären medizinischer Fragestellungen“ durch Psychotherapeuten oder die „Bearbeitung gutachterlicher Fragestellungen auch in Bezug auf sozialrechtliche, familienrechtliche, strafrechtliche Fragestellungen“, die in der Regel gerichtlicherseits eigens honoriert werden und nicht in der Regelarbeitszeit durchgeführt werden dürfen.

Wir empfehlen also an dieser Stelle keine Veränderung der Terminologie. Die Begriffe medizinische Grundversorgung und psychotherapeutische Grundversorgung sollten so nicht verwendet werden. Es handelt sich in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie um eine kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Grundversorgung. Dieser Begriff stellt vielmehr als die vorgeschlagenen Begriffe die Anforderungen, die an das Personal auf Grund der Störungen der Patient*innen gegeben sind, und die ganzheitliche Tätigkeit dar.

Unsere Alternativvorschläge

- a) Im Abschnitt „Einzelfallbezogene Behandlung“ Punkt 2. bei Ärzt*innen und Psycholog*innen gleichermaßen die Formulierungen aus dem OPS 9-65 einzusetzen:
- Ärztliches oder psychologisches Einzelgespräch
 - Einzelpsychotherapie mit kind- und jugendgerechten Verfahren
 - Elterngespräche, Familiengespräche und Familientherapie und/ oder Gespräche mit Bezugspersonen aus dem Herkunftsmilieu (z.B. Jugendhilfe, Pflegefamilie)
 - Gespräche und Beratungen mit Richtern oder Behördenvertretern
 - Somato-psychosomatisches ärztliches Gespräch
 - Aufklärung (Kind/Jugendlicher und Bezugspersonen), Complianceförderung und Monitoring im Rahmen der ärztlich indizierten Psychopharmakotherapie

- b) Am Schluss des Abschnitts der ärztlichen Tätigkeiten sollte im Abschnitt „Regelaufgaben der Ärzte“ ein Verweis auf die Weiterbildungsordnung stehen. Formulierungsvorschlag:

„Ferner sind alle Tätigkeiten der aktuell gültigen Weiterbildungsordnung der Landesärztekammern für die Ärzte in Weiterbildung entsprechend dem Weiterbildungsstand durchzuführen, welche für die Erlangung der Facharztkompetenz erforderlich sind und von der Weiterbildungsermächtigung umfasst werden, einschließlich fallbezogener Besprechungen und Supervision“.

- c) die Tätigkeiten an die Tätigkeitsmerkmale anzugleichen, die in den OPS 9-65 und 9-67 genannt werden.

Wir haben erhebliche Bedenken dass etliche der Vorschläge gerade keine Weiterentwicklung der PPP-RL darstellen, vielmehr den bereits erheblichen bürokratischen Aufwand weiter erhöhen und in unserem Fachgebiet viel überflüssige Verwirrung stiften würden.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. M. Kölch
Präsident der DGKJP



Prof. R. Schepker



Dr. M. Klein



DEUTSCHE
MUSIKTHERAPEUTISCHE
GESELLSCHAFT

Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft Naumannstraße 22 10829 Berlin

An den
Gemeinsamen Bundesausschuss
Abteilung Qualitätssicherung und sektorenüber-
greifende Versorgungskonzepte

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

**Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5a und § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V zur
Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-
Richtlinie: Mindestvorgaben für Psychotherapeuten und Präzisie-
rung bzw. Überarbeitung weiterer Regelungen**

01.07.2021

Sehr geehrte Frau [REDACTED],
sehr geehrte Damen und Herren,
herzlichen Dank für Ihre Einladung zum Stellungnahmeverfahren!

Hiermit folgen wir der Einladung zur schriftlichen Stellungnahme. Darüber hinaus sagen wir auch unsere Teil-
nahme an der Anhörung am 25.8.2021 zu.

Bevor wir auf einzelne Textstellen des vorgelegten Entwurfs eingehen, möchten wir grundsätzlich feststellen,
dass wir weiterhin dringenden Bedarf sehen, nicht nur die Aufgaben und Minutenwerte der Psychologischen
Psychotherapeut*innen zu überprüfen, sondern auch die der Künstlerischen Therapien, wie z.B. der Musikthera-
pie. Allerdings sehen wir keine Möglichkeit, hierzu einen konkreten Änderungsvorschlag zu formulieren, weil die
vorzunehmenden Änderungen die gesamte Struktur betreffen und nur unter Beteiligung der betroffenen Berufs-
gruppen adäquat behandelt werden können. Dazu gehört auch die derzeit angewendete Definition des Begriffs
Spezialtherapien als Oberbegriff für Ergotherapie, Künstlerische Therapien, in der KJP nun auch Logopädie so-
wie ggfs. weitere Berufsgruppen; die Verwendung dieses Begriffs betrachten wir weiterhin als vollkommen ver-
wirrend und deshalb ungeeignet, also grundlegend überprüfungsbedürftig. Deshalb bitten wir dringend darum,
in den überarbeiteten Entwurf eine entsprechende Textpassage aufzunehmen, dass bis zur nächsten Änderung
alle Formulierungen für Fachtherapien und Soziale Arbeit überarbeitet werden! Unsere Zustimmung zur In-
tegration der Logopädie in diesen Bereich machen wir von der Integration einer solchen Textpassage abhängig.
Entsprechendes gilt sinngemäß für die Referenztable B4.3: Qualifikationen des Personals in der Kinder- und
Jugendpsychiatrie.

Mit freundlichen Grüßen

Beatrix Evers- Grewe
Beisitzerin im Vorstand



Stellungnahme zu einzelnen Änderungsvorschlägen:

Die zu § 8 Anrechnungen von Berufsgruppen von DKG/BÄK/DPR bzw. die vorgeschlagene Änderung, die Berufsgruppen c oder a und c auch auf die Berufsgruppe d einseitig anzurechnen, halten wir für nicht sachgerecht und kontraproduktiv. Wo es Überschneidungen bei den Regelaufgaben gibt, wäre bei Bedarf evtl. eine gegenseitige Anrechnungsmöglichkeit denkbar, die also in beide Richtungen zulässig ist. Eine einseitige Regelung würde den gesamten Ansatz der PPP RL in Frage stellen. Wir betrachten solche Vorschläge als einseitige Interessenvertretung der im Unterausschuss vertretenen Berufsgruppen, der dringend Stellungnahmen auch der bisher nicht vertretenen Berufsgruppen entgegengesetzt werden sollten, für die niemand mandatiert ist zu sprechen, wie z.B. die Bewegungstherapie und die Soziale Arbeit.

Die zu § 16 Übergangsregelungen von der DKG vorgeschlagene Änderung lehnen wir ab:

„(8) Eine Anrechnung gemäß § 8 Absatz 3 Satz 4 ist bis zum 31. Dezember 2022 auch bei Übernahme von Aufgaben der jeweiligen Berufsgruppe **außerhalb der Regelaufgaben** gemäß Anlage 4 möglich.“ Auch die in den Tragenden Gründen dazu ausgeführten Erläuterungen leuchten nicht ein, aber der Anmerkung der DKG, dass „die Regelaufgaben in den anderen Berufsgruppen bis zum 30. September 2022 zu prüfen und mit Wirkung zum 1. Januar 2023 anzupassen“ sind, schließen wir uns gern an.

Die in der Anlage 2 von der GKV-SV vorgeschlagene Einfügung der Künstlerischen Therapien und Streichung des Begriffs „funktionelle Therapien“ in die Eingruppierungsempfehlungen im Bereich der KJP in die Spalte Behandlungsmittel (KJ 1/ KJ 2/ KJ 7) schlagen wir auch für KJ 3 und 6 vor, wo der Einsatz nicht auf sprachliche Mittel angewiesener Künstlerischer Therapien besonders angezeigt sein kann. Auch die vorgeschlagene Einfügung in der Spalte Erläuterungen (KJ 5) unterstützen wir, schlagen dafür aber die Formulierung vor: „Die pflegerischen, betreuerischen und heilpädagogischen Maßnahmen werden ergänzt durch Ergotherapie und Künstlerische Therapien.“ und bitten um durchgängige Beachtung der korrekten Schreibweise!

In Anlage 4 Regelaufgaben halten wir die Formulierung unter c. Regelaufgaben der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die von der BPTK für die Erwachsenenpsychiatrie wie die Psychosomatik vorgeschlagen wurde, „Therapieplanung (**einschließlich Indikationsstellung für Spezialtherapien, z.B. Ergotherapie**)“ für nicht sachdienlich und bitten um Streichung des Textes in Klammern. Diese Formulierung entspricht nicht der klinischen Praxis und macht die Verordnungs- und Verantwortungsbereiche der verschiedenen Berufsgruppen zusätzlich zu den aktuell in der Praxis bestehenden Schwierigkeiten noch komplizierter. Entsprechendes gilt für die Regelaufgaben der leitenden Psychotherapeut*innen unter 1. Stationsbezogene Tätigkeiten (Gesamtbehandlungsplan in Bezug auf die psychische Erkrankung, **einschließlich Spezialtherapien**, Therapieplanung), für die Worte „einschließlich Spezialtherapien“ in allen Bereichen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik wie KJP).

In den Regelaufgaben der Spezialtherapeut*innen, die wir – wie auch die Minutenwerte - für grundlegend überarbeitungsbedürftig halten, möchten wir vorerst dennoch auch darauf hinweisen, dass die unter 4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten in allen Bereichen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik wie KJP) aufgelistete letzte Tätigkeit (Stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination der Ergotherapie) selbstverständlich nicht nur für die Ergotherapie gelten kann. Darüber hinaus möchten wir noch einmal darauf hinweisen, dass Konzentrative Bewegungstherapie in der Regel nicht zu den Regelaufgaben von Spezialtherapeut*innen sondern zu denen der Bewegungstherapeut*innen gehört.

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

Gemeinsamer Bundesausschuss
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

Berlin, 02.07.21

**Stellungnahme gemäß §§ 91 Abs. 5a und 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V
zur Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses durch die
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche
Psychotherapie (DGPM)
Hier: Änderungsfassung der Personalausstattung Psychiatrie und
Psychosomatik-Richtlinie: Mindestvorgaben für Psychotherapeuten
und Präzisierung bzw. Überarbeitung weiterer Regelungen (Stand:
02.06.21)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) dankt für die Möglichkeit zur Änderungsfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL Stand 02.06.21) 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.

Im Folgenden wird zuerst auf die grundlegende Herausforderung in der Erarbeitung von Personalmindestvorgaben in der Psychosomatischen Medizin (Psychosomatik) eingegangen und danach zu einzelnen Punkten der Änderungsfassung Stellung genommen.

Die DGPM begrüßt die Festlegung, dass die Ermittlung und Umsetzung der Personalmindestvorgaben sowie Sanktionsmaßnahmen im Jahr 2022 in psychosomatischen Einrichtungen weiter ausgesetzt werden.

Bundesausschuss

Vorsitzender

Prof. Dr. med. Hans-Christoph Friederich
Ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemeine
Innere Medizin und Psychosomatik
Universitätsklinikum Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 410, 69120 Heidelberg
Tel.: 06221 56-8649, Sekretariat: -8649
hans-christoph.friederich@med.uni-heidelberg.de

Stellvertretende Vorsitzende

Dr. med. Gerhard Hildenbrand
Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie Klinikum Lüdenscheid Paul-
mannshöher Str. 14, 58515 Lüdenscheid
Tel.: 02351 462730, Fax: 02351 462735
gerhard.hildenbrand@klinikum-luedenscheid.de

Prof. Dr. med. habil. Kerstin Weidner
Klinikdirektorin der Klinik für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus an der TU Dresden,
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
Tel.: 0351 4587089, Fax: 0351 4586332
kerstin.weidner@uniklinikum-dresden.de

Beisitzer

Dr. med. Götz Berberich
Psychosomatische Klinik Windach
Schützenstraße 100, 86949 Windach
Tel.: 08193 72802, Fax: 08193 7225802
g.berberich@klinik-windach.de

Dr. med. Nicola Blum
Praxis für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
Redlinger Straße 4 a, 49074 Osnabrück
Tel.: 0541 93931333
praxis@blum-psychosomatik.de

Dr. med. Norbert Hartkamp
Praxis für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
Rheinstr. 37, 42697 Solingen
Tel.: 0212 22177270, Fax: 0212 22177272
hartkamp@pthweb.de

Prof. Dr. med. Florian Junne
Direktor der Universitätsklinik für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie
Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
Leipziger Straße 44, 39120 Magdeburg
Tel.: 0391 67-14200
florian.junne@med.ovgu.de

Prof. Dr. med. Volker Köllner
Reha-Zentrum Seehof der
Deutschen Rentenversicherung Bund
Lichterfelder Allee 55
14513 Teltow
Tel.: 03328 345678
koellner@psychosoma.de

Sprecher der Leitenden Hochschullehrer für
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Prof. Dr. med. Peter Henningsen
Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Klinikum rechts der Isar der TU München
Langerstr. 3, 81675 München
Tel.: 089 41404313
p.henningsen@tum.de

Geschäftsführerin
Dr. Christine Knigge
Rechtsanwältin
Jägerstr. 51, 10117 Berlin
Tel.: 030 20648243, Fax: 030 20653961
c.knigge@dgpm.de

Geschäftsstelle
Jägerstr. 51, 10117 Berlin
Tel.: 030 20648243, Fax: 030 20653961
info@dgpm.de

www.dgpm.de

Bankverbindung
Bank für Sozialwirtschaft
IBAN DE22 1002 0500 0001 2789 00
BIC BFSWDE33BER

Steuernummer
27/640/61445

In der Psychosomatischen Medizin fehlen bis heute empirische Daten als Grundlage für die Ableitung von Personalmindestvorgaben. Eine voreilige Umsetzung von nicht in der Versorgung überprüften Mindestvorgaben würde daher zu Verwerfungen in der Versorgung führen und die etablierten Therapieprogramme im Rahmen der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung gefährden. In der Psychosomatischen Medizin liegen keine Berichte über Minder- oder Fehlversorgung vor, die einen solchen Eingriff rechtfertigen würden.

Die Aussetzung der Ermittlung und Umsetzung der Personalmindestvorgaben in der Psychosomatischen Medizin für ein weiteres Jahr ist jedoch keinesfalls ausreichend, um eine valide empirische Datenbasis zu erarbeiten. Der Personalaufwand in der Psychosomatik orientiert sich in hohem Maße an der Intensität der psychotherapeutischen Leistung aller beteiligten Berufsgruppen (Therapieeinheiten, „TE's“) sowie dem somatisch-medizinischen Versorgungsaufwand. Vor diesem Hintergrund ist für die Festlegung der Personalmindestvorgaben sowie die Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche zusätzlich eine Erfassung der therapeutischen Leistungen als auch des medizinisch-somatischen Aufwands erforderlich.

Diese Daten werden im Rahmen der PPP-RL Nachweise nicht erfasst. Somit stellen die Nachweise der PPP-RL keine ausreichende Datengrundlage für eine Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche und Festlegung der Mindestvorgaben in der Psychosomatischen Medizin dar.

Im Rahmen der aktuell laufenden und durch den Innovationsfonds geförderten EPPIK-Studie erfolgt eine repräsentative, bundesweite Beobachtungsstudie in psychosomatischen Einrichtungen, die die Personalausstattung in Beziehung zu den therapeutischen Leistungen und zum medizinisch-somatischen Aufwand setzt. Die Ergebnisse der EPPIK-Studie werden im Frühjahr 2024 erwartet, so dass eine datenbasierte Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche sowie Festlegung der Personalmindestvorgaben frühestens im Sommer 2024 erfolgen kann. Aus den oben genannten Gründen und vor dem Hintergrund des zeitlichen Ablaufs der Studie, kann eine differenzierte Festlegung der Personalmindestvorgaben für die Behandlungsbereiche der Psychosomatischen Medizin frühestens 2024 vorgenommen werden.

Es ist nicht zielführend bereits jetzt weitere Behandlungsbereiche (P5, P6) mit Personalmindestvorgaben festzulegen für die keine Evidenz vorliegt oder auch bereits Anpassungen von nicht in der Versorgungspraxis überprüften Behandlungsbereichen vorzunehmen (P2, P3, P4). Die Veröffentlichung dieser Mindestvorgaben hätte weitreichende Konsequenzen, da psychosomatische Einrichtungen versuchen werden diesen Mindestvorgaben zu entsprechen mit negativen Auswirkungen für die etablierten Behandlungskonzepte der Einrichtungen.

Die Fachgesellschaft fordert daher, dass für die Festlegung der Mindestvorgaben in der Psychosomatischen Medizin die gleiche Sorgfalt angewendet wird, wie damals auch zur Erarbeitung der seit 1990 existierenden Vorgaben für das Fachgebiet der Psychiatrie. Deren Erarbeitung nahm mehr als ein Jahrzehnt in Anspruch.¹

¹ 1970 befasste sich der Ärztetag, erstmals damit. Die Psychiatrie-Enquête wurde 1975 abgeschlossen. 1990 wurde die Psych-Personalverordnung erlassen. Quelle: Wikipedia

Die am Versorgungsaufwand orientierte Stärkung der Psychotherapie in der PPP-RL wird durch die DGPM ausdrücklich begrüßt. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass die Summe der psychotherapeutischen (ärztlich, nicht-ärztlich) Minuten als Mindestvorgaben in allen Behandlungsbereichen der Psychosomatischen Medizin in der letzten Fassung vom 18.3.2021 bereits hoch definiert war. Es ist aufgrund der Rückmeldung zahlreicher spezialisierter Abteilungen gut vorstellbar, dass als Ergebnis der aktuell laufenden wissenschaftlichen Untersuchungen für einzelne Behandlungsbereiche noch höhere Mindestvorgaben für psychotherapeutische Leistungen (ärztlich, nicht-ärztlich) empfohlen werden. Die Gefahr für andere Behandlungsbereiche der Psychosomatischen Medizin bereits unnötig hohe Vorgaben weiter zu erhöhen, ist jedoch auf der Grundlage der Rückmeldungen anderer Einrichtungen mindestens ebenso wahrscheinlich. Eine sinnvolle Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche und deren Überprüfung müssen zuerst erfolgen (s.o.). Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass die Mehrzahl der in psychosomatischen Kliniken (teil-)stationär behandelten Patientinnen und Patienten neben der psychischen Erkrankung zusätzlich an einer pathognomonisch assoziierten chronischen körperlichen Erkrankung leiden. Die psychosomatische und psychopharmakologische Behandlung muss daher hinsichtlich des Settings, des therapeutischen Vorgehens sowie der Dosis auf die Ausprägung und Interaktion der genannten Merkmale bestmöglich zugeschnitten werden. Hierzu bedarf es der ärztlichen Expertise und der ärztlichen Psychotherapie. Das klassisch ambulante psychotherapeutische Setting sowie die Behandlung im Rahmen der Richtlinie Psychotherapie ist mit einer stationären Behandlung in psychosomatischen Einrichtungen nicht vergleichbar. Vor diesem Hintergrund setzt die einseitige Verteilung zusätzlicher Minuten in den Mindestvorgaben auf die Berufsgruppe c das falsche Signal. Soweit personeller Mehrbedarf für Psychotherapie festgestellt wird, ist dieser auf die Berufsgruppen a und c zu verteilen, wobei insbesondere in der Psychosomatischen Medizin einer Behandlung der psychischen Beschwerden getrennt von den somatischen Beschwerden entgegengewirkt werden sollte.

Im Einzelnen

§ 2 Grundsätze

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

Die fachspezifische Behandlung von psychosomatischen Notfällen muss Vorrang haben gegenüber der Erfüllung von Mindestvorgaben. Eine Ablehnung bzw. Nichtversorgung von Notfällen mit der Gefahr von schwerwiegenden psychischen und somatischen Konsequenzen ist aus ethischen und haftungsrechtlich Gründen nicht vertretbar. Daher ist § 2 Absatz 2 zu streichen.

Zu § 3 Behandlungsbereiche

(1) Die Patientinnen und Patienten der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene, die einer voll-, teilstationären sowie stationsäquivalenten Krankenhausbehandlung

bedürfen, werden nach Art und Schwere der Krankheit sowie nach den Behandlungszielen und -mitteln den folgenden Behandlungsbereichen unter Berücksichtigung der Eingruppierungsempfehlungen gemäß Anlage 2 zugeordnet:

....

P5 Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung

P6 Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär

Es besteht ein dringender Bedarf für eine weitere Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche in der Psychosomatischen Medizin. Eine Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche in der Psychosomatischen Medizin durch die Aufnahme von 2 weiteren Behandlungsbereichen wird daher grundsätzlich begrüßt.

Die aktuelle Festlegung von Minutenwerten für die beiden neuen Behandlungsbereiche P5 und P6 ist jedoch nicht sachgerecht. Es liegen derzeit keine Daten vor, die die Minutenwerte der hier vorgelegten Ausgestaltung der zwei neuen Behandlungskategorien belegen. Zudem resultieren sie aus Abänderungen der Mindestvorgaben anderer Behandlungsbereiche der PPP-RL, welche noch einmal grundlegend geprüft werden sollten bevor sie in Kraft treten. Insbesondere liegen keine Anhaltspunkte für die Notwendigkeit eines dritten tagesklinischen Behandlungsbereichs in der Psychosomatik vor.²

Es braucht zunächst eine angemessene empirische Datenbasis als Voraussetzung für die Ableitung von angemessenen Personalmindestvorgaben. Die voreilige Veröffentlichung von nicht geprüften Minutenwerten führt zu Verwerfungen in der Versorgung. Sie haben eine starke Signalwirkung für die Einrichtungen. Ihnen wird suggeriert, dass es sich um normativ gerechtfertigte Vorgaben handelt, die in Kürze rechtlich sanktionsbewehrt einzuhalten sind. Es ist aus medizinischen Gründen nicht vertretbar, dass nicht geprüfte Personalmindestvorgaben das therapeutische Vorgehen und etablierte Behandlungskonzepte beeinflussen und bestimmen. Vor diesem Hintergrund lehnen wir die Einführung der Minutenwerte für zwei weitere Behandlungsbereiche (P5, P6) ab.

Die Berechnung des Umsetzungsgrades der Mindestvorgaben als auch Sanktionsmaßnahmen wurden in der Psychosomatischen Medizin ein weiteres Jahr für 2022 gerade vor diesem Hintergrund ausgesetzt. Die aktuelle Festlegung von weiteren Personalmindestvorgaben ohne Datengrundlage widerspricht diesem Vorgehen.

Stattdessen ist kurzfristig eine Verbesserung der Anrechnungsmöglichkeiten erforderlich, um einen flexiblen, patientengerechten Personaleinsatz in den verschiedenen Versorgungskonstellationen psychosomatischer Einrichtungen zu ermöglichen. Die DKG hat hierzu in § 8 Absatz 3 einen Vorschlag aufgenommen.

Auf Basis der übermittelten Nachweise kann die vorgenommene Anrechnung von Psychologen/-innen auf andere Berufsgruppen untersucht und ggf. Anpassungen in den Mindestvorgaben vorgenommen werden.

² Dies wird im Vergleich zu den Allgemeinpsychiatrischen Behandlungsbereichen deutlich. Dort sind 2 von 9 Behandlungsbereichen teilstationär.

§ 5 Berufsgruppen

(1) ... Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (nicht-ärztlich), Psychologinnen und Psychologen, (Dazu zählen Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen oder Master in Psychologie, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten, Diplom-/Master-Psychologinnen in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin und Diplom-/Master-Psychologen in Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 1. September 2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes, Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten für Erwachsene sowie Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen oder Master in Psychologie.)

Psychotherapie wird aktuell durch Ärztliche PsychotherapeutInnen (FachärztInnen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie) sowie Psychologische PsychotherapeutInnen erbracht. Aufgrund grundlegender Unterschiede in der somatisch-medizinischen Kompetenz und Qualifikation, die für die Behandlungsplanung und stationäre Psychotherapie von zentraler Bedeutung sind, ist die vorgeschlagene Differenzierung der Berufsgruppen in „ärztlich“ und „nicht ärztlich“ sachgerecht und notwendig zur Abgrenzung. Da alle genannten Disziplinen über eine Weiterbildung und Qualifikation in Psychotherapie verfügen, wäre der Begriff FachpsychotherapeutInnen ohne den Zusatz „nicht ärztlich“ irreführend.

§ 8 Anrechnungen von Berufsgruppen

(3) Darüber hinaus ist bei psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene sowie bei psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche eine Anrechnung von der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b, d, e, f und g möglich [DKG, BÄK, DPR].

Vor dem Hintergrund gravierender Unterschiede in der Personalzusammensetzung zwischen z.B. psychosomatischen Einrichtungen mit erhöhtem somatisch-medizinischen Versorgungsaufwand versus intensivierter psychosomatisch-psychotherapeutischer Behandlung ist eine gegenseitige Anrechenbarkeit der Berufsgruppen, wie von DKG, BÄK und DPR gefordert sinnvoll und notwendig. Sobald eine datenbasierte Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche sowie Festlegung der Personalmindestvorgaben vorgenommen wurden, kann auf die flexiblere Anrechenbarkeit der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b, d, e, f und g verzichtet werden.

Ferner befürwortet die DGPM, wie bereits in unserer letzten Stellungnahme zur PPP-RL (Stand 07.09.20) ausführlich dargestellt, eine Zusammenlegung der Kategorien der SpezialtherapeutInnen, BewegungstherapeutInnen und SozialarbeiterInnen in eine Kategorie SpezialtherapeutInnen. Da unterschiedliche Patienten mit unterschiedlichem bio-psycho-sozialem Behandlungsbedarf

unterschiedliche spezialtherapeutische Behandlungsbedarfe auslösen, ist eine Zusammenlegung der Berufsgruppen sinnvoll und medizinisch begründet: z.B. hat eine üblicherweise sozial gut integrierte Patientin mit einer Anorexia nervosa mit BMI 15 kg/m² einen hohen ärztlichen, psychologischen und pflegerischen Behandlungsbedarf, aber einen geringen sozialarbeiterischen, während ein sozial desintegrierter Angstpatient mit schwerer Persönlichkeitsstörung im Verlauf einer Krankenhausbehandlung einen zunehmenden sozialarbeiterischen und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf, aber einen eher geringeren kreativtherapeutischen oder medizinischen Behandlungsbedarf hat.

Dass es hier zu einer Trennung der Berufsgruppen kam, war in der PEPP-Logik wahrscheinlich durch vergütungsbezogene Berufsgruppenunterschiede begründet.

§ 11 Nachweisverfahren

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

Die Korrekturen falscher Nachweise sollten durch eine zentrale und kompetente Stelle übernommen werden, die hierzu auch personell in der Lage ist. Bei einer Versendung und Korrektur der Nachweise auch an alle Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen könnten parallele Prüfungen von IQTIG und Krankenkassen stattfinden, deren Ergebnisse dann erneut verglichen und abgestimmt werden müssen. Ein solcher Prozess würde den bereits sehr hohen bürokratischen Aufwand unnötig weiter erhöhen. Reibungsverluste, wie z.B. in den MDK-Verfahren könnten das Ergebnis sein. Das IQTIG ist als neutrale Instanz besser geeignet Überprüfungen zu übernehmen.

(13) ...[DKG, BÄK] Eine Lieferung gemäß § 11 Absatz 3 14 Tage nach Ende des betreffenden Quartals ist nicht erforderlich. Bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben hat innerhalb der in Satz 2 genannten Fristen eine zusätzliche Lieferung von Teil A an die zuständige Landesaufsichtsbehörde zu erfolgen.

Solange eine quartalsweise Übermittlung der Nachweise sechs Wochen nach Quartalsende erfolgt, sollte eine zusätzliche Lieferfrist zwei Wochen nach Quartalsende bei Nichteinhaltung entfallen. Aktuell sind die Einrichtungen organisatorisch kaum in der Lage die Zwei-Wochen-Frist nach § 11 Abs. 3 einzuhalten. Die zu hohen bürokratischen Anforderungen in der Umsetzung dieser Richtlinie würden zumindest an dieser Stelle ein Stück weit gemindert. Die Übernahme des Vorschlags der DKG würde daher der Akzeptanz und Umsetzbarkeit der Richtlinie dienen.

§12 Veröffentlichungspflichten für Krankenhäuser

Die Erfüllung der Mindestvorgaben insgesamt und für die einzelnen Berufsgruppen (die tatsächliche Personalausstattung und der Umsetzungsgrad) ist für die einzelnen Berufsgruppen

sowie zur Anwendung gebrachte Ausnahmetatbestände nach § 10 sind [DKG] im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser darzustellen.

Die Veröffentlichungspflichten im Qualitätsbericht der Krankenhäuser sollten weiterhin Gegenstand der Beratungen im G-BA bleiben. Ob zusätzliche strukturelle Informationen der besseren Verständlichkeit der Informationen zur Einhaltung der Mindestvorgaben für den Patienten tatsächlich dienlich sind, kann zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht gesagt werden. Gleichzeitig schließt eine Nichtberücksichtigung der Vorschläge des GKV-SV in der PPP-RL nicht aus, dass die Veröffentlichung weiterer struktureller Informationen künftig im Qualitätsbericht beschlossen wird, wenn zu einem späteren Zeitpunkt entsprechende Erkenntnisse vorliegen. Die Vorschläge des GKV suggerieren, dass solche Erkenntnisse bereits vorliegen. Das ist nicht der Fall. Daher sollten nur die Ergänzungen der DKG in diesem Absatz übernommen.

§16 Übergangsregelungen

(1) Die Mindestvorgaben nach § 6 müssen ab dem 1. Januar 2024 erfüllt werden. Für die Übergangszeit gilt folgendes gestuftes Verfahren:

- 1. Die Mindestvorgaben nach § 6 müssen ab dem 1. Januar 2020 zu 85 Prozent erfüllt sein.*
- 2. Die Mindestvorgaben nach § 6 müssen ab dem 1. Januar 2022 zu 90 Prozent erfüllt sein.*
- 3. Die Mindestvorgaben nach § 6 müssen ab dem 1. Januar 2023 zu 95 Prozent [GKV-SV] erfüllt sein.*

Die DGPM bedankt sich bei den Parteien des G-BA für die vorzeitige und einvernehmliche Änderung des § 16 Abs. 4 mit der Aussetzung von Sanktionen und Aussetzung der Lieferung von Nachweisen zur Einhaltung der Mindestvorgaben für die Psychosomatik in 2022. Damit wurde den 275 psychosomatischen Einrichtungen (Stand 2019) in Deutschland ein wichtiges Signal gegeben, dass die Behandlungsbereiche sich noch in der Anpassung befinden. Eine voreilige und medizinisch nicht gerechtfertigte Anpassung der psychosomatischen Behandlungskonzepte wird dadurch verhindert.

Für die Psychosomatische Medizin sollte mit dem Inkrafttreten der Mindestvorgaben 2025 ebenfalls eine Übergangsregelung mit stufenweisem Vorgehen beginnend mit 85% und einer jährlichen Anpassung von 5% gewährt werden.

(8) [DKG] Eine Anrechnung gemäß § 8 Absatz 3 Satz 4 ist bis zum 31. Dezember 2022 auch bei Übernahme von Aufgaben der jeweiligen Berufsgruppe außerhalb der Regelaufgaben gemäß Anlage 4 möglich.

Die DGPM begrüßt den Vorschlag der DKG, der durch die gegenseitige Anrechenbarkeit der Berufsgruppen auch außerhalb der Regelaufgaben den Kliniken mehr therapeutische Flexibilität ermöglicht.

Zur Anlage 1 Minutenwertetabellen

Eine Anpassung der Minutenwerte (P2, P3, P4) bzw. die Einführung von Minutenwerten für die neuen Behandlungsbereiche P5 und P6 ist ohne die Personalausstattung in den psychosomatischen Einrichtungen zu kennen und über eine ausreichende Datenbasis zu verfügen, medizinisch nicht vertretbar. Die Veröffentlichung von Personalminuten, auch wenn noch keine Sanktionsmaßnahmen drohen, führt zwangsläufig dazu, dass Einrichtungen versuchen diesen Vorgaben zu entsprechen. Dies ist unbedingt zu verhindern. Somit lehnt die DGPM die Änderungen bzw. Festlegung neuer Mindestvorgaben zum jetzigen Zeitpunkt ab.

Selbst wenn die neuen Behandlungsbereiche P5 und P6 evidenzbasierte Vorschläge darstellen würden, berücksichtigen sie die besondere Situation der Psychosomatischen Medizin nicht ausreichend. Die Stärkung der Psychotherapie in den Behandlungsbereichen P5, P6 erfolgt ausschließlich durch die Festlegung höherer Minutenwerte für die Berufsgruppe der nicht-ärztlichen Psychotherapeuten. Die Verteilungen der psychotherapeutischen Aufgaben zwischen den ärztlichen und nicht-ärztlichen Psychotherapeuten ist von vielen Faktoren abhängig, wobei auf eine ausreichende ärztliche psychotherapeutische Kompetenz im stationären Kontext zu achten ist. Eine einseitige Aufstockung der Minutenwerte für nicht-ärztliche Psychotherapeuten halten wir daher zur Sicherstellung der Behandlungsqualität für nicht angemessen.

Gleichzeitig erfolgt eine deutliche Kürzung der Minutenwerte der Pflegefachkräfte in P5, P6. Dies impliziert, dass PatientInnen mit einem hohen psychotherapeutischen Bedarf nicht auch einen vergleichbaren Bedarf für allgemeine und spezielle therapeutische Pflege zeigen. Dies mag für bestimmte Patientengruppen zutreffen, bildet jedoch nicht das Spektrum von PatientInnen mit intensivierten Psychotherapiebedarf ab. Eine Anpassung der Behandlungsbereiche reduziert auf diesen Sachverhalt bildet somit das komplexe Versorgungsgeschehen nicht angemessen ab.

Ferner wird eine Anpassung der Minutenwerte für die Pflege in den teilstationären Bereichen vorgenommen. Bislang waren die Minutenwerte für Pflegefachkräfte im stationären und teilstationären Bereich für P2 und P4 identisch, was fehlerhaft war. Die Anpassung ist sachgerecht und sinnvoll.

Grundlage für die angepassten Minutenwerte ist eine Berücksichtigung der 5 statt 7 Tage Woche sowie der Wegfall des Spätdienstes in den Tageskliniken. Dennoch weist die Berechnung in unseren Augen Ungenauigkeiten auf, da die Personalausstattung in der Pflege z.B. an Wochenenden und im Spätdienst geringer ist als in den Kernarbeitszeiten während der Woche. Dies wird in der Berechnung nicht berücksichtigt und führt somit vermutlich zu Verzerrungen. Es ist davon auszugehen, dass die Minutenwerte für die Pflege in der jetzt vorliegenden Version der PPP-RL im Behandlungsbereich P3 mit 329 Minuten zu hoch, im Behandlungsbereich P4 mit 201 Minuten tendenziell zu niedrig kalkuliert sind.

Die Personalmindestvorgaben für die Tagesklinik aus der stationären Behandlung 1:1 zu übernehmen ohne weitere Besonderheiten der Tageskliniken zu berücksichtigen ist nicht sinnvoll (z.B. Spezialisierungen, Unterschiede zwischen „stand alone“ Tageskliniken und Tageskliniken, die

auf Stationen integriert sind). Ferner ist fraglich, ob überhaupt drei tagesklinische Behandlungsbereiche erforderlich sind.

Vor diesem Hintergrund fordern wir auch für die Tageskliniken zunächst die Schaffung einer angemessenen Datengrundlage.

Die Festlegung der PsychPV in der Psychiatrie hat viele Jahre benötigt (s.o.). Dies verdeutlicht, dass auch für die erstmalige Festlegung der Mindestvorgaben in der Psychosomatischen Medizin deutlich mehr Zeit benötigt wird.

Anlage 2 Eingruppierungsempfehlungen

P. Psychosomatik

P2 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung (auch P4, P5, P6)

Die Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung setzt die Struktur- und Mindestmerkmale des OPS-Code 9-63 voraus. Der OPS-Code 9-62 steht für eine „psychotherapeutische Komplexbehandlung“ und erfüllt somit nicht die Mindestmerkmale. Eine psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung erfordert eine entsprechende Facharztqualifikation für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Wir fordern daher die Streichung des OPS-Code 9-62 für den Behandlungsbereich P2. Gleiches gilt für die Behandlungsbereiche P4, P5 und P6.

Als weiteres psychotherapeutisches Grundverfahren wurde die Systemische Therapie in die Psychotherapie Richtlinie aufgenommen. Somit ist die Systemische Therapie als Grundverfahren in der Tabelle „Behandlungsmittel“ wie folgt aufzunehmen: „Komplexe psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung unter Einsatz eines psychodynamisch, kognitiv-behavioralen oder systemischen Grundverfahrens als reflektierter multiprofessioneller Mehrpersoneninteraktionsprozess...“

P5/ P6 Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung stationär/teilstationär

Die Einführung neuer Behandlungsbereiche mit nicht empirisch geprüften Minutenwerten wird abgelehnt. Siehe hierzu §3.

Anlage 4 Regelaufgaben

3. Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) – Psychosomatik

Die DGPM schließt sich der Position von GKV-SV und BÄK in der Formulierung der Regelaufgaben und Tätigkeitsprofile der Berufsgruppen a und c an.

Unter den Regelaufgaben der Ärzte und ärztlichen Psychotherapeuten empfehlen wir noch die „Bearbeitung gutachterlicher Fragestellungen auch in Bezug auf sozialrechtliche, familienrechtliche, strafrechtliche Fragestellungen“ mit aufzunehmen.

Ferner gehört die Weiterbildung zu den Tätigkeitsprofilen der Assistenzärzte. Es ist nicht sachgerecht nur die Fortbildung aufzuführen, da die Weiterbildung der Assistenzärzte in den Kliniken im Rahmen der Arbeitszeit erfolgt. Somit ist die Weiterbildung integraler Bestandteil des Tätigkeitsprofils der Assistenzärzte auf Station (gemäß §2 Abs. 10 PPP-RL ist die interne Weiterbildung in den Minutenwerten auch enthalten).

Die Forderung der BpTK, dass PsychotherapeutInnen (nicht ärztlich), Visiten leiten sowie Gesamtbehandlungspläne erstellen, wird der Situation von schwer psychosomatisch erkrankten Patientinnen und Patienten in einem Krankenhaus nicht gerecht. Sowohl Visiten als auch die Erstellung von Gesamtbehandlungsplänen erfordern ärztlich-medizinische Kompetenzen in der somatomedizinischen Diagnostik, Differentialdiagnostik und Behandlung, einschließlich der Pharmakotherapie somatischer Komorbiditäten sowie dem frühzeitigen Erkennen von gefährlichen Verläufen, die durch die Wechselwirkung von psychischen und körperlichen Faktoren entstehen. Diese Qualifikation ist bei nicht-ärztlichen PsychotherapeutInnen nicht gegeben und würde somit zu erheblichen Einschränkungen in der Versorgung der Patienten führen. Im Bereich der Psychosomatischen Medizin, die sich mit somatischen Manifestationen von psychischen Erkrankungen (z.B. Essstörungen, somatoforme Störungen) oder auch psychischer Komorbidität bei chronischen körperlichen Erkrankungen (z.B. Depression bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen)) befasst, ist eine ärztlich-medizinische Kompetenz im Rahmen der Visite und für die Gesamtbehandlungsplanung essentiell.

Zusammenfassung und Schlussbemerkung

Der Entwurf, Stand 02.06.2021 nach Sitzung des UA QS, der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik- Richtlinie/PPP-RL) weist einige notwendige Änderungen und Präzisierungen auf, die die DGPM als wissenschaftliche Fachgesellschaft unterstützt. Es finden sich im Entwurf jedoch auch einige Feststellungen, die wir wegen ihrer Bedeutung für eine qualitativ hochwertige und sachgerechte Patientenversorgung kritisieren und um Änderung bitten:

1. Der Personalaufwand in der Psychosomatischen Medizin orientiert sich in erster Linie an der Intensität der psychotherapeutischen Leistung (Therapieeinheiten, „TE's“) sowie dem somatisch-medizinischen und psychosomatischen Versorgungsaufwand.
2. Die Stärkung der Psychotherapie durch die Festlegung von Mindestvorgaben für Psychotherapeuten muss den Gegebenheiten des Fachgebietes Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Rechnung tragen und ärztliche und nicht-ärztliche Psychotherapeuten

angemessen berücksichtigen. Die Festlegung der Minutenwerte für Psychotherapie in den verschiedenen Behandlungsbereichen sollte datenbasiert vorgenommen werden.

3. Eine weitere Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche der Psychosomatischen Medizin ist dringend erforderlich. Hierzu braucht es aber eine angemessene empirische Datenbasis als Voraussetzung für die Ableitung von angemessenen Personalmindestvorgaben. Eine willkürliche Festlegung von Minutenwerten für die vorgeschlagenen Behandlungsbereiche P5 und P6 ist unangemessen und steht im Widerspruch zu den Zielen der PPP-RL.
4. Die Differenzierung der Berufsgruppen gemäß §5 und der Anrechnungsmöglichkeiten gemäß §8 ist im Hinblick auf eine qualitativ hochwertige und leitliniengerechte psychosomatische Behandlung von erheblicher Bedeutung. Hier würde die Zusammenfassung der Berufsgruppen nach Buchstabe d, e und f mehr therapeutisch sinnvolle Flexibilität ermöglichen und die Versorgungsqualität gegenüber der jetzt kleinteiligen Differenzierung (die eine starre Vorhaltung von Personal, das im Einzelfall gar nicht benötigt wird, vorschreibt) erheblich verbessern. Ansonsten droht die Vernachlässigung bestimmter Patientengruppen.
5. Die Aussetzung der Ermittlung und Umsetzung der Personalmindestvorgaben sowie der Sanktionsmaßnahmen für psychosomatische Einrichtungen wird über den 31.12.2022 erforderlich sein, da erst im Jahr 2024 mit den Ergebnissen der EPPIK-Studie und damit der empirischen Grundlage für Personalmindestzeiten in verschiedenen Behandlungsbereichen gerechnet werden kann.
6. Die spezialisierte Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung in den Behandlungsbereichen P2 und P4 (künftig ggf. P5, P6) kann qualitativ sachgerecht und leitliniengemäß nur durch einen Facharzt/-ärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erbracht werden, so wie es auch in der entsprechenden OPS-Prozedur 9-634 festgelegt ist. Dies ist in Anlage 2 der PPP-RL zu präzisieren.

Mit freundlichen Grüßen

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

Dr. Gerhard Hildenbrand
Stellvertretender Vorsitzender

DKPM Geschäftsstelle, Jägerstr. 51, 10117 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende
Versorgungskonzepte
Postfach 12 06 06

10596 Berlin

e-mail: PPP-RL@g-ba.de

**Stellungnahme gemäß §§ 91 Abs. 5a und 136a Abs. 2
Satz 5 SGB V zur Richtlinie des Gemeinsamen
Bundesausschusses durch das Deutsche Kollegium für
Psychosomatische (DKPM)
Hier: Änderungsfassung der Personalausstattung Psychiatrie
und Psychosomatik-Richtlinie: Mindestvorgaben für
Psychotherapeuten und Präzisierung bzw. Überarbeitung
weiterer Regelungen (Stand: 02.06.21)**

01.07.2021

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin dankt für die Möglichkeit zur Änderungsfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL Stand 02.06.21) Stellung nehmen zu dürfen. Die Stellungnahme erfolgt in enger Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatischen Medizin und Ärztlichen Psychotherapie.

Zunächst gehen wir auf grundlegende Herausforderungen in der Erarbeitung von Personalmindestvorgaben in der Psychosomatischen Medizin (Psychosomatik) ein. Folgend nehmen wir Stellung zu einzelnen Punkten der Änderungsfassung.

Das DKPM begrüßt die Festlegung, dass die Ermittlung und Umsetzung der Personalmindestvorgaben sowie Sanktionsmaßnahmen im Jahr 2022 in psychosomatischen Einrichtungen weiter ausgesetzt werden. Empirische Daten als Grundlage für die Ableitung von Personalmindestvorgaben fehlen in der Psychosomatischen Medizin. Eine voreilige Umsetzung von nicht in der Versorgung überprüften Mindestvorgaben würde daher zu Verwerfungen in der Versorgung führen und die etablierten und wirksamen Therapieprogramme im Rahmen der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung gefährden. In der Psychosomatischen Medizin liegen keine Daten über Minder- oder Fehlversorgung vor, die einen solchen Eingriff rechtfertigen.

Präsident

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

Vizepräsidentin und President elect

Univ. Prof. Dr. Christiane Waller
Paracelsus Universität Klinikum Nürnberg
Klinik für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1, 90419 Nürnberg
T: 0911/398-2840
christiane.waller@klinikum-nuernberg.de

Vizepräsident

Univ. Prof. Dr. Martin Teufel
Universität Duisburg-Essen
Klinik für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
LVR-Klinikum Essen
Virchowstraße 174, 45147 Essen
T: 0201/7227500
martin.teufel@lvr.de

Generalsekretärin

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

Schatzmeister

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

DKPM Geschäftsstelle

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

Website: www.dkpm.de
E-Mail: info@dkpm.de

Allerdings ist die Aussetzung der Ermittlung und Umsetzung der Personalmindestvorgaben in der Psychosomatischen Medizin für ein weiteres Jahr keinesfalls ausreichend, um eine valide empirische Datenbasis zu erarbeiten. Der Personalaufwand in der Psychosomatischen Medizin orientiert sich in hohem Maße an der Intensität der psychotherapeutischen Leistung aller beteiligten Berufsgruppen (Therapieeinheiten, „TE's“) sowie dem somatisch-medizinischen Versorgungsaufwand (in psychosomatischen Kliniken werden auch Menschen mit schwerer körperlicher Erkrankung und begleitender psychischer Komorbidität behandelt). Vor diesem Hintergrund ist für die Festlegung der Personalmindestvorgaben und der Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche zusätzlich eine Erfassung der tatsächlich erbrachten therapeutischen Leistungen als auch des medizinisch-somatischen Aufwands erforderlich. Diese Daten werden im Rahmen der PPP-RL Nachweise nicht erfasst.

→ Die Nachweise der PPP-RL stellen keine Datengrundlage für eine Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche und Festlegung der Mindestvorgaben in der Psychosomatischen Medizin dar.

Im Rahmen der aktuell laufenden und durch den Innovationsfonds geförderten EPPIK-Studie erfolgt eine repräsentative, bundesweite Beobachtungsstudie in psychosomatischen Einrichtungen, die die Personalausstattung in Beziehung zu den therapeutischen Leistungen und zum medizinisch-somatischen Aufwand setzt. Die Ergebnisse der EPPIK-Studie werden im Frühjahr 2024 erwartet, so dass eine datenbasierte Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche und Festlegung der Personalmindestvorgaben frühestens im Sommer 2024 erfolgen kann. Frühestens 2024 kann - vor dem Hintergrund des zeitlichen Ablaufs der Studie - eine differenzierte Festlegung der Personalmindestvorgaben für die Behandlungsbereiche der Psychosomatischen Medizin erfolgen.

Weitere Behandlungsbereiche (P5, P6) mit Personalmindestvorgaben können erst festgelegt werden, wenn Evidenz vorliegt. Anpassungen an fiktive nicht-datenbasierte Zahlen (nicht in der Versorgungspraxis überprüfte Behandlungsbereiche) zu früh vorzunehmen ist wenig sinnvoll bzw. kann kontraproduktive Konsequenzen für die Versorgung haben (P2, P3, P4). Die Veröffentlichung dieser Mindestvorgaben hätte weitreichende Konsequenzen, da psychosomatische Einrichtungen (aus unserer Sicht verfrüht) versuchen werden, diesen evidenzfreien, in Teilen versorgungsfernen Mindestvorgaben zu entsprechen - mit negativen Auswirkungen für die etablierten Behandlungskonzepte der Einrichtungen und für die erkrankten PatientInnen.

Die Fachgesellschaft fordert daher, dass für die Festlegung der Mindestvorgaben in der Psychosomatischen Medizin die gleiche Sorgfalt angewendet wird wie damals auch zur Erarbeitung der seit 1990 existierenden Vorgaben für das Fachgebiet der Psychiatrie (ca. 10 Jahre Erarbeitungszeit).

Stärkung der Psychotherapie durch die Festlegung von höheren Mindestvorgaben für Psychotherapeuten wird durch das DKPM begrüßt. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass die Summe der psychotherapeutischen (ärztlich, nicht-ärztlich) Minuten als Mindestvorgaben in allen Behandlungsbereichen der Psychosomatischen Medizin in der letzten Fassung vom 18.3.2021 bereits hoch definiert war. Es ist aufgrund der Rückmeldung zahlreicher spezialisierter Abteilungen gut vorstellbar, dass als Ergebnis der aktuell laufenden wissenschaftlichen Untersuchungen für einzelne Behandlungsbereiche im Spezialfall noch höhere Mindestvorgaben für psychotherapeutische Leistungen (ärztlich, nicht-ärztlich) empfohlen werden. Andererseits besteht eine Gefahr für andere Behandlungsbereiche der Psychosomatischen Medizin, bereits jetzt für die therapeutische Zielerreichung unnötig hohe Vorgaben weiter zu erhöhen. Eine sinnvolle Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche und deren Überprüfung müssen zuerst erfolgen (s.o.).

Im Einzelnen

§ 2 Grundsätze

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

Die fachspezifische Behandlung von psychosomatischen Notfällen muss Vorrang gegenüber der Erfüllung von Mindestvorgaben haben. Eine Ablehnung bzw. Nichtversorgung von Notfällen mit der Gefahr von schwerwiegenden psychischen und somatischen Konsequenzen ist aus ethischen und haftungsrechtlich Gründen nicht vertretbar. Daher ist § 2 Absatz 2 zu streichen.

Zu § 3 Behandlungsbereiche

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

....

P5 Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung

P6 Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär

Es besteht ein dringender Bedarf für eine weitere Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche in der Psychosomatischen Medizin. Eine Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche in der Psychosomatischen Medizin durch die Aufnahme von 2 weiteren Behandlungsbereichen wird daher grundsätzlich begrüßt.

Die aktuelle Festlegung von Minutenwerten für die beiden neuen Behandlungsbereiche P5 und P6 ist jedoch nicht sachgerecht. Es liegen derzeit keine Daten vor, die die Minutenwerte der hier vorgelegten Ausgestaltung der zwei neuen Behandlungskategorien belegen. Zudem resultieren sie aus Abänderungen der Mindestvorgaben anderer Behandlungsbereiche der PPP-RL, welche noch einmal grundlegend geprüft werden sollten, bevor sie in Kraft treten. Insbesondere liegen keine Anhaltspunkte für die Notwendigkeit eines dritten tagesklinischen Behandlungsbereichs in der Psychosomatik vor.

Es braucht zunächst eine angemessene empirische Datenbasis als Voraussetzung für die Ableitung von zielführenden (und nicht potentiell disruptiven) Personalmindestvorgaben. Die voreilige Veröffentlichung von nicht geprüften Minutenwerten führt zu Verwerfungen in der Versorgung. Sie haben eine starke Signalwirkung für die Einrichtungen. Ihnen wird suggeriert, dass es sich um normativ gerechtfertigte Vorgaben handelt, die in Kürze rechtlich sanktionsbewehrt einzuhalten sind. Es ist aus medizinischen Gründen nicht vertretbar, dass nicht geprüfte Personalmindestvorgaben das therapeutische Vorgehen und etablierte Behandlungskonzepte beeinflussen und bestimmen. Vor diesem Hintergrund lehnen wir die Einführung der Minutenwerte für zwei weitere Behandlungsbereiche (P5, P6) ab.

Die Berechnung des Umsetzungsgrades der Mindestvorgaben als auch Sanktionsmaßnahmen wurden in der Psychosomatischen Medizin ein weiteres Jahr für 2022 gerade vor diesem Hintergrund ausgesetzt. Die aktuelle Festlegung von weiteren Personalmindestvorgaben ohne Datengrundlage widerspricht diesem Vorgehen.

Stattdessen ist kurzfristig eine Verbesserung der Anrechnungsmöglichkeiten erforderlich, um einen flexiblen, patientengerechten Personaleinsatz in den verschiedenen Versorgungskonstellationen psychosomatischer Einrichtungen zu ermöglichen.

Die DKG hat hierzu in § 8 Absatz 3 einen Vorschlag aufgenommen. Auf Basis der übermittelten Nachweise kann die vorgenommene Anrechnung von Psychologen/-innen auf andere Berufsgruppen untersucht und ggf. Anpassungen in den Mindestvorgaben vorgenommen werden.

§ 5 Berufsgruppen

*(1) ... Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (nicht-ärztlich),
Psychologinnen und Psychologen,
(Dazu zählen Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen oder Master in Psychologie,
Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten,
Diplom-/Master-Psychologinnen in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin und Diplom-
/Master-Psychologen in Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten,
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1
der seit dem 1. September 2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes,
Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten für Erwachsene
sowie Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen oder
Master in Psychologie.)*

Psychotherapie wird durch Ärztliche PsychotherapeutInnen (FachärztInnen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie) sowie Psychologische PsychotherapeutInnen erbracht. Aufgrund grundlegender Unterschiede in der somatisch-medizinischen Kompetenz und Qualifikation, die für die Behandlungsplanung und stationäre Psychotherapie von zentraler Bedeutung sind, ist die vorgeschlagene Differenzierung der Berufsgruppen in „ärztlich“ und „nicht ärztlich“ sachgerecht und notwendig zur Abgrenzung. Da alle genannten Disziplinen über eine Weiterbildung und Qualifikation in Psychotherapie verfügen, wäre der Begriff FachpsychotherapeutInnen ohne den Zusatz „nicht ärztlich“ irreführend.

§ 8 Anrechnungen von Berufsgruppen

(3) ... Darüber hinaus ist bei psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene sowie bei psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche eine Anrechnung von der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b, d, e, f und g möglich [DKG, BÄK, DPR].

Vor dem Hintergrund gravierender Unterschiede in der Personalzusammensetzung zwischen z.B. psychosomatischen Einrichtungen mit erhöhtem somatisch-medizinischen Versorgungsaufwand versus intensivierter psychosomatisch-psychotherapeutischer Behandlung ist eine gegenseitige Anrechenbarkeit der Berufsgruppen, wie von DKG, BÄK und DPR gefordert sinnvoll und notwendig. Sobald eine datenbasierte Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche sowie Festlegung der Personalmindestvorgaben vorgenommen wurden, kann auf die flexiblere Anrechenbarkeit der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b, d, e, f und g verzichtet werden.

Das DKPM befürwortet die Zusammenlegung der Kategorien der SpezialtherapeutInnen, BewegungstherapeutInnen und SozialarbeiterInnen in eine Kategorie SpezialtherapeutInnen. Da unterschiedliche Patienten mit unterschiedlichem bio-psycho-sozialem Behandlungsbedarf unterschiedliche spezialtherapeutische Behandlungsbedarfe auslösen, ist eine Zusammenlegung der Berufsgruppen sinnvoll und medizinisch begründet.

§ 11 Nachweisverfahren

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

Die Korrekturen falscher Nachweise sollten durch eine zentrale Kompetenzstelle übernommen werden. Bei einer Versendung und Korrektur der Nachweise auch an alle Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen könnten parallele Prüfungen von IQTIG und Krankenkassen stattfinden, deren Ergebnisse dann erneut verglichen und abgestimmt werden müssen. Ein solcher Prozess würde den bereits sehr hohen bürokratischen Aufwand unnötig weiter erhöhen. Reibungsverluste, wie z.B. in den MD-Verfahren könnten das Ergebnis sein. Das IQTIG ist als neutrale Instanz besser geeignet, Überprüfungen zu übernehmen.

(13) ...[DKG, BÄK] Eine Lieferung gemäß § 11 Absatz 3 14 Tage nach Ende des betreffenden Quartals ist nicht erforderlich. Bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben hat innerhalb der in Satz 2 genannten Fristen eine zusätzliche Lieferung von Teil A an die zuständige Landesaufsichtsbehörde zu erfolgen.

Solange eine quartalsweise Übermittlung der Nachweise sechs Wochen nach Quartalsende erfolgt, sollte eine zusätzliche Lieferfrist zwei Wochen nach Quartalsende bei Nichteinhaltung entfallen. Aktuell sind die Einrichtungen organisatorisch kaum in der Lage die Zwei-Wochen-Frist nach § 11 Abs. 3 einzuhalten. Die zu hohen bürokratischen Anforderungen in der Umsetzung dieser Richtlinie würden zumindest an dieser Stelle ein Stück weit gemindert. Die Übernahme des Vorschlags der DKG würde daher der Akzeptanz und Umsetzbarkeit der Richtlinie dienen.

§12 Veröffentlichungspflichten für Krankenhäuser

Die Erfüllung der Mindestvorgaben insgesamt und für die einzelnen Berufsgruppen (die tatsächliche Personalausstattung und der Umsetzungsgrad) ist für die einzelnen Berufsgruppen sowie zur Anwendung gebrachte Ausnahmetatbestände nach § 10 sind [DKG] im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser darzustellen.

Die Veröffentlichungspflichten im Qualitätsbericht der Krankenhäuser sollten weiterhin Gegenstand der Beratungen im G-BA bleiben. Ob zusätzliche strukturelle Informationen der besseren Verständlichkeit der Informationen zur Einhaltung der Mindestvorgaben für den Patienten tatsächlich dienlich sind, kann zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht gesagt werden. Gleichzeitig schließt eine Nichtberücksichtigung der Vorschläge des GKV-SV in der PPP-RL nicht aus, dass die Veröffentlichung weiterer struktureller Informationen künftig im Qualitätsbericht beschlossen wird, wenn zu einem späteren Zeitpunkt entsprechende Erkenntnisse vorliegen. Die Vorschläge des GKV suggerieren, dass solche Erkenntnisse bereits vorliegen. Das ist nicht der Fall. Daher sollten nur die Ergänzungen der DKG in diesem Absatz übernommen werden.

§16 Übergangsregelungen

(1) Die Mindestvorgaben nach § 6 müssen ab dem 1. Januar 2024 erfüllt werden. Für die Übergangszeit gilt folgendes gestuftes Verfahren:

- 1. Die Mindestvorgaben nach § 6 müssen ab dem 1. Januar 2020 zu 85 Prozent erfüllt sein.*
- 2. Die Mindestvorgaben nach § 6 müssen ab dem 1. Januar 2022 zu 90 Prozent erfüllt sein.*
- 3. Die Mindestvorgaben nach § 6 müssen ab dem 1. Januar 2023 zu 95 Prozent [GKV-SV] erfüllt sein.*

Das DKPM wertschätzt die vorzeitige und einvernehmliche Änderung des § 16 Abs. 4 mit der Aussetzung von Sanktionen und Aussetzung der Lieferung von Nachweisen zur Einhaltung der Mindestvorgaben für die Psychosomatik in 2022.

Damit wurde den 275 psychosomatischen Einrichtungen (Stand 2019) in Deutschland ein wichtiges Signal gegeben, dass die Behandlungsbereiche sich noch in der Anpassung befinden. Eine voreilige, potentiell disruptive und medizinisch nicht gerechtfertigte Anpassung der psychosomatischen Behandlungskonzepte wird dadurch verhindert.

Für die Psychosomatische Medizin sollte mit dem Inkrafttreten der Mindestvorgaben 2025 ebenfalls eine Übergangsregelung mit stufenweisem Vorgehen beginnend mit 85% und einer jährlichen Anpassung von 5% gewählt werden.

(8) [DKG] Eine Anrechnung gemäß § 8 Absatz 3 Satz 4 ist bis zum 31. Dezember 2022 auch bei Übernahme von Aufgaben der jeweiligen Berufsgruppe außerhalb der Regelaufgaben gemäß Anlage 4 möglich.

Das DKPM begrüßt den Vorschlag der DKG, der durch die gegenseitige Anrechenbarkeit der Berufsgruppen auch außerhalb der Regelaufgaben den Kliniken mehr therapeutische Flexibilität ermöglicht.

Zur Anlage 1 Minutenwertetabellen

Eine Anpassung der Minutenwerte (P2, P3, P4) bzw. die Einführung von Minutenwerten für die neuen Behandlungsbereiche P5 und P6 ist ohne die Personalausstattung in den psychosomatischen Einrichtungen zu kennen und über eine ausreichende Datenbasis zu verfügen, medizinisch nicht vertretbar. Die Veröffentlichung von Personalminuten, auch wenn noch keine Sanktionsmaßnahmen drohen führt zwangsläufig dazu, dass Einrichtungen versuchen diesen Vorgaben zu entsprechen. Dies ist aufgrund eines disruptiv-konzeptsprenge Potentials der Versorgungslandschaft unbedingt zu verhindern. Das DKPM lehnt die Änderungen bzw. Festlegung neuer Mindestvorgaben zum jetzigen Zeitpunkt ab.

Selbst wenn die neuen Behandlungsbereiche P5 und P6 evidenzbasierte Vorschläge darstellen würden, berücksichtigen sie die besondere Situation der Psychosomatischen Medizin nicht ausreichend. Die Stärkung der Psychotherapie in den Behandlungsbereichen P5, P6 erfolgt ausschließlich durch die Festlegung höherer Minutenwerte für die Berufsgruppe der nicht-ärztlichen Psychotherapeuten. Die Verteilungen der psychotherapeutischen Aufgaben zwischen den ärztlichen und nicht-ärztlichen Psychotherapeuten ist von vielen Faktoren abhängig, wobei auf eine ausreichende ärztliche psychotherapeutische Kompetenz im stationären Kontext zu achten ist. Eine einseitige Aufstockung der Minutenwerte für nicht-ärztliche Psychotherapeuten halten wir daher zur Sicherstellung der Behandlungsqualität für nicht angemessen.

Gleichzeitig erfolgt eine deutliche Kürzung der Minutenwerte der Pflegefachkräfte in P5, P6. Dies impliziert, dass PatientInnen mit einem hohen psychotherapeutischen Bedarf nicht auch einen vergleichbaren Bedarf für allgemeine und spezielle therapeutische Pflege zeigen. Dies mag für bestimmte Patientengruppen zutreffen, bildet jedoch nicht das Spektrum von PatientInnen mit intensivierten Psychotherapiebedarf ab. Eine Anpassung der Behandlungsbereiche reduziert auf diesen Sachverhalt bildet somit das komplexe Versorgungsgeschehen nicht ab.

Ferner wird eine Anpassung der Minutenwerte für die Pflege in den teilstationären Bereichen vorgenommen. Bisher waren die Minutenwerte für Pflegefachkräfte im stationären und teilstationären Bereich für P2 und P4 identisch, was fehlerhaft war. Die Anpassung ist sachgerecht und sinnvoll. Grundlage für die angepassten Minutenwerte ist eine Berücksichtigung der 5 statt 7 Tage Woche sowie der Wegfall des Spätdienstes in den Tageskliniken. Dennoch weist die Berechnung in unseren Augen Ungenauigkeiten auf, da die Personalausstattung in der Pflege z.B. an Wochenenden und im Spätdienst geringer ist als in den Kernarbeitszeiten während der Woche. Dies wird in der Berechnung nicht berücksichtigt und führt somit vermutlich zu Verzerrungen.

Es ist davon auszugehen, dass die Minutenwerte für die Pflege in der jetzt vorliegenden Version der PPP-RL im Behandlungsbereich P3 mit 329 Minuten zu hoch, im Behandlungsbereich P4 mit 201 Minuten tendenziell zu niedrig kalkuliert sind.

Die Personalmindestvorgaben für die Tagesklinik aus der stationären Behandlung 1:1 zu übernehmen ohne weitere Besonderheiten der Tageskliniken zu berücksichtigen ist nicht sinnvoll (z.B. Spezialisierungen, Unterschiede zwischen „stand alone“ Tageskliniken und Tageskliniken, die auf Stationen integriert sind). Ferner ist fraglich, ob überhaupt drei tagesklinische Behandlungsbereiche erforderlich sind.

Vor diesem Hintergrund fordern wir für die Tageskliniken zunächst die Schaffung einer angemessenen Datengrundlage.

Anlage 2 Eingruppierungsempfehlungen

P. Psychosomatik

P2 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung (auch P4, P5, P6)

Die Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung setzt die Struktur- und Mindestmerkmale des OPS-Code 9-63 voraus. Der OPS-Code 9-62 steht für eine „psychotherapeutische Komplexbehandlung“ und erfüllt somit nicht die Mindestmerkmale. Eine psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung erfordert eine entsprechende Facharztqualifikation für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Wir fordern daher die Streichung des OPS-Code 9-62 für den Behandlungsbereich P2. Gleiches gilt für die Behandlungsbereiche P4, P5 und P6.

Als weiteres psychotherapeutisches Grundverfahren wurde die Systemische Therapie in die Psychotherapie Richtlinie aufgenommen. Somit ist die Systemische Therapie als Grundverfahren in der Tabelle „Behandlungsmittel“ wie folgt aufzunehmen: „Komplexe psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung unter Einsatz eines psychodynamisch, kognitiv-behavioralen oder systemischen Grundverfahrens als reflektierter multiprofessioneller Mehrpersoneninteraktionsprozess...“

P5/ P6 Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung stationär/teilstationär

Die Einführung neuer Behandlungsbereiche ohne empirisch geprüfte Minutenwerte wird sehr kritisch gesehen. Siehe hierzu auch §3.

Anlage 4 Regelaufgaben

3. Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) – Psychosomatik

Das DKPM schließt sich der Position von GKV-SV, BÄK in der Formulierung der Regelaufgaben und Tätigkeitsprofile der Berufsgruppen a und c an.

Es gehört die Weiterbildung zu den Tätigkeitsprofilen der Assistenzärzte. Es ist nicht sachgerecht, nur die Fortbildung aufzuführen, da die Weiterbildung der Assistenzärzte in den Kliniken im Rahmen der Arbeitszeit erfolgt. Somit ist die Weiterbildung integraler Bestandteil des Tätigkeitsprofils der Assistenzärzte auf Station (gemäß §2 Abs. 10 PPP-RL ist die (interne) Weiterbildung in den Minutenwerten auch enthalten).

Die Forderung der BPTK, dass PsychotherapeutInnen (nicht ärztlich) Visiten leiten sowie Gesamtbehandlungspläne erstellen, wird der Situation von schwer psychosomatisch erkrankten Patientinnen und Patienten in einem Krankenhaus nicht gerecht.

Sowohl Visiten als auch die Erstellung von Gesamtbehandlungsplänen erfordern ärztlich-medizinische Kompetenzen in der somatomedizinischen Diagnostik, Differentialdiagnostik und Behandlung, einschließlich der Pharmakotherapie somatischer Komorbiditäten sowie dem frühzeitigen Erkennen von gefährlichen Verläufen, die durch die Wechselwirkung von psychischen und körperlichen Faktoren entstehen. Diese Qualifikation ist bei nicht-ärztlichen PsychotherapeutInnen nicht gegeben und würde somit zu erheblichen Einschränkungen in der Versorgung der Patienten führen. Im Bereich der Psychosomatischen Medizin, die sich mit somatischen Manifestationen von psychischen Erkrankungen (z.B. Essstörungen, somatoforme Störungen) oder auch psychischer Komorbidität bei chronischen körperlichen Erkrankungen (z.B. Depression bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen) befasst, ist eine ärztlich-medizinische Kompetenz im Rahmen der Visite und für die Gesamtbehandlungsplanung essentiell.

Zusammenfassung und Schlussbemerkung

Der Entwurf, Stand 02.06.2021 nach Sitzung des UA QS, der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik- Richtlinie/PPP-RL) weist einige notwendige Änderungen und Präzisierungen auf, die das DKPM als wissenschaftliche Fachgesellschaft unterstützt und mit trägt. Es finden sich im Entwurf jedoch auch einige Feststellungen, die wegen ihrer Bedeutung für eine qualitativ hochwertige und sachgerechte Patientenversorgung Adaptationen benötigen:

1. Der Personalaufwand in der Psychosomatik orientiert sich in erster Linie an der Intensität der psychotherapeutischen Leistung (Therapieeinheiten, „TE´s“) sowie dem somatisch-medizinischen Versorgungsaufwand. Vor diesem Hintergrund ist für die Festlegung der Personalmindestvorgaben sowie die Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche zusätzlich eine Erfassung der therapeutischen Leistungen als auch des medizinisch-somatischen Aufwands erforderlich. Diese Daten werden im Rahmen der PPP-RL Nachweise nicht erfasst. Im Rahmen der EPPIK-Studie wird eine geeignete und für die Einrichtungen repräsentative Datenbasis erstellt, die als Grundlage für die erstmalige Festlegung von Personalmindestvorgaben in der Psychosomatischen Medizin genutzt werden sollte.
2. Die Stärkung der Psychotherapie durch die Festlegung von Mindestvorgaben für Psychotherapeuten muss den Gegebenheiten des Fachgebietes Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Rechnung tragen und ärztliche und nicht-ärztliche Psychotherapeuten angemessen berücksichtigen. Die Festlegung der Minutenwerte für Psychotherapie in den verschiedenen Behandlungsbereichen sollte datenbasiert vorgenommen werden.
3. Eine weitere Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche der Psychosomatischen Medizin ist dringend erforderlich. Hierzu braucht es aber eine angemessene empirische Datenbasis als Voraussetzung für die Ableitung von angemessenen Personalmindestvorgaben. Eine willkürliche Festlegung von Minutenwerten für die vorgeschlagenen Behandlungsbereiche P5 und P6 ist unangemessen und steht im Widerspruch zu den Zielen der PPP-RL.

4. Die Differenzierung der Berufsgruppen gemäß §5 und der Anrechnungsmöglichkeiten gemäß §8 ist im Hinblick auf eine qualitativ hochwertige und leitliniengerechte psychosomatische Behandlung von erheblicher Bedeutung. Hier würde die Zusammenfassung der Berufsgruppen nach Buchstabe d, e und f mehr therapeutisch sinnvolle Flexibilität ermöglichen und die Versorgungsqualität gegenüber der jetzt kleinteiligen Differenzierung (die eine starre Vorhaltung von Personal, das im Einzelfall gar nicht benötigt wird, vorschreibt) erheblich verbessern. Ansonsten droht die Vernachlässigung bestimmter Patientengruppen.
5. Die Aussetzung der Ermittlung und Umsetzung der Personalmindestvorgaben sowie der Sanktionsmaßnahmen für psychosomatische Einrichtungen wird über den 31.12.2022 erforderlich sein, da erst im Jahr 2024 mit den Ergebnissen der EPPIK-Studie und damit der empirischen Grundlage für Personalmindestzeiten in verschiedenen Behandlungsbereichen gerechnet werden kann.
6. Die spezialisierte Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung in den Behandlungsbereichen P2 und P4 (künftig ggf. P5, P6) kann qualitativ sachgerecht und leitliniengemäß nur durch einen Facharzt/-ärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erbracht werden, so wie es auch in der entsprechenden OPS-Prozedur 9-634 festgelegt ist (in in Anlage 2 der PPP-RL zu präzisieren).

Für das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)



Univ-Prof. Stephan Hertz
Präsident



Univ.-Prof. Martin Teufel
Vizepräsident

Stellungnahme

02.07.2021

Stellungnahme der DGPPN zum Entwurf einer Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)

Die DGPPN befürwortet eine Erhöhung der Minutenwerte ärztlicher sowie nicht-ärztlicher Psychotherapeuten entsprechend dem Vorschlag der BÄK. Eine Ausweitung von Aufgaben nicht-ärztlicher Psychotherapeuten, für die eine entsprechende Qualifikation fehlt, wird abgelehnt. Ebenso abgelehnt werden das Behandlungsverbot bei Unterschreitung der Mindestvorgaben, da dies der regionalen Versorgungsverpflichtung widerspricht, sowie die Verlängerung der quartalsweisen Lieferpflicht um ein weiteres Jahr und die Verschärfung der Mindestvorgaben. Unterstützt wird eine Erweiterung der Anrechenbarkeit von Berufsgruppen.

1. Psychotherapie in Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie

Zu § 5 („Berufsgruppen“): Die Position von GKV-SV/DKG bzw. GKV-SV/DKG und BÄK wird unterstützt.

Begründung:

Psychotherapie wird von Fachkräften mit ärztlicher oder psychologischer Grundausbildung erbracht. Die unterschiedlichen zusätzlichen Kompetenzen der Berufsgruppen sollten durch die Zusätze „ärztlich“ bzw. „nicht-ärztlich“ eindeutig gekennzeichnet werden.

Zu Anlage 1 („Minutenwertetabelle“): Die Position der BÄK hinsichtlich der Minutenwerte in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene sowie die Position der BÄK in den Tragenden Gründen zur Anpassung der Minutenwerte für die Psychotherapie wird unterstützt.

Begründung:

Das von der BÄK in den Tragenden Gründen vorgelegte Berechnungsschema für die Ermittlung des Zeitaufwands für die Erbringung von Psychotherapie erscheint plausibel: Zu dem

patientenbezogenen Bedarf an Psychotherapie (in der Regel 100 Minuten Einzelpsychotherapie und 180 Minuten Gruppenpsychotherapie) [1-9] müssen, abhängig von der Sitzungshäufigkeit und Gruppengrößen, Zeiten für Vor- und Nachbereitung berücksichtigt werden. Die Sitzungsdauer und -frequenz sind von Patientenmerkmalen abhängig.

Da sowohl ärztliche als auch nicht-ärztliche Berufsgruppen Psychotherapie gleichermaßen kompetent erbringen sollten die zusätzlichen Minutenwerte für Psychotherapie, wie von der BÄK vorgeschlagen, gleichmäßig auf beide Berufsgruppen verteilt werden. Die Austauschbarkeit der Berufsgruppen hinsichtlich der Erbringung von Psychotherapie bleibt davon unberührt.

Es darf nicht, wie von der BpTK vorgeschlagen, zu einer einseitigen Verschiebung psychotherapeutischer Aufgaben hin zu nicht-ärztlichen Psychotherapeuten kommen. Eine solche Verschiebung würde die bei vielen, insbesondere schwereren Krankheitsbildern wichtigen zusätzlichen Kompetenzen ärztlicher Psychotherapeuten der Behandlung entziehen und einen ganzheitlichen biopsychosozialen Behandlungsansatz konterkarieren.

2. Regelaufgaben von Ärzten sowie von Psychotherapeuten

Zu Anlage 4, Nummer 1 Buchstabe a („Regelaufgaben“): Die Positionen der DKG hinsichtlich der Regelaufgaben von Ärztinnen und Ärzten wird unterstützt.

Begründung:

Im Vorschlag der GKV-SV werden medizinische und psychotherapeutische Grundversorgung voneinander getrennt und einzeln beschrieben. Diese Trennung ist künstlich und nicht sinnvoll. Im Klinikalltag greifen medizinisch-somatische, psychiatrische und psychotherapeutische Aspekte ineinander und müssen regelhaft und zwingend im Zusammenhang betrachtet werden. Die Erhebung einer Fremdanamnese gehört regelhaft zur Diagnostik und die umfassende Therapieplanung erfolgt in der Gesamtbetrachtung medizinischer und psychosozialer/psychotherapeutischer Aspekte. In patientenbezogenen Verlaufsbesprechungen werden sowohl medizinische als auch psychotherapeutische Aspekte erörtert und insbesondere auch die möglichen Zusammenhänge reflektiert. Aktenführung und Entlassbericht spiegeln gerade diese Komplexität wider, die das Hauptmerkmal der psychiatrisch-psychotherapeutischen Grundversorgung durch Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus ist. Eine künstliche Trennung der beiden Aspekte wird der Komplexität nicht gerecht.

Zu Anlage 4, Nummer 1 Buchstabe c: Die Positionen der BÄK hinsichtlich der Regelaufgaben von nicht-ärztlichen Psychotherapeuten wird unterstützt. Die Positionen der BPTK, inklusive Doppelbuchstabe cc („leitende Psychotherapeuten“), werden abgelehnt.

Bei Buchstabe c, Nummer 2: Die „Bearbeitung gutachterlicher Fragestellungen auch in Bezug auf sozialrechtliche, familienrechtliche, strafrechtliche Fragestellungen“ wird abgelehnt.

Bei Buchstabe c, Nummer 2: Die „Abklärung medizinischer, ..., juristischer und anderer Fragen“ wird abgelehnt.

Begründung:

Im Vorschlag der BPTK werden Ausweitungen in den Regelaufgaben nicht-ärztlicher Psychotherapeuten ohne eine Einschränkung auf psychotherapeutische Aspekte vorgenommen. Dies ist aus fachlichen Gründen abzulehnen. Nicht-ärztliche Psychotherapeuten können keine komplette Therapieplanung (Gesamtbehandlungsplan) vornehmen, da diese neben psychotherapeutischen Aspekten immer auch medizinisch-psychiatrische Aspekte, wie z. B. pharmakologische oder somatische Behandlungsmethoden, berücksichtigen muss, worin nicht-ärztlichen Psychotherapeuten eine entsprechende Qualifikation fehlt. Aus gleichem Grund sind auch ein „Monitoring und eine Anpassung der Behandlung im Rahmen von Visiten“ sowie die „Dokumentation der Erstaufnahme, des Verlaufs, Aktenführung, E-Berichte“ ohne Einschränkung auf psychotherapeutische Aspekte als Regelaufgaben für nicht-ärztliche Psychotherapeuten abzulehnen. Schließlich ist die Installierung von Parallelstrukturen von "Visiten der ltd. Psychotherapeut*in" abzulehnen.

Auch die „Abklärung medizinischer, psychotherapeutischer, juristischer und anderer Fragen“ und die „Bearbeitung gutachterlicher Fragestellungen auch in Bezug auf sozialrechtliche, familienrechtliche, strafrechtliche Fragestellungen“ sind aufgrund einer fehlenden Qualifikation in den entsprechenden Bereichen als Regelaufgaben für nicht-ärztliche Psychotherapeuten abzulehnen.

3. Behandlungsverbote

Zu § 2 Abs. 2 („Behandlungsverbote“): Die Position von DKG/BÄK wird unterstützt

Begründung:

In § 2 Abs. 2 der Richtlinie wird geregelt, dass die Behandlung nur zulässig ist, wenn die verbindlichen Mindestvorgaben eingehalten werden. Diese Regelung steht im Widerspruch zur regionalen Versorgungsverpflichtung der psychiatrischen Krankenhäuser. Dieser Wider-

spruch muss dringend aufgelöst werden. Die DGPPN unterstützt daher die Position von DKG/BÄK, diesen Absatz zu streichen.

Maßnahmen zur Durchsetzung der Mindestvorgaben der Richtlinie sind grundsätzlich sinnvoll – aber sie müssen dazu führen, dass zeitnah wieder eine ausreichende Personalbesetzung erreicht werden kann. Es ist jedoch die implizite Logik der PPP-RL, dass bei einer Unterschreitung der Personal-Untergrenzen die notwendigen Anstrengungen zur Wiederherstellung einer an Qualitätskriterien orientierten Behandlung nicht getroffen werden, sondern direkt eine Reduktion der Versorgung erfolgen muss. Patienten sollen dann an andere Krankenhäuser verwiesen werden. Dies widerspricht jedoch allen etablierten und erfolgreichen Grundsätzen einer gemeindeintegrierten Versorgung. Denn für Menschen mit psychischen Erkrankungen ist es in vielen Fällen aus medizinischen und sozialen Gründen nicht zumutbar, eine Behandlung weit abseits des eigenen Lebensumfeldes aufzusuchen – so sie überhaupt verfügbar wäre. Denn dort wäre zum einen die notwendige therapeutische Kontinuität und die erforderliche Nähe zum bestehenden sozialen Umfeld nicht mehr gegeben, zum anderen würde ein anderes Krankenhaus allein durch die Aufnahme von zusätzlichen Patientinnen und Patienten gegebenenfalls sogar selbst unter die Schwelle der Mindestbesetzung rutschen. Hier zeigt sich ein falsch verstandener Begriff von therapeutischer Leistung, der nur auf scheinbare Effizienz und Effektivität setzt. Behandlungsabbrüche mit fatalen Folgen für die Patienten sind in einem solchen System zu erwarten. Der Abbau von Behandlungskapazitäten in den Krankenhäusern bei gleichzeitigem Fehlen von alternativen Versorgungsstrukturen wird die Versorgung gefährden und droht, zu einem Rückfall in überholte und gefährliche Versorgungsstrukturen der 1970er Jahre zu führen.

4. Anrechnung

Zu § 8 Abs. 3 („Anrechnung von Psychologen auf (z. B.) Spezialtherapeuten wird ermöglicht“): Die Position von DKG/BÄK/DPR wird unterstützt.

Begründung:

Der Vorschlag von DKG/BÄK/DPR bringt den Einrichtungen eine gewisse (notwendige) Flexibilität zur Umsetzung moderner Behandlungskonzepte und entspricht den Realitäten vor Ort, wo Regelaufgaben nicht immer von der primär dafür vorgesehenen Berufsgruppe übernommen werden. Eine Erweiterung der Anrechnungsmöglichkeiten ist daher zu begrüßen.

5. Nachweisverfahren

Zu § 11 Abs. 13 („Nachweisverfahren“): Die Position der DKG wird unterstützt.

Begründung:

Die quartalsweise Lieferung der Nachweise stellt viele Krankenhäuser vor enorme Herausforderungen und verursacht unverhältnismäßige Aufwände in den Einrichtungen. Da auch für das Jahr 2020 bereits Nachweise zu liefern waren, ist der ursprünglich angedachte Sinn der Übergangsregelung insgesamt auch erfüllt und es liegen genügend Daten zur kurzfristigen Interpretation für die anstehenden Weiterentwicklungen zur Verfügung. Die von der GKV-SV geforderte Verlängerung der quartalsweisen Lieferpflichten um ein weiteres Jahr wird daher abgelehnt.

6. Übergangsregelungen

Zu § 16 Abs. 1 („Übergangsregelungen“): Die Position der DKG wird unterstützt.

Begründung:

Die Einrichtungen sind trotz aller Widrigkeiten bestrebt den Personaleinsatz zu erhöhen. Dabei benötigen die Einrichtungen Planungssicherheit und müssen sich auf angekündigte Schritte verlassen können. Personalaufbau ist eine mittel- bis langfristige Angelegenheit und keine kurzfristige Reaktion. Die Verschärfung der Mindestvorgaben stellt viele Strategien in Frage und führt zu einer unverhältnismäßigen und unnötigen Verschärfung der Lage, da viele Krankenhäuser bis jetzt noch mit den Folgen von Corona zu kämpfen hatten und erst langsam in der Lage sind, sich weitergehend mit der PPP-RL auseinander zu setzen. Die Verschärfung, die Mindestvorgaben ab dem 1.1.23 zu 95 % zu erfüllen, ist daher abzulehnen. Der bisherige Zeitplan ist ohnehin ambitioniert genug.

Die DGPPN schließt sich ansonsten den Positionen der Bundesärztekammer an.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer
Präsident DGPPN
Reinhardtstr. 27B
10117 Berlin
Telefon: 030 240 4772 0
E-Mail: praesident@dgppn.de

Quellenangaben

1. Bandelow B, Lueken U, Wolff J et al (2016) Leitliniengerechte stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische/psychosomatische Behandlung von Angsterkrankungen. *Der Nervenarzt* 87:302–310. <https://doi.org/10.1007/s00115-016-0085-1>
2. Berger M, Wolff J, Normann C et al (2015) Leitliniengerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung: Normative Personalermittlung am Beispiel Depression. *Nervenarzt* 86:542–548. <https://doi.org/10.1007/s00115-015-4310-0>
3. Bohus M, Schmahl C, Herpertz SC et al (2016) Leitliniengerechte stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Der Nervenarzt* 87:739–745. <https://doi.org/10.1007/s00115-016-0132-y>
4. Hauth I (2016) Leitliniengerechte stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung. *Der Nervenarzt* 87:276–277. <https://doi.org/10.1007/s00115-016-0092-2>
5. Kiefer F, Koopmann A, Godemann F et al (2016) Personalbedarfsermittlung für eine leitliniengerechte stationäre Qualifizierte Entzugsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit. *Der Nervenarzt* 87:295–301. <https://doi.org/10.1007/s00115-015-0053-1>
6. Klein JP, Zurowski B, Wolff J et al (2016) Leitliniengerechte stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der Zwangsstörung. *Der Nervenarzt* 87:731–738. <https://doi.org/10.1007/s00115-016-0112-2>
7. Mehl S, Falkai P, Berger M et al (2016) Leitlinienkonforme psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung für Patienten mit Schizophrenie. *Der Nervenarzt* 87:286–294. <https://doi.org/10.1007/s00115-015-0056-y>
8. Pfennig A, Conell J, Ritter P et al (2017) Leitliniengerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung bei bipolaren Störungen: Welche Ressourcen werden dafür benötigt? *Der Nervenarzt* 88:222–233. <https://doi.org/10.1007/s00115-016-0083-3>
9. Schnell K, Hochlehnert A, Berger M et al (2016) Leitlinienentsprechende stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der chronischen Depression. *Der Nervenarzt* 87:278–285. <https://doi.org/10.1007/s00115-016-0084-2>



Stellungnahme der DFPP e.V. zu den Änderungsvorschlägen der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) vom 20.05.2021

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

Die vorliegenden Eingaben bezüglich der Anpassung der Minutenwerte dokumentieren sehr unterschiedliche Interessenslagen und teilweise auch eher frivole Forderungen der Einbringer. Für die Berufsgruppe der Pflegefachpersonen sind keinerlei Erhöhungen der Minutenwerte vorgesehen. Dabei haben sich in den vergangenen Jahren die Pflegebedarfe und Pflegeaufwände stark erhöht, was bislang nicht ausreichend abgebildet ist. Auch beziehen sich die aktuellen Minutenwerte der Pflege auf die Psych-PV-Tätigkeiten, und nicht das erweiterte Handlungsspektrum, das die Pflege heute übernimmt. Die DFPP hofft im Interesse der Patienten sehr, dass deren realen Hilfebedarfe und nicht die Aushandlungsgeschick einzelner Verbandvertreter am Ende maßgeblich für die Anpassungen der Minutenwerte sind.

Bei den vorgeschlagenen Aktualisierungen der Tätigkeitsprofile fällt auf, dass die durch Kammer vertretenden Berufsgruppen umfängliche Änderungen vortragen, während für Pflegefachpersonen und Spezialtherapeuten keine Aktualisierungen vorgesehen sind. Wir begegnen diesem Sachverhalt mit großem Unverständnis. Die DFPP hatte bislang in JEDER Stellungnahme zur PPP-RL deutlich auf diesen Aktualisierungsbedarf hingewiesen. Die Ausweitung der Tätigkeiten der Pflege in der Krankenhausbehandlung wurden in einigen jüngeren Studien beschrieben^{1,2,3}.

Die DFPP wird vertreten durch Prof. Michael Löhr und Präsidentin Dorothea Sauter; wir werden am Anhörungstermin (25.08.2021) zugegen sein.

Ulm, den 02.07.2021

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

Dorothea Sauter
Präsidentin
sauter@dfpp.de

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

Prof. Dr. rer. medic Michael Löhr
Delegierter des DFPP Präsidiums
michael.loehr@lwl.org

Stellungnahme DFPP e.V. zu den konkreten Änderungsvorschlägen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), Stand 20.05.2021

§ 2 Absatz 1

„jederzeit“ streichen ???

Die DFPP schließt sich dem GKV-SV, PatV und BptK an.

„evidenzbasiert und“ einfügen

Die DFPP schließt sich der DKG an.

Begründung:

Die DFPP schließt sich den TG des GKV-SV an.

Der Begriff „Leitliniengerecht“ beinhaltet „evidenzbasiert“ und empfiehlt darüberhinaus „konsentiertere Evidenz“ zu implementieren.

§ 2 Absatz 2

(Streichung)

Die DFPP schließt sich der GKV-SV und der PatV an.

Begründung:

Die aktuelle Formulierung lautet, dass eine Behandlung „grundsätzlich“ nur zulässig sei, wenn Mindestvorgaben erfüllt sind, denn dieser Passus nennt grundlegende Prinzipien. Die Argumente der DKG beziehen sich auf die konkrete Operationalisierung/Ausgestaltung, die an anderer Stelle geregelt wird und die natürlich Belegungsschwankungen und haftungsrechtlichen Fragen gerecht werden muss.

§ 3

Ergänzung neuer Behandlungsbereiche A8, P5 und P6

Die DFPP plädiert für die Einführung des zusätzlichen Behandlungsbereichs A8.

Die DFPP plädiert gegen die Einführung der zusätzlichen Behandlungsbereiche P5 und P6.

Begründung:

Die Notwendigkeit für Behandlungsbereich A8 ist unstrittig.

Die Notwendigkeit für die Behandlungsbereiche P5 und P6 erschließt sich uns nicht, wir folgen den TG der DKG.

§ 5 Absatz 1

b):

Die DFPP schlägt geringfügig modifizierten Text nahe dem Vorschlag des DPR und der PatV vor.

„Pflegefachpersonen mit einer Weiterbildung im Bereich Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie oder mit Hochschulabschluss (Bachelor/Master) im Bereich der Psychiatrie/Psychosomatik.“

Begründung:

Wünschenswert ist, dass mittelfristig auch in Deutschland Master-Absolvent:innen in der direkten Patientenversorgung tätig sind. In absehbarer Zeit wird auch die Weiterbildung noch hohe Relevanz haben.

a, c):

Die DFPP schließt sich Vorschlag des GKV-SP, des DPR, der BÄK und der PatV an.

Begründung:

siehe TG.

§ 5 Absatz 2

Die DFPP schließt sich Vorschlag des GKV-SP, des DPR, der BÄK und der PatV an.

§ 6 Absatz 1

Die DFPP schließt sich Vorschlag des GKV-SV an.

§ 7 Absätze 1 und 6

Die DFPP unterstützt die vorgeschlagenen Änderungen

§ 8 Absatz 3

Die DFPP weist alle Überlegungen, ärztliche und psychologische Mitarbeiter:innen auf Stellen der Pflege anzurechnen mit ausgesprochener Verwunderung zurück. Die DFPP schließt sich somit dem Vorschlag des GKV-SV an.

Begründung:

Pflege nimmt eine Vielzahl von Aufgaben wahr und hält ihr Angebot an Patienten 24/7 aufrecht. Die Breite des Kompetenzprofils befähigt Pflegefachpersonen in der engmaschigen Krisenbegleitung, in der Alleinverantwortung nachts oder am Wochenende, bei der Bewältigung akuter Konflikte, beim Umgang mit hoher Symptomlast und in weiteren herausfordernden Situationen die richtigen Angebote zu machen. Der Pflege die „therapienahen“ Aufgaben abzunehmen und Pflegehandeln auf kompensatorische Hilfen und Sicherheit zu reduzieren, schadet den gesamten Prozessen während der Krankenhausbehandlung. Möglicherweise wissen einige Personen nicht, dass Krankenhauspatienten auch nach 16:30 Uhr und an Wochenenden große Nöte, akute Krisen und drängende Bedürfnisse aufweisen und schnelle und wirksame Angebote brauchen. Außerdem: führen Pflegefachpersonen edukative oder cotherapeutische Angebote durch, geben sie diesen oft andere Impulse, da Hilfebedarfserfassung und Begleitung Lebensweltbezug und Alltagshandeln im Fokus haben. Zudem begleiten Pflegefachpersonen den Transfer der Therapieimpulse in das Alltagshandeln der Patienten. Neben dem aufgezeigten Schaden für die Patientenversorgung führt droht auch eine weiteren Deprofessionalisierung der personenstärksten Berufsgruppe, wenn andere Berufsgruppen „therapienahe“ Aufgaben aus der Pflege herauschneiden. Und sofern die Berufsgruppen diese Leistungen nicht 24/7 erbringen wollen, gefährden sie auch die Aufrechterhaltung der 24/7-Dienstplanung.

Neben diesen Argumenten schlagen wir vor, dass folgender Zusatz §8 Absatz 5 ergänzt wird: (dass) „Berufsgruppe nach § 5 Absatz 1 Buchstabe a und Absatz 2 Buchstabe a: 10 % der VKS-Mind“ Hilfskräfte (angerechnet werden können).

Begründung:

Die Gefahr einer grenzenlosen Anrechnung der Berufsgruppen zwischen a und c und allen anderen ohne die Möglichkeit Hilfskräfte in a) anzurechnen zu können besteht darin, dass eine Anrechnung von z.B. b) nach a) missbräuchlich genutzt wird um Anrechnungen für Hilfskräfte zu ermöglichen. Dies muss unbedingt vermieden werden. Schon in den Nachweisen der alten PsychPV gab es genügend Schlupflöcher um Unterstützungsleistungen aus allen möglichen Bereichen auf den Pflegedienst anzurechnen. Sollte diese Regelung so kommen, handelt es sich um einen handfesten Skandal.

Grundsätzlich halten wir eine Regelung zur Anerkennung über die Berufsgruppen hinweg für sinnvoll, wenn dies mit Leitplanken und klaren Regelungen und Grenzen einhergeht.

§ 8 Absatz 6

Die DFPP enthält sich.

§ 11 Absatz 8

Die DFPP schließt sich der DKG und der BÄK an.

§ 11 Absatz 13

Die DFPP enthält sich.

§ 12

Die DFPP enthält sich.

§ 16 Absatz 1

Die DFPP schließt sich im gesamten §16 den Vorschlägen von GKV-SV und PatV an.

Begründung:

Die DFPP schließt sich den TR des GKV-SV an.

Anlage 1 – Minutenwerte

Die DFPP verweist auf die Studie der BFLK (2020⁴), nach der die Berufsgruppe der Pflege in den meisten Settings deutlich mehr Personal braucht. Am stärksten muss die Personalbemessung für Intensivpatienten*, gerontopsychiatrische und demente (oder anderweitig funktional deutlich eingeschränkte) Patienten sowie für tagesklinische Patienten nach oben angepasst werden (*die mit der Einführung der PPP-RL vollzogene Erhöhung um 10% wird den tatsächlich gewachsenen Bedarfen nicht gerecht). Zudem werden die aktuellen Minutenwerte nicht dem erweiterten Handlungsspektrum der Pflege gerecht (die Minutenwerte basieren auf dem veralteten Tätigkeitskatalog der Psych-PV).

Daher fordern wir die Minutenwerte für die Pflege den sicher ebenfalls notwendigen Anpassungen der Minutenwerte in allen Berufsgruppen prozentual anzupassen.

Vollkommen ungerechtfertigt sind die Minutenvorgaben für die tagesklinische Behandlung. Sie liegen für die A6, S6 und G6-Patienten schon längst abenteuerlich weit unter den realen Bedarfen. Es besteht Einigkeit, dass die Tageskliniken heute eine ganz andere Klientel versorgen, als zu Zeiten in denen die Psych-PV verabschiedet wurde. Die Patienten der Tageskliniken weisen mehr funktionale Beeinträchtigungen auf sowie akutere Krisen mit höherer Symptomlast – beides geht in besonderem Maße mit höheren Pflegebedarfen einher.

Absolute Unkenntnis der Sachlage dokumentiert der Rechenweg für die Minutenwerte der neuen Tageskliniksettings. Hier wurde ausgehend von der Regelbehandlung (über 7 Tage und 14 Std am Tag) prozentual auf die Tagesklinik-Therapiezeiten heruntergerechnet (und noch nicht mal eine Orientierung an den Öffnungszeiten der Tagesklinik vorgenommen). Pflegeminuten wurden mit dem Faktor $40 / 101,5 = 0,3941$ gerechnet. Das unterstellt, dass Pflegebedarfe und Pflegeaufgaben sich an 7 Tage und 14 Std am Tag gleichbleibend sind. Ignoriert wird, dass Gesprächs- und Hilfebedarfe, denen Pflegenden im stationären Setting während 14 Std. gerecht werden können, sich in den 8,5 h Anwesenheit in der Tagesklinik kumulieren. Ignoriert wird, dass Pflege viele Aufgaben gemeinsam mit Therapeuten oder im Kontext

von Therapieangeboten wahrnimmt, also im Zeitraum zw. 8 und 16:30 Uhr. Ignoriert wird, dass in einigen Settings die Pflegebedarfe an Wochentagen höher sind, als an Wochenenden.

Die DFPP fordert die Neukalkulation der Minutenwerte für alle Tageskliniken, insbesondere für die Bereiche A8 und P6, auf Basis eine Prüfung von realen Bedarfen.

Anlage 4 – Regelaufgaben

Die vorliegenden Tätigkeitsprofile der Psych-PV entstammen dem Berufsbild der Pflege der 1980er Jahre und ignorieren den Professionalisierungsschub der Berufsgruppe wie auch die Weiterentwicklungen der Psychiatrischen Versorgung und die Änderungen der Hilfebedarfe der Patienten. Immerhin war die Entwicklung der Psych-PV noch von einem umfänglichen Konsentierungsprozess begleitet, was für die Personalbedarfsbemessung der Psychosomatik nicht zutrifft (das dokumentiert schon allein der anachronistische und peinliche Begriff „Schwestern-Visite“!). Aktuelle Beschreibungen der Tätigkeiten der Pflege liegen vor^{1,2,3}.

Die DFPP fordert, die Berechnung der Minutenwerte für die Pflege anhand zeitgemäßer und patientenorientierter Aufgabenbeschreibungen vorzunehmen.

Quellen

- (1) Scheydt, S., & Holzke, M. (2018). Aufgaben und Tätigkeiten der Pflege in der stationären Allgemeinpsychiatrie - eine Literatursynthese. *HeilberufeScience*, 9(3-4), 59-65. <https://doi.org/10.1007/s16024-018-0317-3>
- (2) Scheydt, S., Holzke, M., & Sauter, D. (2019). Aufgaben und Tätigkeiten der Pflege in der stationären Allgemeinpsychiatrie - Ergebnisse einer Delphi-Studie [Tasks and Activities of Nurses in Inpatient General Psychiatry - Results of a Delphi-Study]. *Psychiatrische Praxis*, 46(6), 324-329. <https://doi.org/10.1055/a-0853-0187>
- (3) Sauter, D., Löhr, M., Scheydt, S., Anderl-Doliwa, B., & Vilsmeier, F. (2020). Die Tätigkeiten der Pflege in der klinischen Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik - ein Update. *Pflege & Gesellschaft*, 25(4), 293-306. <https://doi.org/10.3262/P&G2004293>
- (4) Löhr, M., & Sauter, D. (2020). Personalbedarf der Pflege in unterschiedlichen Settings der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik: Eine Studie der Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e.V. Retrieved from https://bflk.de/artikel_content/rklessmann/BFLK-Studie-2020.pdf

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

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

Prof. Dr. Christiane Hermann
Präsidentin

Geschäftsstelle
Obere Rheingasse 3
D-56154 Boppard
Tel: 06742/8001-21
Fax: 06742/8001-22

Email: praesident@dgpsf.de
www.dgpsf.de

30.6.2021

**Stellungnahme zur Änderung der Richtlinie der Personalausstattung Psychiatrie und Psycho-
somatik-Richtlinie: Mindestvorgaben für Psychotherapeuten und Präzisierung bzw. Über-
arbeitung weiterer Rege-lungen**

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Möglichkeit, zu o.g. Richtlinienänderung von Seiten der DGPSF Stellung zu nehmen.

Gemäß §136a Absatz 2 SGB V ist es das Ziel der geplanten Richtlinienänderungen sicherzustellen, dass Patientinnen und Patienten mit psychischen bzw. psychosomatischen Erkrankungen ausreichend psychotherapeutisch versorgt werden, nicht zuletzt auf vor dem Hintergrund entsprechender AWMF-Leitlinien. Hierfür sollen Mindestzahlen an vorzuhaltenden Psychotherapeut*innen festgelegt werden.

Die DGPSF unterstützt dieses Ziel nachdrücklich. Die vorgeschlagenen Änderungen sind nach Einschätzung der DGPSF insgesamt gut nachvollziehbar. Zu den dissidenten Änderungsvorschlägen möchte die DGPSF im Folgenden Stellung nehmen. Diese sind jeweils mit Bezug zu den entsprechenden Änderungsvorschlägen (jeweils unterstrichen) aufgeführt bzw. es wird darauf verwiesen, welche der Änderungsvorschläge in der PPP-RL jeweils von der DGPSF befürwortet wird.

§5 Berufsgruppen

*(1) c) und (2) c) „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (nicht-ärztlich)“
(s. auch Anlage 4 und an anderen Stellen)*

Die DGPSF befürwortet die Streichung des Zusatzes „nicht ärztlich“, da nicht erforderlich und nicht sachgerecht (vgl. Vorschlag der BPTK).

Begründung: Da die Berufsgruppe „Ärztinnen und Ärzte (einschließlich ärztlicher Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ bereits unter (1) a) explizit genannt wird, ergibt sich unmittelbar, dass es sich bei den im Folgenden genannten Berufsgruppen nicht um Ärzt*innen handelt. Hinzukommt, dass ein Vergleich der Normen von SGB, StGB und PsychThG ergibt, dass der Zusatz

„nicht-ärztlich“ nicht erforderlich ist. In gewisser Weise ergibt sich sogar ein Widerspruch zu den Normen des SGB (z.B. §§28 Abs.3; 87b Abs. 2; 95 Abs. 13) und des StGB (z.B. §132a Abs. Nr. 2) und des PsychThG (§1 Abs. 1). Auch wird beim gesetzlichen Auftrag gemäß § 136a Absatz 2 SGB V ausdrücklich auf Psychotherapeut*innen gemäß § 28 Absatz 3 Satz 1 SGB V, d.h. Psychologische Psychotherapeut*innen (PP), Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen (KJP) sowie Psychotherapeut*innen gemäß § 1 Absatz 1 Satz 1 des PsychThG Bezug genommen wird.

(2) c)sowie Diplom-Psychologinnen und Diplom Psychologen oder Master in Psychologie.

Psycholog*innen (Diplom oder Master) ohne Approbation und nicht in Ausbildung zu PP/KJP sollten nur noch für eine Übergangszeit angerechnet werden können (s.u.) und deshalb hier nicht mehr aufgeführt werden. Die DGPSF befürwortet den Änderungsvorschlag der BPTK.

§ 8 Anrechnung von Berufsgruppen

(3) und

(6) Änderungsvorschlag BPTK: „Bei der tatsächlichen Personalausstattung gemäß §7 können Diplom-Psychologinnen und Master-Diplom Psychologinnen und Psychologen, die keine Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin oder zum Psychologischen Psychotherapeuten absolvieren, auf die Berufsgruppe §5 Abs. 1 c und Diplom- und Master-Psychologinnen und -Psychologen, die keine Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten absolvieren, auf § 5 Absatz 2 Buchstabe c bis zum 1. September 2035 angerechnet werden. In begründeten Einzelfällen ist eine Anrechnung auch über diese Frist hinaus möglich.“

Die DGPSF befürwortet die Änderungsvorschläge der BPTK.

Begründung: Psycholog*innen ohne Approbation und nicht in Ausbildung zu PP/KJP sollten nur noch für eine Übergangszeit angerechnet werden können. Dies erscheint als Maßnahme des Bestandsschutzes gerechtfertigt, auch können klinische Psycholog*innen nach Ende der Übergangszeit in gewissem Umfang weiterhin angerechnet werden.

Die nur noch übergangsweise Anrechnung von Psycholog*innen ohne Approbation und nicht in PP-/KJP-Ausbildung ist in verschiedener Hinsicht gut begründet und ist umsetzbar. Zum einen ist der Anteil von klinischen Psycholog*innen seit In-Kraft-Treten des PsychThG am 1.1.99 stetig zurückgegangen. Zum anderen hat die Umstellung der Studiengänge Psychologie bereits begonnen, im Sommer 2023 werden die ersten nach neuem PsychThG approbierten Absolvent*innen der entsprechenden Psychologiestudiengänge verfügbar sind.

Anlage 1: Minutenwerttabellen (S. 21 PPP-Richtlinie)

Die DGPSF befürwortet die Änderungsvorschläge der BPTK.

Begründung: Die Änderung der PPP-Richtlinie hat zum Ziel, die psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verbessern. Dies setzt eine entsprechende Erhöhung der Minutenwerte für Psychotherapie voraus. In der ambulanten Versorgung erhalten Patient*innen in der Regel 50 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche. Gerade weil die stationäre

Behandlung dann indiziert ist, wenn eine ambulante Behandlung als nicht mehr ausreichend eingeschätzt wird, ist sachlich gut begründet, dass pro Patient im Durchschnitt 100 Minutenwerte Einzelpsychotherapie vorgehalten werden sollen. Grundsätzlich kann Psychotherapie austauschbar von Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen erbracht werden.

Die von der BPTK vorgeschlagenen Minutenwerte für Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen für die verschiedenen Aufgaben begründen sich in der größeren Überlappung der ärztlichen und psychotherapeutischen Aufgabenbereiche, durch u.a. Ärzt*innen bei Aufgaben in der Grundversorgung durch Psychotherapeut*innen entlastet werden können und somit auch mehr psychotherapeutische Aufgaben übernehmen können.

Anlage 4: Regelaufgaben

1. Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) – Erwachsenenpsychiatrie

2. Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) – Kinder- und Jugendpsychiatrie

1 c sowie 2 c. Regelaufgaben der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Die DGPSF befürwortet die Änderungsvorschläge der BPTK.

Begründung: In Anlage 4 - 1 c) bzw. 2 c) sollen die Regelaufgaben auf Grundlage des Kompetenzprofils von Psychotherapeut*innen festgelegt werden. Hierfür sollten die Kompetenzen der Vertragspsychotherapeut*innen gemäß Richtlinien des G-BA auf die Tätigkeit im stationären Setting übertragen werden. Es sei darauf hingewiesen, dass Psychotherapeut*innen in der vertragsärztlichen Versorgung Facharztstatus haben, verbunden mit der Übertragung umfassender Verordnungsbefugnisse. Es besteht kein Grund, weshalb die Regelaufgaben von Psychotherapeut*innen in Kliniken nicht analog zu deren Aufgaben in der vertragsärztlichen Versorgung festgelegt werden sollten, zumal weder im SGB V, PsychThG noch Approbationsordnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung unterschieden wird.

Dies entspricht auch dem Willen des Gesetzgebers, der in seiner Gesetzesbegründung zu den Mindestvorgaben für Psychotherapeut*innen ausgeführt hat, dass die Berufsbilder des PP und des KJP entsprechend der dieser Berufsgruppe zukommenden Aufgabenwahrnehmung in den Mindestvorgaben zu berücksichtigen sei.

Die ärztliche Letztverantwortung durch den leitenden Arzt/Chefarzt gemäß §107 SGB V bleibt von der Festlegung der Regelaufgaben für Psychotherapeut*innen in der Klinik analog zu denen der Vertragspsychotherapeut*innen unberührt. Diese Letztverantwortung ist durch eine entsprechende Behandlungsorganisation sicherzustellen, die Festlegung der Regelaufgaben steht hierzu in keinerlei Widerspruch oder schränkt diese gar ein. Vielmehr sollte es im Interesse der Kliniken sein, Psychotherapeut*innen gemäß ihres Kompetenzprofils einzusetzen.

Eine Einschränkung der Regelaufgaben durch Zusätze wie „in Bezug auf Psychotherapie/-Psychologie“ ist unbegründet, da es sich um Regelaufgaben für „Psychotherapeut*innen“ (s. Überschrift 1 c) bzw. 2 c)) handelt. Hinzukommt, dass zu den Aufgaben von Psychotherapeut*innen durchaus die Indikation für weitere Therapien gehört (s. Aufgaben der Vertragspsychotherapeut*innen). In der Approbationsordnung ist bereits geregelt, dass Psychotherapeut*innen keine somatomedizinischen Aufgaben übernehmen dürfen, dies erübrigt den jeweiligen Zusatz „in Bezug auf Psychotherapie“.


1 cc: „Regelaufgaben der ltd. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ (Änderungsvorschlag BPtK (S. 91/92))

Die DGPSF befürwortet den Ergänzungsvorschlag der BPtK.

Begründung: Analog zu den Regelaufgaben von Oberärzt*innen sollten entsprechend auch die Aufgaben von leitenden Psychotherapeut*innen beschrieben werden. Dies beinhaltet weder Vorgaben zur Organisationsstruktur noch zur Anzahl von leitenden Psychotherapeut*innen und auch keine Hinterlegung mit Minutenwerten. Vielmehr dient dies der Konsistenz der Aufgabenbeschreibungen von Psychotherapeut*innen und Fachärzt*innen in Leitungsfunktion und entspricht nicht zuletzt auch dem jeweils vergleichbar gegebenen Facharztstatus.

Ich hoffe, dass die Stellungnahme der DGPSF zur Konsensbildung bei den noch abschließend abzustimmenden Änderungen der PPP-Richtlinie beitragen kann.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Christiane Hermann
Präsidentin der DGPSF

Stellungnahme des Deutschen Verbandes Ergotherapie e.V (DVE)

(gemäß 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerFO zu Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses) zur Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Mindestvorgaben für Psychotherapeuten und Präzisierung bzw. Überarbeitung weiterer Regelungen

Mit großem Erschrecken und Bedauern haben wir festgestellt, dass auch in diesem vorliegenden Entwurf keinerlei Inhalte aus unseren vorangegangenen Stellungnahmen Berücksichtigung gefunden haben.

Daher möchten wir hier zunächst das zentrale Problem aus der Perspektive der Ergotherapie noch einmal in den Fokus der Aufmerksamkeit stellen:

Das zentrale und grundlegende Problem bleibt das Konstrukt der „Spezialtherapeuten“. Es beginnt damit, dass der Begriff der „Spezialtherapeuten“ nicht eindeutig definiert ist und in unterschiedlichen Zusammenhängen unterschiedliche Berufsgruppen umfasst (z.B. hier in der PPP-RL oder in den Komplexleistungen im OPS). Zudem ist der Begriff selbst ungeeignet, da es um spezifische therapeutische Fachleistungen geht.

Darüber hinaus ist die derzeitige Zusammenfassung einzelner Berufsgruppen unter den Begriff der „Spezialtherapeuten“ fragwürdig: Entweder müssten alle therapeutisch tätigen Berufsgruppen hier subsumiert werden oder alle bleiben eigenständig. Die jetzige Aufteilung ist nicht begründbar.

Das zusammenfassende Konstrukt der „Spezialtherapeuten“ verursacht zudem diverse Folgeprobleme:

- Es braucht trotzdem jeweils eigenständige Tätigkeitsbeschreibungen. Es ist fachlich nicht möglich diese Tätigkeitsbeschreibung über Berufe hinweg gemeinsam zu formulieren. Die bestehende Tätigkeitsbeschreibung bezieht sich ausschließlich auf die Ergotherapie und ist fachlich vollkommen veraltet (> 30 Jahre!). Es ist absolut unzeitgemäß und fachlich falsch diese noch zu nutzen.
- Die Zuweisung von Minutenwerten an eine Gesamtgruppe ignoriert die unterschiedlichen Qualitäten der verschiedenen therapeutischen Leistungen und verringert die Chancen der Patient:innen auf ein breites therapeutisches Angebot. Es konterkariert zudem die Anrechnungsthematik und birgt die Gefahr des Missbrauchs.

Vor diesem Hintergrund fordern wir die Abkehr von dem Konzept der „Spezialtherapeuten“. Wir fordern, dass die Klärung dieser Problematik der Anpassung der Richtlinie (§14 Abs 2) verankert wird, ebenso in Folge die Aktualisierung der Tätigkeitsbeschreibung und Anpassung der Berechnung der Minutenwerte.

Vorschlag zu §14 (2) → Ergänzung eines zusätzlichen Spiegelstrichs:

Dabei sind insbesondere folgende Bereiche zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen oder neu zu definieren:

- **Regelaufgaben der „Spezialtherapeuten“ inklusive Überprüfung des Konstruktes „Spezialtherapeuten“ und der Begrifflichkeit**

Nun noch zu einzelnen Änderungsvorschlägen

§5 Abs 2 d):

Die Problematik des Konzepts der „Spezialtherapeuten“ wurde oben bereits erläutert. Entsprechend können wir die Idee der Subsummierung der Sprachtherapeuten/Logopäden unter die „Spezialtherapeuten“ so nicht unterstützen.

§8 Abs 3

Eine gewisse Anrechnung von Berufsgruppen untereinander ist eine Notwendigkeit im Sinne der Flexibilität für die Kliniken und der Individualität des Behandlungsprozesses. Dennoch braucht es klare Grenzen, um Missbrauch zu verhindern und den Patient:innen alle Möglichkeiten der Behandlung zu bieten. Eine Anrechnung ist nur dann sinnvoll, wenn es um überschneidende Aufgabenbereiche geht. Dann muss sie allerdings auch in beide Richtungen möglich sein. Eine einseitige Anrechnungsmöglichkeit ist nicht sachgerecht und führt zu weiteren Verzerrungen.

§16 Abs 8

Hier unterstützen wir die Position von GKV-SV und PatV, also die Ablehnung der Anrechnung außerhalb der Regelaufgaben.

Anlage 1

Die Notwendigkeit der Anpassung der Minutenwerte für Ärzt:innen, Psychotherapeut:innen und Psychologen ist gegeben – allerdings ist auch die Anpassung der Minutenwerte für die Therapieberufe ebenso notwendig. Die Ergotherapie hat durch das Konstrukt der „Spezialtherapeuten“ bereits eine tatsächliche Reduzierung der Minutenwerte erfahren – im Gegenteil ist aber eine Erhöhung notwendig. Hier müssen entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden.

Anlage 2

Die Anlage 2 ist weiterhin sehr inkonsistent in der Formulierung – insbesondere bei der Beschreibung der Behandlungsmittel (Spalte 4) und der Erläuterungen (Spalte 5). Berufsgruppen, Interventionsbereiche oder Einzelmaßnahmen werden hier unsystematisch und undefiniert gebraucht. Ein spezifisches Behandlungskonzept ist nicht mehr erkennbar. Hier bedarf es einer grundlegenden Überarbeitung der gesamten Anlage.

Anlage 4: Spezialtherapeuten

Wir anfangs schon ausgeführt, ist zum einen die Beschreibung der Ergotherapie in dem vorliegenden Entwurf weiterhin vollkommen veraltet, zum anderen wirft hier das Konzept der „Spezialtherapeuten“ das Problem der sachgerechten Darstellung der hier derzeit subsummierten Berufe auf. Eine zeitgemäße und fachlich fundierte Tätigkeitsbeschreibung wäre zudem ein Beitrag auch die Anlage 2 auf dieser Grundlage dann sachgerecht zu formulieren.

Als Verband bedauern wir sehr, dass dringend notwendige Nachbesserungen in der PPP-RL für die Ergotherapie und ihre Klient:innen unter Berücksichtigung aktueller und internationaler Standards für eine zeitgemäße Ergotherapie bisher vollkommen unberücksichtigt geblieben sind. Ebenso bedauern wir die geringe Einbeziehung unserer, für die psychiatrische Versorgung so zentralen Berufsgruppe, in den Prozess der Anpassung der PPP-RL. Wir stellen unsere Expertise jederzeit gerne zur Verfügung, um eine zeitgemäße Versorgung der Klient:innen zu gewährleisten.

05.07.2021

Stellungnahme

Stellungnahmerecht gemäß 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO zu Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses hier: Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Mindestvorgaben für Psychotherapeuten und Präzisierung bzw. Überarbeitung weiterer Regelungen

§	Text	Kommentierung
§2 Grundsätze (5)	Vorsitzende des UA QS: In den Minutenwerten sind die Zeiten für die Ausbildung und die Fort- und Weiterbildung, Urlaub sowie sonstige Ausfallzeiten, wie etwa krankheitsbedingter Ausfall des Personals, nicht berücksichtigt. Im Rahmen seiner eigenverantwortlichen Personalplanung hat das Krankenhaus demnach sicherzustellen, dass über die vorgegebenen Minutenwerte hinaus auch entsprechendes Personal zur Abdeckung dieser Zeiten vorgehalten wird.]	Diesen Zusatz unterstützen wir ausdrücklich.
§ 5 (DKG)/§ 6 (GKV-SV/PatV) Berufsgruppen	Für die Ermittlung der Mindestpersonalausstattung werden folgende Berufsgruppen definiert: a) Ärzte b) Krankenpflegepersonen, Erzieher (nur KJP) c) Diplom-Psychologen, Master-Psychologen [GKV-SV/PatV: Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten (nur KJP)] d) Spezialtherapeuten [GKV-SV/PatV: (Ergotherapeuten, Musiktherapeuten, Kunsttherapeuten, Kreativtherapeuten)] e) Bewegungstherapeuten , Physiotherapeuten f) Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Heilpädagogen (nur KJP)	Welche Qualifikationen wird für den Bewegungstherapeuten gezählt? Laut Bundesagentur für Arbeit gibt es kein einheitliches Berufsbild Bewegungstherapeut. Daher muss hier spezifiziert werden um welchen Berufsabschluss es sich handelt um sicherzustellen, dass eine qualitative und patientengerechte Therapie stattfinden kann.

	g) Sprachheiltherapeuten (nur KJP), Logopäden (nur KJP)	
§ 7 Anrechenbarkeit anderer Berufsgruppen	<p>[DKG] (2) Bei der tatsächlichen Personalausstattung können Fachkräfte aus den Berufsgruppen nach § 5 auf andere Berufsgruppen nach § 5 angerechnet werden, soweit diese gemäß Anlage 5 Regelaufgaben der Berufsgruppe, bei der die Anrechnung erfolgen soll, erbringen. Eine Anrechnung nach Satz 1 ist nur zwischen folgenden Berufsgruppen gemäß § 5 möglich: zwischen a und c und zwischen b, d, e, f und g. Die angerechneten Fachkräfte sind als Vollkräfte gemäß Anlage 3 gesondert auszuweisen und zu erläutern.</p> <p>[GKV-SV/PatV] [in Anlage 4 verortet]</p>	<p>Die Anrechenbarkeit anderer Berufsgruppen für die tatsächliche Personalausstattung sollte hinterfragt werden. Sollte hier nicht die Qualifikation des Personals im Vordergrund stehen, damit die Basis für eine adäquate Behandlung gegeben ist.</p> <p>In §8 Anrechnung von anderer Berufsgruppen muss mit Erfüllung der Regelaufgaben differenziert nachgewiesen werden.</p>
Anlage 2: Minutenwertetabellen	<p>1. Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für Erwachsene</p> <p>[DKG: Zeitwerte in Minuten je Woche und Behandlungsbereich]</p> <p>2. Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für Kinder und Jugendliche</p>	<p>Die für eine Regelbehandlung durch einen Physiotherapeuten vorgegebene Therapiezeit beträgt 28 Minuten pro Woche. Bei Intensivbehandlung 29 Minuten pro Woche. Aus wissenschaftlichen Veröffentlichungen als auch dem heutigen medizinischen Standard ist bekannt und belegt, wie wichtig regelmäßige Bewegungstherapie als auch aktive Bewegung für den Patienten sein kann. Sofern 28 Minuten auf 5 Wochentage (Arbeitstage/Woche) aufgeteilt werden, bleiben dem Patienten etwas mehr als 5 Minuten aktive Bewegungstherapie pro Tag, was für eine methodisch durchdachte Therapie einen unmöglich zu realisierenden</p>

		<p>kurzen Zeitrahmen steckt. Daher ist es fraglich wie realistisch die Minutenwerte sind.</p> <p>Ebenso stellt sich die Frage, ob die Therapie in Einzeltherapie oder auch Gruppentherapie durchgeführt werden kann und ob dies genauer definiert werden sollte.</p>
--	--	--

09.07.2021



Vereinte

Dienstleistungs-
gewerkschaft

Stellungnahme

der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

zum

Beschlussentwurf über eine Änderung der

Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik- Richtlinie/PPP-RL: Mindestvorgaben für Psychotherapeuten und Präzisierung bzw. Überarbeitung weiterer Regelungen

zur Anhörung am 25. August 2021

Berlin, 09. Juli 2021

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

Bundesvorstand

Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

Vorbemerkung

Mit der Einführung der Richtlinie wurde das Ziel verfolgt, die Qualität in der psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Versorgung zu sichern.

Mindestvorgaben sollen einen Beitrag zur leitliniengerechten Behandlung leisten. Mehr als 1,5 Jahre nach Inkrafttreten der PPP-RL sind nur in einigen psychiatrischen Krankenhäusern und Fachabteilungen lediglich geringfügige Verbesserungen der Personalausstattung und damit auch der Versorgungssituation erkennbar.

Das nach 2019 von ver.di 2021 zum zweiten Mal durchgeführte Versorgungsbarometer Psychiatrie mit über 1800 Teilnehmenden zeigt, dass die Personalausstattung immer noch von 69 Prozent der Befragten – Beschäftigten der medizinisch-therapeutischen Berufsgruppen in psychiatrischen Krankenhäusern – als knapp oder viel zu gering eingeschätzt wird (2019: 77,3 Prozent).

Dies führt einerseits zu Mängeln in der Versorgung, verstärkt andererseits die Überlastung der Beschäftigten und trägt dazu bei, dass fast drei Viertel (74 Prozent) der Befragten sich nicht vorstellen können, unter diesen Bedingungen bis zur Rente zu arbeiten. 2019 betrug der Wert 76,9 Prozent.

Eine konsequente, vollständige (100 Prozent) Umsetzung der Richtlinie sowie die Bereitstellung des darüber hinaus gehenden erforderlichen Personals ist daher dringend geboten, um den „Pflexit“, d. h. der Abwanderung des Pflegepersonals, aber auch den Ausstieg weiterer Berufsgruppen zu beenden und Versorgungsmängel zu vermeiden.

Die Gründe für die schleppende Umsetzung liegen einerseits in den Verwerfungen im Versorgungsgeschehen durch die Pandemie. Hier tritt hoffentlich bald eine Normalisierung ein, allerdings ist von einem verstärkten Patient*innenaufkommen durch verzögerte Behandlungen und pandemiebedingte psychische Erkrankungen¹ auszugehen.

ver.di kritisiert, dass die Umsetzung der Richtlinie durch das Krankenhausmanagement häufig verzögert angegangen wurde, da sie noch nicht mit Sanktionen versehen ist. Es ist daher zu begrüßen, dass ab 2022 die Nichterfüllung der Vorgaben Konsequenzen hat.

ver.di spricht sich entschieden gegen eine weitere Verschiebung des Inkrafttretens des Sanktionsregimes aus und begrüßt, dass eine entsprechende Änderung nicht im Beschlussentwurf enthalten ist.

¹ Vgl. Auswertung der Nako-Gesundheitsstudie zur Zunahme psychischer Erkrankungen im ersten Corona-Lockdown: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/118962/Umfrage-zeigt-psychoziale-Auswirkungen-der-Pandemie>

Ein weiterer Grund der verzögerten Umsetzung der Richtlinie ist, dass die vollständige Finanzierung des einzusetzenden Personals abhängig ist vom Ergebnis der Budgetverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen. Die in der PPP-RL vorgegebenen Mindeststandards erheben jedoch weder den Anspruch, Arbeitsschutzstandards abschließend zu berücksichtigen, noch können sie eine leitliniengerechte Versorgung gewährleisten. Dafür ist ein Personaleinsatz deutlich über den Vorgaben der Richtlinie erforderlich. Es bleibt die Verantwortung der Krankenhausgeschäftsführungen und Krankenkassen vor Ort, die über die Richtlinie hinausgehenden Personalbedarfe entsprechend § 3 Abs. 4 Nr. 5 i. V. m. § 18 BPfIV in den Budgetverhandlungen zu berücksichtigen. Der Gesetzgeber bleibt aufgefordert, diese 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 vorliegenden Änderungen gehen aus der ver.di-Perspektive grundsätzlich in die richtige Richtung. Änderungsbedarf wird im Detail gesehen und im Einzelnen ausgeführt.

Der vorliegende Beschlussentwurf heilt jedoch nicht die grundsätzlichen, in früheren Stellungnahmen angesprochenen Mängel der PPP-RL:

- Es fehlt eine zeitgemäße Einstufung der Patient*innen in moderne Behandlungsbereiche bzw. nach Behandlungsbedarf unter Einbeziehung ambulanter Versorgungsformen.
- Die weitgehend aus der PsychPV übernommenen Regelaufgaben und Minutenwerte sind an die realen Aufgaben und deren erheblich gestiegenen Zeitbedarf anzupassen und sollten sich an bedarfsgerechter Behandlung orientieren (z.B. auch Umsetzung der S3-Leitlinie zur Verhinderung von Gewalt und Zwang, Recovery-Konzepte, Safewards etc.). Diese ist in einem Krankenhausbereich, in dem Menschen zum Teil zwangsweise versorgt werden, jedenfalls zu garantieren.
- Es fehlt eine Regelung der Personalbesetzung im Nachtdienst, die gefährliche Alleinarbeit ausschließen muss.
- Neu zu konstatieren ist, dass die Lücke, die durch die Möglichkeit der Herausnahme der Modellprojekte nach § 64b SGB V aus dem Geltungsbereich der Richtlinie gerissen wird, dringend durch adäquate Standards auch für diesen Bereich geschlossen werden muss.
- Nach wie vor fehlen Regelungen, wie die Ausfallzeiten und weitere in § 2 Abs. 10 aufgeführte Personalbedarfe, die nicht durch die bisherigen Mindestvorgaben erfasst werden, zu quantifizieren und für die örtlichen Budgetverhandlungen abzubilden sind.

Hier ist eine Regelung unerlässlich, um die Einhaltung der Qualitätsstandards zur Personalausstattung zu gewährleisten.

Diese Mängel sind im Rahmen der Weiterentwicklung gezielt aufzugreifen und, solange der Gesetzgeber die Entwicklung und Erprobung eines bedarfsgerechten Personalbemessungsverfahrens für die Psychiatrien noch nicht beauftragt, im G-BA zu bearbeiten.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

§ 2 Grundsätze

ver.di lehnt beide Änderungsvorschläge ab.

- Der Änderungsvorschlag der DKG läuft darauf hinaus, dass eine Behandlung grundsätzlich auch bei Unterschreitung der Mindestvorgaben zulässig ist. Das impliziert eine mangelhafte Versorgung und Überlastung des Personals und darf nicht möglich sein. Gerade in Einrichtungen, die zu einem wesentlichen Teil Patient*innen behandeln, die nicht freiwillig untergebracht sind, ist diese maßgebliche Qualitätsrichtlinie unbedingt einzuhalten. Ein Personalpuffer ist vorzusehen und zu finanzieren, ein Ausfallmanagement adäquat auszugestalten. Eine Belegungssteuerung findet in der betrieblichen Praxis ohnehin statt und ist auf das Ziel der ausreichenden, bedarfsgerechten Personalausstattung hin auszurichten.
- Der Änderungsvorschlag des GKV-S verstärkt die abzulehnende Regelung, dass die Richtlinie auf Stationen ggf. dauerhaft und wesentlich unterschritten werden kann, wenn an anderer Stelle mehr Personal eingesetzt ist. Das kann zu einer Unterversorgung bestimmter Patientengruppen und Überlastung des Personals auf diesen schlechter besetzten Stationen führen. ver.di setzt sich dafür ein, dass die Mindestvorgaben zumindest auf Stations- und Wochenbasis jederzeit eingehalten werden müssen.

§ 3: Behandlungsbereiche und Anlage 1 Minutenwerte

A8

Die Einführung des neuen Behandlungsbereiches A8 ist sachgerecht.

Kritisch bewertet ver.di, dass dieser an die OPS-Codes geknüpft wird. Das PEPP-System ist noch nicht abschließend evaluiert, sein Beitrag zu patientengerechter Behandlung mindestens hoch

umstritten. Aufgrund seines Charakters einer pauschalierten Vergütung mit hohem Einzelleistungsbezug wird PEPP von ver.di abgelehnt. Die Personalbemessung sollte keinesfalls in dieser Form an einzelne OPS-Codes geknüpft werden.

Ebenfalls vehement abgelehnt wird der Vorschlag von GKV-S und PatV, die Minutenwerte für die Pflegefachpersonen hier auf ca. 40 Prozent (von 509 auf 201 Minuten) zu reduzieren. Eine lineare Kürzung aufgrund der geringeren Dienstzeiten, die als Begründung angeführt wird, setzt sich überhaupt nicht mit den tatsächlichen Aufgaben der Pflegekräfte in der teilstationären Versorgung auseinander. Ohne eine grundlegende (Neu)Analyse darf hier keine Anpassung nach unten vorgenommen werden.

P4/P5/P6

Die anlasslose Verringerung der Pflegeminutenwerte für die P4 lehnt ver.di ab (siehe Ausführungen zu A8).

Die Verringerung der Pflegeminutenwerte bei der P5/P6 ist nicht hinreichend begründet. Hier ohne ausreichende Evidenz eine Verschiebung zwischen den Berufsgruppen Psychotherapeut*innen und Pflege vorzunehmen, ist nicht hilfreich. Eine echte Bedarfsermittlung hat immer noch nicht stattgefunden. In der vorliegenden Form lehnt ver.di die vorgeschlagenen zusätzlichen Kategorien ab.

§5 Berufsgruppen, Regelaufgaben (Anlage 4), Minutenwerte (Anlage 1)

Absatz 1b – Definition der Berufsgruppe Pflege

ver.di befürwortet die explizite Erwähnung der psychiatrischen Weiterbildung von Pflegefachpersonen. In Zukunft ist eine Quote fachweitergebildeter oder hochschulisch weitergebildeter Pflegekräfte anzustreben. Auf eine ausreichende Präsenz praktisch ausgebildeter Pflegekräfte ist abzustellen.

Absatz 1c/2c – Definition der Berufsgruppe Psychotherapeut*innen/Psycholog*innen.

ver.di begrüßt die Abbildung der Berufsgruppe der Psychotherapeut*innen.

Zum Vorschlag der BpTK (hier und §8), die Berufsgruppe der Psycholog*innen zu streichen, merkt ver.di an, dass bei einer Übernahme mindestens ein Bestandsschutz für die jetzt schon angestellten Psycholog*innen gewährleistet werden muss, ggf. auch über das Jahr 2035 hinaus.

Die Aufnahme der Psychotherapeut*innen in Ausbildung in die Berufsgruppen nach § 5 wird von ver.di begrüßt. Es muss sichergestellt sein, dass der Vorbehalt der Anrechnung nur bei Bezahlung nach Grundberuf (§8 Abs. 2) seine Gültigkeit behält.

Regelaufgaben der Berufsgruppen (Anlage 4)

Die Überarbeitung der Regelaufgaben bleibt auf Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen beschränktes Stückwerk und kann damit nicht homogen sein. Im multiprofessionellen Team scheint eine Überarbeitung nur eines Teils der Regelaufgaben wenig sachgerecht. Es ist allerdings zu begrüßen, dass die dringend notwendige Überarbeitung dieses Grundbausteins einer Personalbemessung in Angriff genommen wurde. Die notwendige Erhöhung der Minutenwerte als Konsequenz aus dieser Überarbeitung muss dringend erfolgen.

Beide Berufsgruppen (Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen)

Es darf keine „Regelaufgabe“ sein, die eigenen Patient*innen zu begutachten, schon gar nicht im Rahmen von Strafverfahren. Bei beiden Berufsgruppen ist darauf zu achten, dass Behandlung und gutachterliche Tätigkeit ggf. aus Gründen der Schweigepflicht und des Vertrauensschutzes zu trennen sind. Es muss also eine saubere Trennung zwischen begutachtendem und behandelndem Ärzt*in/Psychotherapeut*in geben, erstere*r darf nur nach Entbindung von der Schweigepflicht in die Akten schauen.

Gutachterliche Tätigkeiten, die außerhalb der Arbeitszeit angesiedelt sind (richterlicher Auftrag), sind von den Regelaufgaben auszunehmen. Die hierfür aufgewendete Zeit fließt nicht in die Erfüllung der Mindeststandards ein.

Psychotherapeut*innen:

ver.di unterstützt die vollständigere Version der Regelaufgaben, die die BPtK vorgelegt hat. Bei der Bearbeitung gutachterlicher Fragestellungen sind betreuungs- und unterbringungsrechtliche Fragestellungen zu ergänzen.

Ärzt*innen:

Die Trennung durch GKV-SV und BÄK in medizinische und psychotherapeutische Grundversorgung überzeugt nicht durchgehend, weil sie die notwendige Zusammenschau z. B. von medizinischer, psychosomatischer und psychotherapeutischer Anamnese nicht verdeutlichen kann.

Folgende Ergänzungen/Änderungen werden vorgeschlagen:

- Fremdanamnese als sehr zeitaufwändiger und sehr wichtiger Bestandteil der Anamnese sollte besser abgebildet werden: Interaktion mit gesetzlichem Betreuer, ambulanten und stationären Ärzt*innen, sozialpsychiatrischen Einrichtungen, Werkstätten für Menschen mit Behinderungen, Hausärzt*innen, Polizei, Substitutionsärzt*innen, Familienangehörigen u.a.
- Im Vorschlag von GKV-S/PatV sollte die Terminologie zu Arztbrief/Entlassbericht entsprechend der Regelungen über das Entlassmanagement vereinheitlicht werden.
- Bei der Abklärung von Fragen mit Stellen außerhalb des Krankenhauses sollten die hochaufwändigen Unterbringungsanträge explizit erwähnt werden.
- Bei den Verwaltungsaufgaben sollten die hochaufwändigen Dokumentationen für Abrechnung (PEPP-Dokumentation) und ggf. MDK-Anfragen detaillierter erwähnt werden.
- Zu den Anordnungen von apparativer Diagnostik sollte die Aufklärung über eine solche hinzugefügt werden. Diese Aufgabe wird häufig von den Psychiater*innen selbst übernommen (z. B. MRT mit Kontrastmittel).
- Zur Krisenintervention sollte die ggf. Anordnung und Überwachung von Zwangsmaßnahmen hinzugefügt werden.
- Zu den Aufgaben der Oberärzt*innen sollte die Mentor*innenfunktion für Assistenzärzt*innen und Unterstützung bei der Weiterbildungscoordination hinzugefügt werden.

Explizit unterstützt werden folgende Formulierungen:

- Ad S85 GKV: „Dokumentation des **körperlichen** Verlaufs **und der psychiatrischen Interaktion**, Aktenführung, Arztbrief“. Wichtig ist, dass diese Tätigkeiten (und entsprechend die Zeit für die Interaktionsbeurteilung körperlich- psychisch) ausreichend abgebildet werden. Aus Zeitmangel erledigen Ärzt*innen diese Aufgaben z.T. nach der Regelarbeitszeit.
- Ad S85 DKG: „Teilnahme an täglichen **patientenbezogenen** Verlaufsbesprechungen im Team (**medizinische und psychotherapeutische Befunde**)“ (Unterstreichung ver.di)
- Ad S 87 oben: „Regelhafte Unterweisung in (...) Reanimation“ wird als sehr wichtig erachtet.

Anlage 1 Minutenwerte:

Bei einer weitreichenden Anpassung der Regelaufgaben sollen und müssen auch die entsprechenden Minutenwerte für Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen angepasst werden. ver.di unterstützt die Position der PatV, die Erhöhungen bei beiden Berufsgruppen vorsieht. Diese entspricht den Anpassungen der Regelaufgaben wie auch der langjährigen Evidenz (als ein Beispiel siehe die Bad Schussenrieder Tabellen u.a.).

Zusätzlich sollten die Minutenwerte der Ärzt*innen in der Gerontopsychiatrie, speziell S1/2, an die Allgemein-/Suchtpsychiatrie angepasst werden. Die geringeren Minutenwerte sind aus Sicht von ver.di sachlich nicht begründet. Gerade in der Alterspsychiatrie gibt es z.B. einen hohen zeitlichen Aufwand schon in der Aufnahmesituation. Oft muss die Anamnese- bei dementen Patient*innen- komplett fremd erhoben werden. Dies bedeutet viele Telefonate oder vor Ort Gespräche. Des Weiteren gibt es in dieser Altersgruppe oft eine sehr hohe mitgebrachte Medikamentenzahl. Viele Patient*innen kommen über die Notaufnahme ohne jeglichen Medikamentenplan, die Recherche ist aufwändig. Auch die Medikamentenverordnung ist häufig schwierig und zeitaufwändig, wegen der Gefahr der Polypharmazie.

Absatz d/g (Zusammenlegung Spezialtherapie und Logopädie in der KJP):

Da es sich bei der Berufsgruppe der Logopäd*innen um sehr niedrige Minutenwerte handelt und die Berufsgruppen ohnehin aufeinander angerechnet werden können, ist die Zusammenlegung sachgerecht.

Andere Anmerkungen zu § 5:

Weiterhin fehlt die Festlegung einer Quote für approbierte Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen sowie fachweitergebildete Pflegende, was zur Qualitätssicherung stark beitragen würde.

§ 6/§ 7, hier: Nachtdienste

ver.di kritisiert, dass es weiterhin keine Vorgaben für den Nachtdienst gibt. Diese sind dringend erforderlich. Das ver.di-Versorgungsbarometer hat besorgniserregende Zustände aufgezeigt: 39 Prozent der Befragten, die für mehr als 20 Patient*innen zuständig waren, berichten, dass auf der Station der Nachtdienst allein arbeitet. 22 Prozent der Befragten auf Akutstationen arbeiteten im Nachtdienst allein. Das stellt aus Sicht von ver.di eine unverantwortliche Gefährdung von Patient*innen und Beschäftigten dar und muss dringend durch ein Verbot der Alleinarbeit auf psychiatrischen Stationen unterbunden werden.

§ 8, Anrechnung von Berufsgruppen

Die von der DKG vorgeschlagene weitere Ausdehnung der ohnehin schon sehr weitgehenden Anrechnungsregelungen, mit der Psychotherapeut*innen auch auf die anderen nichtärztlichen Berufsgruppen angerechnet werden könnten, wird von ver.di entschieden abgelehnt. Solche Anrechnungsmöglichkeiten gehen im Zweifel zu Lasten der Pflegenden, ohne dass die angerechneten Berufsgruppen tatsächlich die Aufgaben der Pflege, geschweige denn den von der Pflege geleisteten Schicht- und Wochenenddienst, übernehmen. Wenn zusätzliche Psychotherapeut*innen über die PPP-RL hinaus da sind, verweist das nicht darauf, dass diese andere Berufsgruppen ersetzen können oder sollen, sondern darauf, dass die Minutenwerte dieser Berufsgruppe nach oben angepasst werden müssen, um bedarfsgerechte Behandlung zu ermöglichen und sicherzustellen (s.o.).

§ 11 Nachweisverfahren

Absatz 8

Die Änderung, dass Korrekturen des Nachweises an den ursprünglichen Empfängerkreis gesendet werden, ist sachgerecht und sollte eigentlich selbstverständlich sein.

§ 12 Veröffentlichungspflichten der Krankenhäuser

ver.di setzt sich für eine möglichst hohe Transparenz hinsichtlich der Versorgungsqualität ein. Sowohl die Strukturinformationen der Anlage 3 als auch die Ausnahmetatbestände für eine Nichterfüllung sollten benannt werden.

§ 16 Übergangsregelungen

Absatz 1

ver.di fordert eine unverzügliche, vollumfängliche (100 Prozent), verbindliche Umsetzung der Richtlinie und der darüber hinaus gehenden Personalbedarfe. Insofern wird der Vorschlag von GKV-SV und PatV, die Umsetzung ab dem 1.1.2023 zu 95 Prozent festzuschreiben, als Schritt in die richtige Richtung, jedoch nicht weitgehend genug bewertet.

Absatz 7

Eine Ausweitung der Anrechnungsmöglichkeiten wird von ver.di abgelehnt. Statt weitere Anrechnungsmöglichkeiten für die unzureichenden Mindestvorgaben vorzusehen, ist endlich die Überarbeitung der Regelaufgaben für alle Berufsgruppen in Angriff zu nehmen.

Anlage 3

Ein Ausweis der Trägerschaft und des Bundeslandes wird zu Auswertungszwecken von ver.di unbedingt unterstützt.

Ebenso ist die Erfassung der Modellvorhaben eine wichtige Ergänzung. Diese sollte nicht in groben Kategorien, sondern in einer Prozentzahl angegeben werden.

Da die Modellvorhaben – für ver.di in dieser Konsequenz unverständlich – in der Nachweisvereinbarung vom Nachweis ausgenommen wurden, ist es wesentlich zu erfassen, ob/welcher Teil des Personals im Modellvorhaben tätig ist. Dieses Personal darf für die Umsetzung der Richtlinie selbstverständlich nicht angerechnet werden. Dringend notwendig ist eine Personalbemessung bzw. Mindeststandards – in der Versorgungsform angepasster Weise – auch für die Modellprojekte und andere integrierte Versorgungsformen. Denn auch hier ist eine bedarfsgerechte Personalausstattung wichtige Bedingung, um eine gute Versorgungsqualität zu gewährleisten. Durch die pauschalierte Finanzierung besteht ein Anreiz, am Personal zu sparen. Wird diese Lücke bei den Mindestvorgaben nicht geschlossen, droht eine Flucht aus der PPP-RL in die Modellvorhaben - nicht um die guten versorgungspolitischen Ansätze der Modellvorhaben in die Fläche zu übertragen, sondern um die Mindeststandards zu umgehen.



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

13.07.2021

An den
Gemeinsamen Bundesausschuss G-BA
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

Vorsitzende
Dr. med. Sylvia Claus
Stv. Ärztliche Direktorin und Chefarztin
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und
Psychotherapie
Pfalzkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie AdöR
Weinstraße 100
76889 Klingenstein
Tel.: 06349 900 2000
Fax: 06349 900 2099
E-Mail: sylvia.claus@pfalzkrankenhaus.de
bdk@pfalzkrankenhaus.de

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

**Stellungnahme der BDK zum
Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine
Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie
(PPP-RL): Mindestvorgaben für Psychotherapeuten und Präzisierung bzw.
Überarbeitung weiterer Regelungen**

Die BDK schließt sich den Positionen der Bundesärztekammer an. Insbesondere wird eine Erhöhung der Minutenwerte ärztlicher sowie nicht-ärztlicher Psychotherapeuten befürwortet.

Die Ausweitung von Aufgaben nicht-ärztlicher Psychotherapeuten über den Bereich hinaus, wofür sie ausgebildet und qualifiziert sind, wird abgelehnt.

Im Folgenden finden Sie unsere Positionen zu einzelnen Paragraphen und Anlagen:

§ 5 („Berufsgruppen“):

Die BDK unterstützt die Position von GKV-SV/DKG bzw. GKV-SV/DKG und BÄK. Psychotherapie ist *eine* Methode bzw. *eine* Säule der stationären Behandlung im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans. Diese Methode wird von Ärztinnen/Ärzten und Therapeutinnen/Therapeuten mit psychologischer Grundausbildung angewandt. Die zwei Berufsgruppen haben darüber hinaus verschiedene zusätzliche Kompetenzen und Schwerpunkte. Diese werden am besten durch die Zusätze „ärztlich“ bzw. „nicht-ärztlich“ gekennzeichnet.

§ 2 Abs. 2 („Behandlungsverbote“):

Die BDK unterstützt die Position von DKG/BÄK.

Nach § 2 Abs. 2 der Richtlinie wäre eine Behandlung grundsätzlich nur dann zulässig, wenn die verbindlichen Mindestvorgaben beim Personal eingehalten werden. Die BDK begrüßt

zwar die Intention der Durchsetzung der Mindestvorgaben. Eine resultierende Reduktion von Behandlungskapazitäten, z.B. bei Schwierigkeiten offene Personalstellen zu besetzen, könnte jedoch verheerende Auswirkungen auf die Versorgung der Bevölkerung haben. Sie würde auch im Widerspruch zur regionalen Versorgungsverpflichtung der psychiatrischen Kliniken stehen. Die ambulanten Versorgungsstrukturen sind nicht so aufgebaut, dass sie die Bettenreduktion kompensieren könnten. Insgesamt sind die Regelungen nach § 2 Abs. 2 der Richtlinie zwar „gut gemeint“, aber nicht gut gemacht.

§ 8 Abs. 3 („Anrechnung von Psychologen auf (z. B.) Spezialtherapeuten wird ermöglicht“):

Die BDK unterstützt die Position von DKG/BÄK/DPR.

Eine Erweiterung der Anrechnungsmöglichkeiten bedeutet mehr Flexibilität.

§ 11 Abs. 13 („Nachweisverfahren“):

Die BDK unterstützt die Position der DKG.

Die quartalsweise Lieferung der Nachweise stellt die Kliniken vor enorme Herausforderungen und verursacht unverhältnismäßige Aufwände durch die Bürokratie.

§ 16 Abs. 1 („Übergangsregelungen“):

Die BDK unterstützt die Position der DKG.

Die Kliniken brauchen zumindest in einigen Regionen langfristig greifende Strategien um den Personalstand zu erhöhen. Aus Sicht der BDK ist die Verschärfung der Mindestvorgaben (95% ab dem 1.1.23) dabei eine zusätzliche nicht zielführende Barriere.

Anlage 1 („Minutenwertetabelle“):

Die BDK unterstützt die Position der BÄK hinsichtlich der Minutenwerte in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene sowie die Position der BÄK in den Tragenden Gründen zur Anpassung der Minutenwerte für die Psychotherapie.

Das Berechnungsschema der BÄK (s. Tragende Gründe) für den Zeitaufwand für die Erbringung von Psychotherapie ist plausibel: Zu den Psychotherapiestunden selbst - mit bedarfsabhängig variabler Dauer und Frequenz - kommen die Zeiten für Vor- und Nachbereitung hinzu. Die Psychotherapie wird von ärztlichen und nicht-ärztliche Berufsgruppen gleichermaßen erbracht. Entsprechend sollen die zusätzlichen Minutenwerte für Psychotherapie gleichmäßig auf beide Berufsgruppen verteilt werden. Im Gegensatz dazu sieht der Vorschlag der BPTK eine einseitige Verschiebung psychotherapeutischer Aufgaben hin zu den nicht-ärztlichen Psychotherapeuten vor. Dies lehnt die BDK entschieden ab. Für diese einseitige Verschiebung gibt es keine plausible Begründung bzw. Rechtfertigung.

Anlage 4, Nummer 1 Buchstabe a („Regelaufgaben“):

Die BDK unterstützt die Positionen der DKG hinsichtlich der Regelaufgaben von Ärztinnen und Ärzten.

Im Vorschlag der GKV-SV werden medizinische und psychotherapeutische Grundversorgung voneinander getrennt und einzeln beschrieben. Diese Trennung ist künstlich und erscheint nicht sinnvoll. Im Klinikalltag greifen medizinisch-somatische, psychiatrische und psychotherapeutische Aspekte ineinander und müssen regelhaft und zwingend im Zusammenhang betrachtet werden. Die Erhebung einer Fremdanamnese gehört regelhaft zur Diagnostik und die umfassende Therapieplanung erfolgt in der Gesamtbetrachtung medizinischer, psychosozialer

und psychotherapeutischer Aspekte. In patientenbezogenen Verlaufsbesprechungen werden die bio-psycho-sozialen Aspekte erörtert und insbesondere die möglichen Zusammenhänge reflektiert. Aktenführung und Entlassbericht spiegeln gerade diese Komplexität wider, die das Hauptmerkmal der psychiatrisch-psychotherapeutischen Grundversorgung durch Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus ist. Eine künstliche Trennung der beiden Aspekte wird der Komplexität nicht gerecht.

Anlage 4, Nummer 1 Buchstabe c:

Die BDK unterstützt die Positionen der BÄK hinsichtlich der Regelaufgaben von nicht-ärztlichen Psychotherapeuten. Die Positionen der BPtK werden abgelehnt.

Die BPtK schlägt eine erhebliche Ausweitung der Regelaufgaben nicht-ärztlicher Psychotherapeuten vor, die deutlich über die Psychotherapie hinausgehen. Aus Sicht der BDK können nicht-ärztliche Psychotherapeuten mangels Grundqualifikation z.B. keine umfassende Therapieplanung (Gesamtbehandlungsplan) vornehmen, bei der neben psychotherapeutischen Aspekten immer zwingend notwendig auch medizinisch-psychiatrische Aspekte berücksichtigt werden müssen. Entsprechend können sie auch kein umfassendes „*Monitoring und eine Anpassung der Behandlung im Rahmen von Visiten*“ vornehmen. So können sie auch bei der „*Dokumentation der Erstaufnahme, des Verlaufs, Aktenführung, E-Berichte*“ nicht alle Bereiche, sondern nur die psychotherapeutischen Aspekte abdecken. Es bedarf dabei immer auch zusätzlich der diagnostischen, therapeutischen und ärztlichen Komponenten.

Schließlich werden die „*Bearbeitung gutachterlicher Fragestellungen auch in Bezug auf sozialrechtliche, familienrechtliche, strafrechtliche Fragestellungen*“ sowie die „*Abklärung medizinischer, ..., juristischer und anderer Fragen*“ abgelehnt (Buchstabe c, Nummer 2). Aus Sicht der BDK fehlt es an der Qualifikation der nicht-ärztlichen Psychotherapeuten für diese Bereiche. Diese Aufgaben können deswegen keine Regelaufgaben von nicht-ärztlichen Psychotherapeuten sein.

Erst recht lehnt die BDK die Installierung von Parallelstrukturen von „leitende Psychotherapeuten“ (Doppelbuchstabe cc) und "Visiten der ltd. Psychotherapeut*in" ab. Diese sind unnötig, unsinnig und auch gefährlich, weil sie zu Kommunikationsproblemen und einem Verantwortungs-Wirrwarr bei der Patientenbehandlung führen und im krassen Gegensatz zu einem ganzheitlichen Behandlungsverständnis stehen.

Für den Vorstand der Bundesdirektorenkonferenz

Prof. Dr. med. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank
Vorstand BDK

Dr. med. Sylvia Claus
Vorsitzende BDK



Bonn, den 15.07.2021

Stellungnahme

Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL): [Mindestvorgaben für Psychotherapeuten und Präzisierung bzw. Überarbeitung weiterer Regelungen]

Vorbemerkung:

Die durch die PPP-RL festgelegten Mindestvorgaben bilden die entscheidende Grundlage für die Sicherung der Qualität. Allerdings sieht die APK durch die Sanktionsregelungen und den Zeitplan zu deren Einführung Risiken für die Versorgungssicherheit. Kliniken könnten aus der Ungewissheit, ob sie die Mindestvorgaben erfüllen, notwendige Aufnahmen verweigern. Diese Ungewissheit ist vor allem deshalb zu befürchten, weil die Sanktionen zu einem Zeitpunkt greifen sollen, zu dem auf Grund der Coronapandemie in den Jahren 2020 und 2021 keine belastbaren und erst recht keine zwischen den Vertragspartnern abgestimmten Vergleichswerte aus Vorjahren vorliegen.

Die APK hält trotz der einjährigen Verschiebung den vorgesehenen Zeitpunkt zur Scharfstellung der qualitätssichernden Durchsetzungsmaßnahmen immer noch für verfrüht. Vor diesem Hintergrund können zum jetzigen Zeitpunkt Verschärfungen der Personalvorgaben nicht befürwortet werden.

Eine Ergänzung der Mindestvorgaben für die Zahl vorzuhaltender Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Sinne der gestiegenen Bedeutung für Psychotherapie in der klinischen Behandlung ist gesetzlich vorgeschrieben.

Eine inhaltliche Präzisierung der Mindestvorgaben wird grundsätzlich unterstützt.

Zu einzelnen Aspekten des Beschlussentwurfs nimmt die APK wie folgt Stellung.

Zu § 2 Grundsätze

Abs. 1

Die Evidenz einzelner therapeutischer Maßnahmen bzw. des Einsatzes spezieller Berufsgruppen im Rahmen eines Komplexleistungsprogramms ist kaum nachzuweisen. Insofern war es sinnvoll, sich in der Richtlinie auf den Begriff ‚leitliniengerecht‘ zu beschränken. Die Ergänzung der Anforderung ‚evidenzbasiert‘ wird nicht befürwortet.

Die Vorgabe ‚jederzeit‘ ist verzichtbar, aber auch unschädlich, weil die Anforderung leitliniengerechter Behandlung jederzeit besteht.

Abs. 2

Der Grundsatz, nach dem Behandlung nur zulässig ist, wenn die Mindestvorgaben erfüllt werden, bildet die Grundlage der Richtlinie und sollte nicht gestrichen werden. Allerdings weist die APK darauf hin, dass Kollisionen zwischen der Aufnahmeverpflichtung einer psychiatrischen Klinik mit Versorgungsverpflichtung und diesem Grundsatz eintreten können.

Schon in früheren Stellungnahmen hat die APK betont, dass eine über die Nichtvergütung unbesetzter Stellen hinausgehende Sanktionierung einer Unterbesetzung zu Versorgungsproblemen führen kann. Diese Sorge verstärkt sich aufgrund der Tatsache, dass über die erforderliche Stellenbesetzung wegen pandemiebedingt fehlender abgestimmter Vergleichswerte noch weitgehend Unklarheit besteht. Auch die Daten aus dem Jahr 2021 werden aufgrund der Besonderheiten wegen der Pandemie keine geeignete Grundlage bieten. Es sollte in diesem Zusammenhang klargestellt werden, dass Abweichungen von dem oben genannten Grundsatz insbesondere in der Einführungsphase unvermeidbar sind.

Zu § 3 Behandlungsbereiche

Abs. 1

Die Aufnahme der teilstationären psychiatrisch/psychotherapeutischen Komplexbehandlung wird begrüßt.

Die Aufnahme der Behandlungsbereiche „Intensivierte psychosomatische/psychotherapeutischen Komplexbehandlung (P 5)“ und „Intensivierte psychosomatische/psychotherapeutischen Komplexbehandlung teilstationär (P 6)“ wird grundsätzlich als sinnvolle Differenzierung begrüßt.

Die Intensität bezieht sich allerdings ausschließlich auf die Anzahl der Therapieeinheiten. Es gibt allerdings auch intensive Behandlungsbedarfe mit deutlich erhöhten krankenpflegerischen Behandlungsbedarf oder durch erhebliche somatische Komorbidität.

Zu § 5 Berufsgruppen

Abs. 1 c und 2c

Diplom-Psychologinnen und -psychologen und Master in Psychologie sollten in der Aufzählung enthalten bleiben, weil es für sie im Rahmen der Behandlung sinnvolle Einsatzfelder gibt.

§ 8 Anrechnung von Berufsgruppen

Eine Erhöhung der Anrechenbarkeit zwischen den Berufsgruppen ist sinnvoll und entspricht dem Prinzip der PsychPV, nach dem auch unterschiedliche therapeutische Schwerpunktsetzungen zulässig waren.

Die Anrechenbarkeit sollte allerdings wechselseitig sein und auch Spezialtherapeuten einschließen.

§ 11 Nachweisverfahren

Abs. 13

Eine Verlängerung des quartalsweisen Datennachweises um ein Jahr ergibt Sinn, wenn der Einsatz der Sanktionen entsprechend verschoben wird. Dies wird von der APK befürwortet (siehe Kommentar oben).

POSITION DER DEUTSCHEN PSYCHOTHERAPEUTENVEREINIGUNG (DPTV)

Zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richt- linie (PPP-RL)

BERLIN, DEN 16.07.2021

**Bundesvorstand
Vorsitzender:
Gebhard Hentschel**
Am Karlsbad 15
10785 Berlin
Telefon 030 2350090
Fax 030 23500944
bgst@dptv.de
www.dptv.de

A. AUSGANGSSITUATION

Die DPTV begrüßt eine Änderung der Richtlinie zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL). Denn die Kliniken für Psychiatrie und Psychosomatik haben zu wenig Personal zur Verfügung, um Patient*innen psychotherapeutisch so zu behandeln, wie es aktuelle wissenschaftliche Leitlinien empfehlen. Die Evidenz von Psychotherapie hat sich in den vergangenen Jahrzehnten so erheblich verändert, dass eine grundlegende Modernisierung der psychiatrischen Kliniken erforderlich ist.

Das Fehlen von ausreichend Psychotherapeut*innen führt zu schwierigen Arbeitsbedingungen für das vorhandene Personal und hat noch drastischere Konsequenzen für die Patient*innen. Eine ausreichende Versorgung kann unter den gegebenen Bedingungen nicht gewährleistet werden.

Eine von ver.di initiierte Umfrage¹ unter 1800 Psychiatriebeschäftigten bestätigte erhebliche Defizite in der Versorgung innerhalb verschiedener Stationsarten in der Psychiatrie. Diese Befunde sind nicht neu. Schon 2019 erhob ver.di ein solches Versorgungsbarometer, das bereits ähnliche Missstände aufzeigte².

Die Umfrage ergab, dass notwendige Einzel- und Gruppentherapieeinheiten aufgrund der personellen Unterbesetzung häufig ausfallen. Mehr als 60% der Befragten (2019 bei 40%) gaben an, dass Einzeltherapien in ihrer letzten Schicht „nur zum Teil“, „nur sehr eingeschränkt“ oder „nicht möglich“ gewesen sei. 68,8% (2019 77,3%) der Beschäftigten in den Psychiatrien werten die Personalausstattung als „knapp“ oder „viel zu gering“. Deutlich zeichnet sich der Zusammenhang von Versorgungsqualität und Personalausstattung ab: je skeptischer die Beschäftigten ihre Personalsituation einschätzen, desto stärker benennen sie auch erhebliche Defizite in der Qualität.

¹ Ver.di, Versorgungsbarometer Psychiatrie 2019, einsehbar unter folgender <https://gesundheit-soziales.verdi.de/themen/versorgungsbarometer>, zuletzt aufgerufen 01.07.21

² Ver.di, Versorgungsbarometer Psychiatrie 2019, einsehbar unter folgender URL: <https://gesundheit-soziales.verdi.de/mein-arbeitsplatz/psychiatrie/++co++d147c286-9d97-11e9-9757-525400f67940>, (zuletzt aufgerufen am 15.08.2020).

Drei von fünf Beschäftigten haben in den letzten vier Wochen mindestens eine Zwangsmaßnahme miterlebt (2019 Drei von Vier).

Ca. 50% (2019 60%) meinen, dass „ungefähr die Hälfte“ oder „fast alle“ dieser Zwangsmaßnahmen mit einer besseren Personalausstattung vermeidbar gewesen wären.

Aus ökonomischen Gründen werden in den Kliniken Psychotherapeut*innen in Ausbildung (PiA) als geringfügig Beschäftigte eingesetzt um die bestehende Unterversorgung auszugleichen. Aufgrund des geringen Personalschlüssels erhalten die PiAs jedoch häufig kaum fachliche Anleitung. Aus Qualitätsgesichtspunkten kann dieser Zustand nicht weiter aufrechterhalten werden. Die Überlastung des vorhandenen Personals gefährdet sowohl die Gesundheit des Personals als auch der Patient*innen und wird dem tatsächlichen Behandlungsbedarf keineswegs gerecht. Die Ergebnisse der Umfrage machen deutlich, dass eine erhebliche Aufstockung der Personalausstattung mit qualifiziertem Fachpersonal dringend notwendig ist.

Wir begrüßen daher, dass der Gesetzgeber den Handlungsbedarf erkannt hat und die Mindestvorgaben für Psychotherapeut*innen in die PPP-Richtlinie aufgenommen hat und nun verbessern will. Auch sollten die Regelaufgaben und das Qualifikationsniveau von psychotherapeutischen Behandelnden festgeschrieben werden.

B. BEWERTUNG

Zur Verwendung der Bezeichnung „nicht-ärztlich“ in § 5 Absatz 1c) und Absatz 2c)

Der Zusatz „nicht-ärztlich“ zur Bezeichnung der Berufsgruppe ist nicht notwendig und nicht fachgerecht. Denn eine begriffliche Klarstellung erfolgt bereits in den Vorschriften des Berufs- und Vertragsarztrechts. Dort wird mit den Begriffen „Psychotherapeutin“ und „Psychotherapeut“ jemand bezeichnet, der nicht Arzt ist³. Dementsprechend werden die Begriffe „Psychotherapeutin“ und „Psychotherapeut“ nicht nur im PsychThG, sondern auch im SGB V und in § 132a Abs. 1 Nr. 2 StGB verwendet.

Auch spricht gegen die Verwendung des Zusatzes „nicht-ärztlich“, dass ein solcher Zusatz vor dem Hintergrund der Aufzählung der Berufsgruppen in § 5 PPP-RL redundant und nicht notwendig ist. Aus der Aufzählung der Berufsgruppen in § 5 PPP-RL wird erkennbar, dass mit der Berufsgruppenbezeichnung „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ keine Ärztinnen und Ärzte gemeint sind. Die Berufsgruppe der „Ärztinnen und Ärzte“ steht an erster Stelle der in § 5 PPP-RL aufgezählten Berufsgruppen. Damit wird bereits eingangs erkennbar, dass alle

³ §1 PsychThG

nachfolgenden Berufsgruppen keine Ärztinnen und Ärzte sind, folglich auch nicht die Berufsgruppe der „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“.

Unterscheidung Psycholog*innen vs. Psychotherapeut*innen

Auch weiterhin findet keine Unterscheidung zwischen Psycholog*innen vs. Psychotherapeut*innen in der PPP-RL statt, obwohl sich die rechtliche Rahmenbedingung inzwischen massiv verändert haben.

Diplom- / und Master-Psycholog*innen, die weder über eine Approbation verfügen noch eine Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeut*in (in der Kinder- und Jugendpsychiatrie auch zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in) absolvieren, fallen nicht unter die Berufsgruppe „Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen“. Sie sind in den Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik nur noch eine kleine Gruppe. Das Berufsbild der Psychotherapeut*in – d. h. der Psychologischen Psychotherapeut*innen (PP) und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen (KJP) – war in der Psych-PV aus dem Jahr 1991 nicht abgebildet. Auch bei der Überführung der Regelungen der Psych-PV in die PPP-Richtlinie wurde aus Zeitgründen auf eine Berücksichtigung dieser Berufsgruppe mit einem eigenen Aufgaben- und Tätigkeitsprofil (Regelaufgaben) verzichtet. Dabei unterscheidet sich das Kompetenz- und Aufgabenprofil der PP und KJP grundlegend vom Kompetenz- und Aufgabenprofil der „Psycholog*innen“, wie es in der Psych-PV auf Basis des damals existierenden Berufsbildes festgelegt wurde. PP und KJP erwerben im Gegensatz zu Psycholog*innen nach dem Studium in einer drei- bis fünfjährigen Ausbildung eine Approbation und sind Angehörige eines akademischen Heilberufs. In der ambulanten Versorgung entspricht das damit erworbene Qualifikationsniveau dem Facharztstatus. Psychotherapeut*innen werden während ihrer Ausbildung umfassend für die Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen qualifiziert. Entsprechend ihres breiteren Kompetenzprofils übernehmen Psychotherapeut*innen in der stationären Versorgung andere und verantwortlichere Aufgaben, als in den Regelaufgaben der Psych-PV für die psychologische Berufsgruppe festgeschrieben wurde. Diese Entwicklung seit dem Jahr 1999 muss in der PPP-Richtlinie angepasst werden.

Zudem kann festgestellt werden, dass mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung die Grundlage zur Qualifikation der zukünftigen Fachpsychotherapeut*innen geschaffen worden ist. Demnach werden ab 2022 die ersten Absolvent*innen ihr Studium der Psychotherapie mit der Approbation als Psychotherapeut*in abschließen und ihre Weiterbildung zur Fachpsychotherapeut*in in den Kliniken beginnen. Diese Berufsgruppe wird perspektivisch in Zukunft vorwiegend die psychotherapeutische Versorgung in den Kliniken leisten.

Die Anzahl der Psychologischen Psychotherapeut*innen (PP) und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen (KJP) wird in den Kliniken mit der Zeit abnehmen. Bis zum 1. September 2035 wird es für Psycholog*innen noch möglich sein,

sich zu PP und KJP zu qualifizieren. Aus diesem Grund erscheint eine Übergangsfrist bzgl. der Anrechnung auf die Berufsgruppe gemäß § 5 Absatz 1 Buchstabe c von Diplom- und Master-Psychologinnen und -Psychologen auf § 5 Absatz 2 Buchstabe c bis zum 1. September 2035 sachgerecht.

Sollte sich über die Nachweise der PPP-RL herausstellen, dass die Gruppe der „Psycholog*innen“ ohne Ausbildung zum PP/KJP entgegen der getroffenen Annahme eine substanzielle Größe in Kliniken darstellt, besteht gemäß § 8 Absatz 5 die Möglichkeit, „Psycholog*innen“ in einem Umfang von bis zu 10% auf die Berufsgruppe der Psychotherapeut*innen anzurechnen.

Zu Hilfskräften gemäß § 8 Absatz 5

Die DPTV sieht die Anrechenbarkeit von Hilfskräften und nicht-approbierten Personal entsprechend § 5 Abs.1 und 2 b, d, e und f auf die Berufsgruppe der Psychotherapeut*innen kritisch. Psychotherapeutische Behandlung ist hochqualifizierte Tätigkeit und erfordert ein Hochschulstudium, postgraduale Aus- und Weiterbildung und die Approbation. Wir fordern daher das Einhalten von Qualifikationsstandards zur Qualitätssicherung und Patient*innen-Sicherheit.

Zur Anlage 1 Minutenwerttabellen

Die DPTV schließt sich der Empfehlung der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) an und befürwortet die gesamte Übernahme der vorgeschlagenen Minutenwerte durch die BPTK. Nach § 136a Absatz 2 SGB V soll die Psychotherapie gemäß ihrer Bedeutung für die Behandlung psychisch und psychosomatisch Erkrankter durch die Mindestvorgaben für Psychotherapeut*innen abgebildet werden. Zur Stärkung der Psychotherapie sollen deshalb die Minutenwerte entsprechend erhöht werden. Dieser Aspekt ist zentral.

Sicherstellen von individueller Einzelbehandlung

Die Entscheidung des Behandlungssettings (Einzel- versus Gruppentherapie), darf nicht aufgrund von ökonomischem Druck erfolgen. In einer Gruppenpsychotherapie ist der Patient*innen-Psychotherapeut-Personalschlüssel aus ökonomischer Sicht effizienter, da zeitgleich mehr Patient*innen versorgt werden. Doch in der Gruppenpsychotherapie werden nicht bloß mehrere Einzeltherapien zusammengefasst – sie ist ein spezifisches Behandlungskonzept. Sie kann die Einzeltherapie nicht ersetzen, aber deutlich erweitern und bereichern und sollte daher stets inhaltlich-indikationsgeleitet eingesetzt werden, statt sich ökonomischen Faktoren zu unterwerfen. Behandlungszeit sollte deshalb explizit auch Minutenwerte für Einzelpsychotherapie erfassen, damit Behandlungsbedürfnisse der Patient*innen sichergestellt werden können. Denn

Zur Anlage 4 Regelaufgaben

Die DPTV spricht sich eindeutig für die Aufnahme von Regelaufgaben von Leitenden Psychotherapeut*innen in die PPP-RL aus gemäß dem Vorschlag der BPTK. Gemäß des hohen Qualifikationsniveaus von Psychotherapeut*innen gehen damit auch Kompetenzen für Leitungsaufgaben einher. Auch hat eine Umfrage⁴ unter über 1426 angestellten Psychotherapeut*innen ergeben, dass über 21% der Befragten schon über 10 Jahre approbiert seien und somit über fundierte Berufserfahrung in den Kliniken verfügen.

C. HANDLUNGSBEDARF

Auf Basis der o.g. Sachlage sprechen wir uns für folgende Änderungen in der PPP-RL aus:

Rot = Änderung
~~Rot~~ = Streichung

§ 2 Grundsätze

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

§5 Berufsgruppen

- (1) c) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten **[keine Übernahme von „nicht-ärztlich“]** Dazu zählen ~~Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen oder Master in Psychologie~~, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten, ~~Diplom-/Master-Psychologinnen in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin und Diplom-/Master-Psychologen in Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten~~, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 1. September 2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes sowie **Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten für Erwachsene**
- (2) c) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten **[keine Übernahme von „nicht-ärztlich“]**

⁴ DPTV-Angestelltenumfrage, veröffentlicht in Psychotherapie Aktuell 2021-01, online unter <https://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/gesundheitspolitik/aktuelle-meldungen/news-bund/news/mehr-psychotherapeutinnen-in-klinische-fuehrungspositionen/>, zuletzt abgerufen 01.07.21

(Dazu zählen ~~Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen oder Master in Psychologie~~, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, ~~Diplom-/Master-Psychologinnen in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin und Diplom-/Master-Psychologen in Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten, Diplom-/Master-Psychologinnen oder/bzw. (Sozial-) Pädagoginnen in Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und Diplom-/Master-Psychologen oder/bzw. (Sozial-) Pädagogen in Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 1. September 2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes sowie Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche~~

- (6) Bei der tatsächlichen Personalausstattung gemäß § 7 können Diplom- und Master-Psychologinnen und -Psychologen, die keine Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin oder zum Psychologischen Psychotherapeuten absolvieren, auf die Berufsgruppe gemäß § 5 Absatz 1 Buchstabe c, und Diplom- und Master-Psychologinnen und -Psychologen, die keine Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten absolvieren, auf § 5 Absatz 2 Buchstabe c bis zum 1. September 2035 angerechnet werden. Es besteht gemäß § 8 Absatz 5 die Möglichkeit, Fachkräfte aus anderen Berufsgruppen, in diesem Fall „Psycholog*innen“ in einem Umfang von bis zu 10% auf die Berufsgruppe der Psychotherapeut*innen anzurechnen.

Anlage 1 Minutenwerttabellen

[Die DPTV schließt sich vollständig der Empfehlung der BundespsychotherapeutenKammer an und befürwortet die gesamte Übernahme der vorgeschlagenen Minutenwerte durch die BPTK.]

Anlage 4 Regelaufgaben

1. Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) - Erwachsenenpsychiatrie

- c) Regelaufgaben der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, ~~Psychologinnen und Psychologen~~ gemäß § 5 Absatz 1

1. ~~Klinisch-psychologische~~ Psychotherapeutische Grundversorgung

- ~~Mitwirkung bei~~ Anamnese und Befunderhebung, inkl. Anwendung standardisierter Instrumente, Fremdanamnese
 - Therapieplanung (einschließlich Indikationsstellung für Spezialtherapien, z.B. Ergotherapie), ~~Dokumentation der (Erst-)aufnahme (insbesondere Testdiagnostik und handlungsorientierte Diagnostik) sowie bei der Therapieplanung~~
 - ~~Verlaufskontrolle~~ Verlaufsuntersuchungen ~~und~~, Monitoring und Anpassung der Behandlung auch im Rahmen von Visiten, Teilnahme an Visiten
 - Dokumentation der Erstaufnahme ~~Dokumentation~~ des Verlaufs, Aktenführung, ~~Berichte~~ Entlassberichte ~~entlassbrief~~
 - Teilnahme an täglichen Verlaufsbesprechungen im Team (~~patientenbezogenen Teambesprechungen~~)
 - Teilnahme Oberarztvisite/~~Visite der ltd. Psychotherapeut*in~~/Kurvervisite
2. Einzelfallbezogene Behandlung
- Einzelgespräche, Einzelpsychotherapie einschließlich spezieller Trainingsprogramme/Expositionen
 - Krisenintervention
 - Familiengespräche/Familientherapie
 - ~~Abklärung medizinischer, psychotherapeutischer, juristischer und anderer Fragen~~
 - ~~Patientenbezogene~~ Zusammenarbeit mit Stellen außerhalb des Krankenhauses
 - Rehabilitations- und Nachsorgeplanung
 - ~~Bearbeitung gutachterlicher Fragestellungen auch in Bezug auf sozialrechtliche, familienrechtliche, strafrechtliche Fragestellungen~~
3. Gruppentherapie
- Gruppenpsychotherapie
 - ~~einschließlich spezieller~~ Therapie- und Trainingsprogramme ~~in Gruppen, z.B. Psychoedukation inkl. Gruppennachbesprechung~~
 - Teilnahme an Stationsversammlungen
 - Angehörigengruppen auf der Station
4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten
- Teilnahme an den Ärzte-/Psychotherapeuten ~~legen~~ konferenzen
 - Teilnahme an Therapiekonferenzen
 - ~~Einzelfallsupervision/Teamsupervision~~
 - Konzeptbesprechungen im Team
 - Teilnahme an ~~hausinternen~~ Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung einschließlich Supervision, Balintgruppen

- Teilnahme an Außenkontakten (ambulante und komplementäre Dienste, Selbsthilfe- und Angehörigengruppen)
- Durchführung von Fort- und Weiterbildung einschließlich Supervision im Rahmen der stationären Weiterbildung (zu leisten nur von Psychologische Psychotherapeut*innen und Fachpsychotherapeut*innen)
- Regelmäßige Unterweisungen (Hygiene, Arbeitssicherheit, Brandschutz, Mentoring, Reanimation etc.)

cc. Regelaufgaben der ltd. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

1. Stationsbezogene Tätigkeiten

- Visiten der ltd. Psychotherapeut*innen
- Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechung im Team
- Begleitung und Kontrolle von Diagnostik und Therapie der psychischen Erkrankung
- Aktive Beteiligung an Therapien (Einzel, Familie, Gruppe)
- Gesamtbehandlungsplan in Bezug auf die psychische Erkrankung, einschließlich Spezialtherapien, Therapieplanung
- Akten- und Dokumentationskontrolle
- Teilnahme/Leitung Stationsversammlungen/Angehörigengruppe auf der Station
- Supervision (Einzelfallsupervision und Teamsupervision)

2. Stationsübergreifende Tätigkeiten

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

3. Außenkontakte

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

1. Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) – Kinder- und Jugendpsychiatrie

c) Regelaufgaben der Psychologinnen und Psychologen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gemäß § 5 Absatz 2

1. Psychotherapeutische Klinisch-psychologische Grundversorgung
 - ~~Mitwirkung bei~~ Anamnese und Befunderhebung, inkl. Anwendung standardisierter Instrumente, unter Berücksichtigung familienpsychologischer und entwicklungspsychologischer Zusammenhänge, Fremdanamnese ~~unter Einschaltung der Bezugspersonen (Familien-, Entwicklungs- und Erkrankungsanamnese)~~, ggfls. ~~psychometrische Untersuchungen einschließlich Auswertung,~~
 - Therapieplanung,
 - Verlaufsuntersuchungen, Monitoring und Anpassung der Behandlung auch im Rahmen von Visiten
 - Dokumentation der (Erst-)aufnahme, des Verlaufs, Aktenführung, E-Berichte. ~~(insbesondere Testdiagnostik und handlungsorientierte Diagnostik) unter Berücksichtigung familienpsychologischer und entwicklungspsychologischer Zusammenhänge, sowie bei der, Therapieplanung~~
 - ~~Verlaufsuntersuchungen, Monitoring und Anpassung der Behandlung auch im Rahmen von Visiten, Befunderstellung und Befundauswertung Verlaufskontrolle,~~ Teilnahme an Visiten
 - ~~Dokumentation des Verlaufs, Aktenführung, Entlassbrief-Berichte~~
 - Teilnahme an täglichen Verlaufsbesprechungen im Team ~~(patientenbezogene Teambesprechungen)~~
 - Teilnahme Oberarztvisite/Visite der lfd. Psychotherapeut*in/Kurvenvisite
2. Einzelfallbezogene Behandlung
 - Einzelgespräche/~~Einzelpsychotherapie~~ einschließlich spezieller Trainingsprogramme/Expositionen
 - Krisenintervention
 - ~~Familiengespräche/Familientherapie~~, Anleitung der Bezugspersonen des Kindes/Jugendlichen, ~~Familientherapie~~
 - Abklärung medizinischer, psychotherapeutischer, juristischer und anderer Fragen, ~~Patientenbezogene~~ Zusammenarbeit mit Stellen außerhalb des Krankenhauses
 - Rehabilitations- und Nachsorgeplanung
 - Bearbeitung gutachterlicher Fragestellungen auch in Bezug auf sozialrechtliche, familienrechtliche, strafrechtliche Fragestellungen
3. Gruppentherapie
 - Gruppenpsychotherapie

- ~~„einschließlich spezieller~~ Therapie- und Trainingsprogramme in Gruppen, z.B. Psychoedukation inkl. Gruppennachbesprechung
 - Teilnahme an Stationsversammlungen
 - Eltern- bzw. Angehörigengruppen auf der Station
4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten
- Teilnahme an den Ärzte-/Psychotherapeutenlogenkonferenzen
 - Teilnahme an Therapiekonferenzen
 - Einzelfallsupervision/ Teamsupervision
 - Konzeptbesprechungen im Team
 - Teilnahme an hausinternen Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung einschließlich Supervision, Balintgruppen
 - Teilnahme an Außenkontakten (ambulante und komplementäre Dienste, Selbsthilfe- und Angehörigengruppen)
 - Durchführung von Fort- und Weiterbildung einschließlich Supervision im Rahmen der stationären Weiterbildung (zu leisten nur von Psychologische Psychotherapeut*innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen und Fachpsychotherapeut*innen)
 - Teilnahme an Außenkontakten (ambulante und komplementäre Dienste, Selbsthilfe- und Angehörigengruppen)
 - Regelmäßige Unterweisungen (Hygiene, Arbeitssicherheit, Brandschutz, Mentoring, Reanimation etc.)

cc. Regelaufgaben der Itd. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

1. Stationsbezogene Tätigkeiten
 - Visiten der Itd. Psychotherapeut*innen
 - Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechung im Team
 - Begleitung und Kontrolle von Diagnostik und Therapie der psychischen Erkrankung
 - Aktive Beteiligung an Therapien (Einzel, Familie, Gruppe)
 - Gesamtbehandlungsplan in Bezug auf die psychische Erkrankung, einschließlich Spezialtherapien, Therapieplanung
 - Akten- und Dokumentationskontrolle
 - Teilnahme/Leitung Stationsversammlungen/Angehörigengruppe auf der Station
 - Supervision (Einzelfallsupervision und Teamsupervision)
2. Stationsübergreifende Tätigkeiten
 - Teilnahme an den Konferenzen des therapeutischen Personals, Klinikorganisation, Klinikgremien

- Teilnahme an Leitungsbesprechungen, interne Koordinierung
 - Teilnahme an Fortbildung und Durchführung von Weiterbildung
 - Bearbeitung von Anfragen, Beschwerden
 - Verwaltungsaufgaben
 - Teilnahme an Fortbildung und Durchführung von Fort- und Weiterbildung im Rahmen der stationären Weiterbildung
 - Qualitätssicherungsaufgaben
3. Außenkontakte
- Mitwirkung an der Entwicklung und Durchführung der Zusammenarbeit in der psychiatrischen Versorgung

2. Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) – Psychosomatik

Regelaufgaben der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gemäß § 5 Absatz 1

1. Psychotherapeutische Grundversorgung
 - Anamnese und Befunderhebung, inkl. Anwendung standardisierter Instrumente, Fremdanamnese
 - Therapieplanung (einschließlich Indikationsstellung für Spezialtherapien, z.B. Ergotherapie),
 - Verlaufsuntersuchungen, Monitoring und Anpassung der Behandlung auch im Rahmen von Visiten, Teilnahme an Visiten
 - Dokumentation der Erstaufnahme des Verlaufs, Aktenführung, E-Berichte
 - Teilnahme an täglichen Verlaufsbesprechungen im Team
 - Teilnahme Oberarztvisite/Visite der lfd. Psychotherapeut*in/Kurvenvisite
2. Einzelfallbezogene Behandlung
 - Einzelgespräche / Einzelpsychotherapie einschließlich spezieller Trainingsprogramme / Expositionen
 - Krisenintervention
 - Familiengespräche / Familientherapie
 - Abklärung medizinischer, psychotherapeutischer, juristischer und anderer Fragen mit Stellen außerhalb des Krankenhauses,
 - Rehabilitations- und Nachsorgeplanung
 - Bearbeitung gutachterlicher Fragestellungen auch in Bezug auf sozialrechtliche, familienrechtliche, strafrechtliche Fragestellungen
3. Gruppentherapie
 - Gruppenpsychotherapie

- Therapie und Trainingsprogramme in Gruppen, z.B. Psychoedukation inkl. Gruppennachbesprechung
 - Teilnahme an Stationsversammlungen
 - Angehörigengruppen auf der Station
4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten
- Teilnahme an den Ärzte-/Psychotherapeutenkonferenzen
 - Teilnahme an Therapiekonferenzen
 - Einzelfallsupervision/ Teamsupervision
 - Konzeptbesprechungen im Team
 - Teilnahme an Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung einschließlich Supervision, Balintgruppen
 - Durchführung von Fort- und Weiterbildung einschließlich Supervision im Rahmen der stationären Weiterbildung (zu leisten nur von Psychologische Psychotherapeut*innen und Fachpsychotherapeut*innen)
 - Teilnahme an Außenkontakten (ambulante und komplementäre Dienste, Selbsthilfe- und Angehörigengruppen)
 - Regelmäßige Unterweisungen (Hygiene, Arbeitssicherheit, Brandschutz, Mentoring, Reanimation etc.)

Regelaufgaben der Itd. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

1. Stationsbezogene Tätigkeiten
- Visiten der Itd. Psychotherapeut*innen
 - Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechung im Team
 - Begleitung und Kontrolle von Diagnostik und Therapie der psychischen Erkrankung
 - Aktive Beteiligung an Therapien (Einzel, Familie, Gruppe)
 - Gesamtbehandlungsplan in Bezug auf die psychische Erkrankung, einschließlich Spezialtherapien, Therapieplanung
 - Akten- und Dokumentationskontrolle
 - Teilnahme/Leitung Stationsversammlungen/Angehörigengruppe auf der Station
 - Supervision (Einzelfallsupervision und Teamsupervision)
2. Stationsübergreifende Tätigkeiten
- Teilnahme an den Konferenzen des therapeutischen Personals, Klinikorganisation, Klinikgremien
 - Teilnahme an Leitungsbesprechungen, interne Koordinierung
 - Bearbeitung von Anfragen, Beschwerden

- Verwaltungsaufgaben
- Teilnahme an Fortbildung und Durchführung von Fort- und Weiterbildung im Rahmen der stationären Weiterbildung
- Qualitätssicherungsaufgaben

3. Außenkontakte

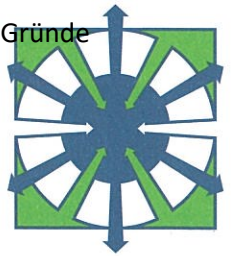
- Mitwirkung an der Entwicklung und Durchführung der Zusammenarbeit in der psychiatrischen Versorgung



Gebhard Hentschel
Bundesvorsitzender der DPTV



Dr. Christina Jochim
Kooptiertes Mitglied im Bundesvorstand der DPTV



DGSP · Zeltinger Strasse 9 · 50969 Köln

An den

Gemeinsamen Bundesausschuss

Via Email

Bundesgeschäftsstelle:

Zeltinger Strasse 9
50969 Köln
Telefon (0221) 51 10 02
Telefax (0221) 52 99 03
E-Mail: info@dgspev.de
Internet: www.dgspev.de



Mittwoch, 10. Juli 2019

**Stellungnahme der DGSP e.V. zu dem Beschlussentwurf über eine Erstfassung der
Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie**

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Möglichkeit der Stellungnahme der DGSP e.V. zu dem Beschlussentwurf wurde erst nach einem Widerspruchsverfahren unserem Verband gestattet. Wir erhielten mit Schreiben vom 20. Juni 2019 von dem Beschlussentwurf Kenntnis. Der Zeitrahmen zur Erarbeitung einer differenzierten an den einzelnen Paragraphen orientierten Stellungnahme war somit äußerst begrenzt, weshalb wir nachfolgend in einer generalisierten Form zu dem Beschlussentwurf Stellung nehmen werden.

Die aktuell gültigen Regelungen der 30 Jahre alten und damit von den Realitäten in den psychiatrischen Kliniken überholten PsychPV laufen zum Ende dieses Jahres aus. Der G-BA ist beauftragt, ein System der neuen Personalbemessung zu entwickeln, dass den zukünftigen Anforderungen der klinisch psychiatrischen Versorgung gerecht wird. Das vorliegende Papier wird diesem Anspruch nicht gerecht. Es hinterlässt durch breiten Dissens bei den einzelnen Regelungen den Eindruck, dass hier nicht die Belange der psychisch erkrankten und behandlungsbedürftigen Menschen im Vordergrund stehen, sondern ökonomische Partialinteressen.

Es wird die Systematik der PsychPV mangels alternativer Modelle fortgesetzt. Wir bezweifeln angesichts der sich weiter entwickelnden Bedarfe und Versorgungsformen, besonders im Bereich der Psychotherapie und der komplexen regionalen Vernetzung die Tauglichkeit dieses Ansatzes für die Zukunft. Ausrichtung und Ausstattung der Hilfen müssen von den

Bedarfen der einzelnen betroffenen Menschen und ihrer Angehörigen gedacht werden, im Krankenhausbereich ebenso wie in ambulanter Therapie und Wiedereingliederung. Wir sehen aus fachlichen Gründen die psychiatrischen Kliniken als Teil der Gemeindepsychiatrie an. Damit verbunden ist das Bemühen, einen lebensweltorientierten Ansatz zu praktizieren, um die Hilfen bedürfnisangemessen und damit effektiv zu gestalten. Damit lassen sich bestehende Tendenzen der „Drehtürpsychiatrie“, der Fehl- und/oder Unterversorgung u. E. überwinden. Ohne eine solche Verbindung sind auch Personalzahlen wenig aussagekräftig.

Es bleibt schlussendlich unklar, ob es sich um eine Qualitätsrichtlinie i. S. von Qualitätsentwicklung oder aber Qualitätssicherung oder um eine Richtlinie für die Personalbemessung handelt. Dies zu klären wäre u.E. die vorrangige Aufgabe der Verhandlungspartner. Hier auf die weitere Entwicklung i.R. einer „zweiten Stufe“ der Personalbemessung zu hoffen, birgt die Gefahr in sich, dass notwendige Entscheidungen zum Nachteil der Patientinnen und Patienten verschleppt werden. Wir lehnen im Interesse der Menschen mit einer psychischen Erkrankung eine Absenkung der Mindestvorgaben auf eine 80 -Prozentgrenze ab!

Die Transparenz hinsichtlich der Umsetzung der Personalausstattungs-Richtlinie ist eine unabdingbare Maßnahme, um eine leitlinienorientierte Behandlung und Versorgung sicherzustellen. Das Prozedere, wie diese Meldungen zu erfolgen haben, muss nach seiner Wirksamkeit gestaltet, erprobt und beurteilt werden. Unterschreitungen der Bemessungsgrenze sollten zwingend kurzfristig aufgehoben werden und als Chance begriffen werden, um über die Versorgungs- und Behandlungsqualität zu reflektieren. Dies sollte unter Einbezug der Vertreter der beteiligten Gruppen – auch der Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen partizipativ - erfolgen. Durchsetzungsmaßnahmen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben sollten sich an der Wirksamkeit orientieren und nicht dazu führen, dass bei Unterschreitung der Mindestanforderungen auf Grund der Verweigerung der Kostenerstattung Krankenhauskapazitäten geschlossen werden. Dies ließe befürchten, dass eine im Interesse der Patientinnen/Patienten und deren Angehörige wohnortnahe Versorgung mitsamt den Behandlungsangeboten in ihrer Existenz gefährdet würden.

Die Anhaltszahlen für die Gruppe der Pflegefachpersonen sollten mit dem Anspruch geplant werden, dass durch den angemessenen Personaleinsatz dieser Berufsgruppe im Wesentlichen das stationäre Milieu geprägt wird. Unterbesetzungen können dazu führen, dass sich das Stationsklima negativ entwickelt und sich belastend für die Patienten und Patientinnen und die Mitarbeitenden auswirkt. Mit angemessen Personaleinsatz läßt sich eine mögliche Gefährdungssituation deeskalieren und so Eingrenzungen unter Einsatz von Gewalt verhindern. Freiheitsentziehende Maßnahmen sind nach höchstrichterlichem Urteil nach einem festgelegten patientenorientierten Ablauf zu gestalten. Auch dies ist nur erfüllbar, wenn die Personalausstattung stimmig ist. Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass durch die Vorgaben der S3 Leitlinie "Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen" und der UN-Behindertenrechtskonvention Zeitaufwände für Konzeptentwicklungen und Kooperationsmassnahmen einzuplanen sind.

Die Behandlungsqualität ist neben der Personalpräsenz auch von der fachlichen und sozialen Kompetenz der Mitarbeitenden abhängig. Die Gestaltung hilfreicher/heilsamer/ unterstützender und förderlicher Beziehungen sehen wir als wesentliches Moment

psychiatrischer Tätigkeit an. Dies entspricht der von uns für psychiatrisch Tätige geforderte sozialpsychiatrischen Grundhaltung. Um dieser Notwendigkeit zu entsprechen sind neben einer guten grundständigen Qualifikation kontinuierliche Weiterbildung und Reflektionsmöglichkeiten wie z.B. Teamcoaching, Supervision u. a. in ausreichendem Umfang in Qualitätsrichtlinien und Personalanzahlzahlen verbindlich zu berücksichtigen.

Wir begrüßen sehr die Einbindung von EX-IN- Genesungsbegleiter i.R. der Richtlinie bzw. deren Berücksichtigung bei der Personalbemessung. Eine verbindliche Regelung wird die breite Etablierung dieser für die Umsetzung des Recoveryansatzes wichtigen Unterstützungspersonen befördern.

Die Einbindung von Fachkräften für Kunst- und Musiktherapie ist ebenfalls zu begrüßen, da hiermit alternative bzw. ergänzende Therapieformen zur pharmakologischen Behandlung angeboten werden können, deren Wirksamkeit in anderen Kontexten (NICE) nachgewiesen wurde.

Deutsche Gesellschaft für
Soziale Psychiatrie e.V.

Der Vorstand





DGSP-Stellungnahme zur Änderung der PPP-Richtlinie in der Fassung vom 05.08.2020

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

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

Die Richtlinien-Fassung vom 05.08.2020 wird aus Sicht der DGSP weiterhin dem gesetzlichen Auftrag gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V an den G-BA nicht gerecht, Mindestvorgaben zur Personalausstattung vorzulegen, die evidenzbasiert sind und zu einer leitliniengerechte Versorgung beitragen. Es werden lediglich Mindestvorgaben im Sinne einzuhaltender Untergrenzen beschrieben. Die Minutenwerttabellen in Anlage 1 sind ausschließlich für teilstationäre psychosomatische Leistungen ausgeweitet worden. Die Regelversorgung ist auf dem Stand der aktuell geltenden Richtlinie vom Vorjahr.

Das notwendigerweise ausreichend vorhandene Personal der verschiedenen Fachdisziplinen sowie die Genesungsbegleiter sind die wichtigste Ressource zur Unterstützung von Menschen in psychischen Krisen. Das Personal begleitet, behandelt und schützt Menschen in Krisen und steht jederzeit mit hoher Verantwortung unterstützend zur Verfügung. Es geht nicht nur darum, die Psych-PV zu überarbeiten, es geht darum, Menschen die bestmögliche Unterstützung in schwierigen Lebenssituationen anbieten zu können.

Wir können nicht erkennen, in wie weit die hier vorgeschlagene Änderung die Belange von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Krisensituationen verbessern kann. Vielmehr sehen wir durch die vielfältigen Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben die stationäre Versorgung besonders für schwerst erkrankte Menschen erheblich gefährdet. Dabei muss beachtet werden, dass durch die Arbeitsmarktsituation in vielen Regionen gar nicht ausreichend Personal zur Verfügung steht. Andererseits gibt es ökonomische Anreize, die Personalkosten gering zu halten, sei es durch eine quantitative Geringbesetzung, sei es durch qualitative Einschränkungen. Es fehlen nach dem Scheitern der sogenannten Wittchen-Studie vor allem weiterhin wissenschaftliche Erkenntnisse als Grundlage der Richtlinie.

Allgemein erweckt die Richtlinie den Eindruck, dass hier nicht die Belange der psychisch erkrankten und behandlungsbedürftigen Menschen im Vordergrund stehen sondern ökonomische Partialinteressen. Besonders deutlich wird das in den zahlreichen Dissenspunkten bei den Folgen der Nichteinhaltung in § 13.

Weiterhin bleibt es mit der Änderung die Richtlinie bei der grundsätzlich begrüßenswerten Anerkennung von Genesungsbegleitern sehr unverbindlich. Eine verbindliche Regelung wird die breite Etablierung dieser für die Umsetzung des Recoveryansatzes wichtigen Unterstützungspersonen befördern.

Demgegenüber wird die Psychosomatik gestärkt, wobei hier einige Punkte nicht klar begründet werden: die Bereiche der Psychosomatik P3 und P4 stellen keine Trennschärfe zwischen Psychiatrie und Psychosomatik dar. Es gibt auch keinen erkennbaren Grund der Aufspaltung der Bereich P1 und P2, was sich auch in der fast wortgleichen Begründung zeigt.

Die Nachweispflichten sollten auch wenn die DKG dies aus Gründen des höheren Verwaltungsaufwands ablehnt, stationsbezogen sein, um sicherzustellen, dass Personal auch wirklich dort ankommt, wo es Hilfe hört. Außerdem befürchten wir einen zu großen Gestaltungszeitraum bezüglich Urlaubs- und Fortbildungszeiten. Diese müssten klar zu benennen und mit den tatsächlichen Bedarfen zu begründen sein.

Ausrichtung und Ausstattung der Hilfen müssen von den Bedarfen der einzelnen betroffenen Menschen und ihrer Angehörigen gedacht werden, im Krankenhaus ebenso wie in ambulanter Therapie und Wiedereingliederung. Die DGSP fordert einen Prozess der grundlegenden Erarbeitung von Personalbedarfen in den psychiatrischen Hilfssystemen über die stationäre Akutversorgung hinaus. Dabei schließen wir uns der Forderung des Bundesverbands der Angehörigen psychisch Kranker (BAPK) nach der umfassenden Beteiligung einer trialogischen Expertengruppe mit Vertretern aus Wissenschaft und Praxis an. Dazu sollte baldmöglichst eine Nachfolgestudie zur Wittchen-Studie erstellt werden.

Andere Modelle der Personalbemessung wie die Psych-PV plus von Ver.di oder das Plattform-Modell der DGPPN können Anhaltspunkte für eine grundlegende Neufassung sein. Die DGSP wird sich daran oder an einer trialogischen Expertenkommission gerne beteiligen.

Außerdem wird auch die Fachkraftquote in der Pflege in der Richtlinie nicht berücksichtigt. Eine Fachkraftquote von 30-50 Prozent, idealerweise auch eine Akademisierungsrate von 10 Prozent sollte sichergestellt sein, um eine hochwertige Versorgung und Patientensicherheit zu gewährleisten sowie Zwangshandlungen zu vermeiden.

Des Weiteren möchten wir auf unsere Stellungnahme vom 10. Juli 2019 verweisen.

Der begrenzte Zeitraum zwischen der Veröffentlichung der Änderung am 20. August 2020 und die Frist zur Einreichung der Stellungnahme bis 3. September 2020 lässt kaum Raum für unsere verbandsinterne Kultur der gemeinsamen Meinungsbildung und dem dazu gehörigen Abstimmungsprozess.

Für den Vorstand

Patrick Nieswand (stf. GF)

Köln, 02.09.2020





Stellungnahme zur Änderungsfassung der PPP-RL

Der Dachverband Gemeindepsychiatrie nimmt nachfolgend mit einigen Änderungsvorschlägen Stellung zur vom Unterausschuss Qualitätssicherung am 02.06.2021 vorgelegten Änderungsfassung der PPP-RL. An den bereits in unserer Stellungnahme vom 3. September 2020 zur Erstfassung der PPP RL formulierten Grundsatzpositionen halten wir fest.

Wir schlagen folgende Änderungen vor:

1. Schnittstellen und sektorenübergreifende Arbeit

Wir betonen als Dachverband von Anbietern vornehmlich ambulanter Behandlung, wie therapeutisch bedeutsam für die Patientinnen und Patienten der Erwachsenenpsychiatrie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Psychosomatik die Sicherstellung aller notwendigen Formen der Zusammenarbeit zwischen den beiden Sektoren ist. Die psychische oder psychosomatische Erkrankung eines stationär behandlungsbedürftigen Menschen verlangt immer die ambulant und stationär geeinte Behandlung. Diese sektorenübergreifende Schnittstellenarbeit muss in der PPP-RL als eigener abrechenbarer Aufwand abgebildet und berücksichtigt werden. Spätestens bei den stufenweisen weiteren Erhöhungen der Minutenwerte aller therapeutischen Berufsgruppen in den kommenden Jahren zur Anpassung der PPP-RL sind daher deren Regelaufgaben anzupassen und Minutenwerte entsprechend auszuweisen.

Die systematische Einbeziehung der ambulanten Vor- und Weiterbehandlung der Patientinnen und Patienten in den Therapieprozess fehlt aber in der Richtlinie und in ihrer Anpassung. Dies, obwohl sie zur Pflichtleistung des „Entlass-Management“ gehört und auf den Therapieerfolg einen erheblichen Einfluss ausübt. Bei nahezu allen stationär behandelten Patientinnen und Patienten liegen ambulante Vorbehandlungen vor. Vielfach dient die Klinik nur zur Krisenintervention. Nur mit einer ambulanten Weiterbehandlung und/oder psychosozialen Begleitung kann sich ein Therapieerfolg einstellen. Bei sorgfältiger und korrekter Ausführung des Entlass-Managements ist daher die Einbeziehung der ambulanten Behandler und Träger psychosozialer Hilfen zwingend notwendig, ggf. auch zeitaufwändig, liegt aber eindeutig im therapeutischen Interesse der Patientinnen und Patienten. Neben dem Entlass-Management sind auch die Beteiligung nicht-klinischer Behandler an der Erbringung von StÄB-Leistungen, Soziotherapie, psychiatrische häusliche Krankenpflege, Psychotherapie, Beteiligung der Kliniken an Netzverbänden gemäß § 92 Abs. 6b SGB V sowie ambulante probatorische und abrechenbare Leistungen im Krankenhaus zu nennen. Hier offenbart die PPP-RL einen erheblichen Nachhol- und Modernisierungsbedarf.

Unsere Forderung: Die systematische Einbeziehung des vor- und nachsorgenden Umfelds ist in die Liste der Behandlungsmittel aufzunehmen und bei der Bemessung der Minutenwerte der damit befassten Berufsgruppen (Ärzte/ Ärztinnen, Pflege, Psychotherapie, Sozialarbeit) zu berücksichtigen.

2. Genesungsbegleitung

Die Genesungsbegleitung soll aus einer bloßen Empfehlung des § 9 in die Berufsgruppen des § 5 Abs. 1 übernommen und in der Anlage 1 mit Zeitvorgaben und Regelaufgaben versehen werden. Sie ist künftig als Behandlungsmittel in der Anlage 2 zu berücksichtigen. Die Richtlinie soll bereits jetzt eine zeitliche Vorgabe für die gestufte bundesweite Implementation von Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleitern vorsehen.

Unsere Forderung: Ab 01.01.2024 haben alle Behandlungseinrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie einen eigenen Dienst der Genesungsbegleitung mit mindestens zwei Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern im Umfang von 2 Vollzeit-Äquivalenten einzurichten. Bei Nichterfüllung können Sanktionen folgen. Entsprechende Minutenwerte und Regelaufgaben sind spätestens zum 01.01.2024 durch den G-BA vorzulegen.

3. Mindestvorgaben umsetzen

Wir stimmen der Forderung der Einhaltung der Mindestvorgaben an therapeutischem Personal (§ 2 Abs. 2 i. V. mit §§ 7 Abs. 4, 13 und 16) grundsätzlich zu. Die Krankenhäuser (Behandlungseinrichtungen) müssen in einem gestuften Verfahren die 100% Mindestvorgabe der PPP-RL für ihr therapeutisches Personal erfüllen. Dies entspricht dem Interesse der Patientinnen und Patienten.

Die Nachweispflicht auf der Ebene einzelner Stationen bzw. Tagesklinikeinheiten führt nach den Erfahrungen der Krankenhausträger unter unseren Mitgliedsorganisationen allerdings zu absurden, in ihrer therapeutischen Wirkung für die Patienten negativen Situationen wie z. B. ständig wechselndem Personal zur Abdeckung urlaubs- und krankheitsbedingter Ausfälle.

Uns geht es dabei insbesondere um solche Klinikeinheiten, die integriert in gemeindepsychiatrischen Versorgungsstrukturen arbeiten, also vor allem kleine Einheiten „vor Ort“, wie Tageskliniken mit Institutsambulanzen oder die aufsuchende Behandlung durch StäB. Das gilt besonders für Klinikeinheiten im ländlichen Raum, die die ambulante Versorgung dort sicherstellen, wo die Regionen KV-seitig unter- oder gar nicht fachärztlich und psychotherapeutisch versorgt sind. Deren Existenz darf durch die PPP-RL nicht gefährdet werden.

Unsere Forderung: Verlagerung der Nachweispflicht auf größere Einheiten mit ausreichenden Beschäftigtenzahlen, beispielsweise Fachabteilungen. Für gemeindenahe Einrichtungen, die durch die jetzigen Vorschriften existenzgefährdet wären, sind flexible Regelungen zu treffen. Wir schlagen vor, kleine psychiatrische Krankenseinheiten (z. B. bis zu 30 Betten bzw. Tagesklinikplätzen), die in gemeindepsychiatrischen Verbänden arbeiten, von Sanktionen bei Nichterfüllung in einer Bandbreite von bis zu 10% Nichterfüllung auszunehmen.

4. Dokumentation und Nachweisverfahren

Unverkennbar ist der Dokumentations- und damit Misstrauensaufwand durch die beschlossenen Nachweisverfahren der Richtlinie stark gestiegen. Dies führt auch bei unseren vornehmlich ambulanten Behandlern und Versorgern zu negativen Auswirkungen, da die zeitlichen Ressourcen der klinischen Behandler spürbar verengt werden. Für die bereits genannten kleinen, regional integrierten Einheiten ist der Aufwand besonders unverhältnismäßig.

Wir verweisen auf die 2015 in den Empfehlungen des Nationalen Kontrollrats zusammen mit Destatis und verschiedenen Verbänden, u.a. dem GKV-SV, formulierten Vorschläge zum Bürokratieabbau im ambulanten ärztlichen Bereich. Sie sollten analog für die klinische Psychiatrie und Psychosomatik übernommen werden.

Unsere Forderung: GKV-SV, DKG, BÄK und BPtK sollten gemeinsam die Initiative für einen Bürokratieabbau in der PPP-RL ergreifen und Vorschläge zur Vereinfachung von Verfahren und Prozessen in den stationären und teilstationären Behandlungseinrichtungen entwickeln. Insbesondere sind kleine Einheiten rasch von entbehrlichen, für sie irrelevanten Dokumentationspflichten zu entlasten.

5. Sicherheitsdienste im Krankenhaus

Ebenso wie der BPE in seiner Anhörung zur Erstfassung der PPP-RL lehnt der Dachverband Gemeindepsychiatrie den Einsatz von internen oder externen Sicherheitsdiensten im psychiatrischen Bereich grundsätzlich ab. Wir plädieren durchaus für Sicherheit im Krankenhaus, erwarten aber, dass diese ausschließlich durch geschultes klinikeigenes Fachpersonal und ggf. durch hierfür geeignete Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter sichergestellt wird.

Unsere Forderung: Grundsätzlich ist für die Belange der Sicherheit von Patientinnen und Patienten, von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie von Besucherinnen und Besucher nur hauseigenes, durch Deeskalationstraining qualifiziertes psychiatrisch-therapeutisches Personal einzusetzen. In Extremsituationen ist die Polizei einzuschalten. Leiharbeitskräfte, externe Hilfskräfte und private Sicherheitsfirmen lehnen wir aus Gründen der Qualitätssicherung hierfür ab. Wir fordern, dies in die tragenden Gründe aufzunehmen.

Köln, den 16.07.2021

Nils Greve
Vorsitzender



WFKT • Sigmaringer Straße 15/2 • 72622 Nürtingen

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

An den
Gemeinsamen Bundesausschuss
Abt. Qualitätssicherung & sektoren-
übergreifende Versorgungskonzepte
Postfach 12 06 06
10596 Berlin
Email: PPP-RL@g-ba.de

16.07.2021

**Stellungnahme gemäß 1. Kapitel § 8 Abs. 2 Verfo zu Richtlinien des
Gemeinsamen Bundesausschusses
hier: Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-
Richtlinie: Mindestvorgaben für Psychotherapeuten und Präzisierung bzw.
Überarbeitung weiterer Regelungen**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit danken wir Ihnen als Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien/ WFKT (www.wfkt.de) eine schriftliche Stellungnahme zur vorliegenden Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie einreichen zu können.

Folgende vier Punkte zur Stellungnahme möchten wir in diesem Rahmen anführen:

1) Als WFKT vertreten wir insgesamt die Künstlerischen Therapien (wie Kunst-, Musik-, Theatertherapie) und engagieren uns für deren wissenschaftlich fundierten Einsatz in der leitliniengerechten Behandlung, so auch innerhalb der Psychiatrie und Psychosomatik. Eine einheitliche Begriffsführung in den Regelwerken (wie OPS, KTL, Behandlungs-Leitlinien) erachten wir daher als relevant. Ausgehend davon sehen wir es als sehr positiv, dass in der vorliegenden Änderung im gesamten Dokument die Bezeichnung „**Künstlerische Therapien**“ verwendet wird. In den Anlagen wird z.T. noch eine andere Schreibweise („künstlerische Therapien“) genutzt, die noch zu ändern bzw. anzupassen ist.

2) Wir sehen weiterhin den dringenden Bedarf, neben der Prüfung und entsprechenden Konkretisierung der Aufgaben und Zeitbudgets (Minutenwerte) der Psychologischen Psychotherapie, dies auch für die Künstlerischen Therapien vorzunehmen. Unsere formulierte Stellungnahme zum ersten Beschlussentwurf für diese Richtlinie enthält dezidierte Ausführungen zu den Aufgaben und damit zur Einordnung der Künstlerischen Therapien. Die Aufnahme entsprechender Inhalte/ Textpassagen halten wir für sehr erforderlich.

3) Die Künstlerischen Therapien sind in den vorliegenden Änderungen den Spezialtherapien zugeordnet bzw. werden unter diesem Obergriff u.a. zusammen mit der Ergotherapie geführt. Diese undifferenzierte Bündelung halten wir grundlegend für kritisch. Sie führt aus unserer Sicht eher zu einer inhaltlichen und vor allem professionellen Verwässerung, anstatt die jeweilige Spezifik der Therapieansätze und Interventionen zu präzisieren. Künstlerische Therapien bieten durch ihren professionellen Einsatz künstlerischer Mittel und Medien erweiterte Zugänge zur klinischen Diagnostik und Behandlung.

4) Letztlich befürworten wir überzeugend die in der Anlage 2 von der GKV-SV vorgeschlagene Einfügung der Künstlerischen Therapien in die Eingruppierungsempfehlungen im Bereich der KJP (Spalte „Behandlungsmittel“, S. 44). Ebenso unterstützen wir die vorgeschlagene Einfügung der Künstlerischen Therapien in die Spalte „Erläuterungen“ KJ 5 (S. 48). Hier möchten wir jedoch die folgende Formulierung vorschlagen: „Die pflegerischen, betreuerischen und heilpädagogischen Maßnahmen werden durch Ergotherapie und Künstlerische Therapien ergänzt.“

Wir freuen uns auf die Einladung zur Anhörung am 25.8.2021 und bestätigen hiermit unsere Teilnahme an der mündlichen Stellungnahme.

Für Rückfragen bis hin stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit herzlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'C. Schulze-Stampa', written in a cursive style.

Prof. Dr. Constanze Schulze-Stampa

**DER VORSTAND**

Anschrift: BDP e. V.
Am Köllnischen Park 2
10179 Berlin

Telefon: +49 30 209166-612
Telefax: +49 30 209166-77612
E-Mail: sekretariat@bdp-verband.de

Bank: Commerzbank Bonn
IBAN: DE79 3804 0007 0101 6625 00
BIC: COBADEFF380

Datum: 16.07.2021

BDP e. V. • Vorstand • Am Köllnischen Park 2 • 10179 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Postfach 12 06 06

10596 Berlin

BDP-Stellungnahme zum Entwurf der PPP-RL

Sehr geehrte Damen und Herren,
sehr geehrte Frau [REDACTED],

bezugnehmend auf Ihr Schreiben vom 18. Juni bedanken wir uns für die Gelegenheit, zu geplanten Änderungen der PPP-RL, wie sie mit gleichem Schreiben übersandt worden sind, Stellung zu nehmen.

Vorbemerkung

Der Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) vertritt mit seinen Fachsektionen (u.a. mit dem Verband Psychologischer Psychotherapeuten -VPP- und seiner Jahrzehnte alten Sektion Klinische Psychologie) die Interessen aller Psychologinnen und Psychologen, sowohl solcher die approbiert sind, als auch solcher, die z.B. in Kliniken und psychiatrischen Einrichtungen auch ohne Approbation mit spezifischen klinischen Kompetenzen seit Jahrzehnten wertvolle Arbeit leisten. In dieser Doppelvertretung sind dem BDP mit seinen Sektionen aus beiden Bereichen Überschneidungen und Unterschiede in den Kompetenzprofilen sehr deutlich.

Die Leitlinienorientierung (§ 1 Abs.1 PPP-RL) lässt grundsätzlich erwarten, dass die spezifischen Kompetenzen nicht nur der Berufsgruppe, sondern auch der beteiligten Untergruppen Berücksichtigung findet. Insbesondere für die schwer psychisch Kranken ist für eine hochwertige Versorgung durch Approbierte mit Fachkunde zu sorgen.

Ein erster und der wichtigste Ansatz einer neuen PPP-Richtlinie ist aber – wie es der BDP schon mit seinen Stellungnahmen zur PsychThG-Novelle eindrücklich forderte -, die Psychotherapeut:innen in ihrem Werdegang endlich an der richtigen Stelle angemessen abzuholen: Sie werden während der Aus- und zukünftig während der Weiterbildung zu Psychotherapeut:innen als Psycholog*innen und als Akademikerinnen entsprechend ihrer erworbenen akademischen Kompetenzen und ihres alltäglichen Einsatzes bewertet. Mit dem Maßstab der in einem Psychologiestudium erworbenen Kompetenzen wird ein hochwertiges psychologisches Profil für alle anerkennungsfähigen Studienabsolventen aus dem In und Ausland



beibehalten. Insoweit ist dieses Ziel (für die o.g. Gruppen in Aus- und Weiterbildung) mit dem Formulierungsvorschlag des GKV-SV in § 5 erfüllt und wird dahingehend begrüßt

Weitere Aspekte schließen sich logisch an. Erstens bleiben Psycholog:innen mit ihrem Einsatz auch dann in dieser Verwendung, wenn die Phase der „praktischen Tätigkeit“ endet, ohne dass die Approbation – später synonym das Fachpsychotherapeut:innen-Niveau - schon erteilt bzw. erreicht ist; möglicherweise ergibt sich das auch längerfristig oder dauerhaft, sollte die Approbation (bzw. später das Fachpsychotherapeut:innen-Niveau) nicht, nicht mehr oder noch nicht angestrebt werden. Schon deswegen gibt es keinen Anlass, die Psycholog*innen ersatzlos zu streichen, aber auch weil sie eine fachliche Größe darstellen, die andernfalls in der PPP-RL keine Erwähnung fände. Der fachlichen Realität entsprechend müssen beide Berufsgruppen erfasst werden.

1) Zu § 5 Abs.1 c) PPP-RL-E

- a. Der BDP befürwortet den Vorschlag des GKV-SV, die Berufsbezeichnungen „Psychologe, Psychologin“ in dieser Berufsgruppe aufzuführen. Begründung:
 - i. Der Psycholog:innenberuf ist Jahrzehnte alt und bewährt, zudem einer der beliebtesten Studiengänge mit sehr hohem NC. Im europäischen und internationalen Vergleich ist die Berufsbezeichnung „Klinische Psycholog:in“ wesentlich gebräuchlicher als die Berufsbezeichnung „Psychotherapeut:in“; im Gegenteil zeigt sich die Berufsbezeichnung „Psychotherapeut:in“ im internationalen Vergleich ohne eindeutiges Kompetenzniveau und ist letztlich nur in Deutschland auf hohem Niveau etabliert, andernorts (z.B. Österreich und Frankreich) aber nur ein Gesundheitsfachberuf auf nicht-akademischem Niveau. Wenn zukünftig in Psychiatrien auch ausländisches psychologisches Fachpersonal, nicht zuletzt wegen Sprachkompetenzen, benötigt wird, kann die Berücksichtigung des Kompetenzprofils von Psycholog:innen neben den Psychotherapeut*innen sehr sachdienlich sein.
 - ii. Hier ist das „EuroPsy“-Zertifikat zu benennen (www.europsy.de). Es gewährleistet in ausreichender Breite und Tiefe psychologische Kompetenzen auf akademischem Niveau, also wie gewohnt wissenschaftlich fundiert. Dieses kann nicht nur mit einem Bachelorabschluss erreicht werden.
Mit dem EuroPsy-Zertifikat, das wie schon der Name erkennen lässt, europaweit anerkannt ist, wäre die Qualitätssicherung auch praktikabel, nicht zuletzt EU-ausländische Psycholog:innen wären leicht einzusetzen. Die Erwähnung der Berufsbezeichnung Psycholog*innen ermöglicht Personalabteilungen auch die Referenz auf den europäischen Standard.



- iii. Die Benennung von Psycholog:innen in neuen Regelwerken zum SGB V bleibt auch vor der Neuausrichtung des PsychThG 2020 sinnvoll; ein „Aussterben“ des Psycholog:innenberufs mit seinen besonderen Spezialisierungen ist aus diversen Gründen nicht zu erwarten.
- iv. Es wird in den kommenden ein bis zwei Jahrzehnten nur vergleichsweise wenige „neue“ Psychotherapeut:innen (i.S.d. PsychThG 2020) geben. Das bedeutet aber im Umkehrschluss nicht zwingend, dass alle anderen in Psychiatrien Tätigen nur Psychologische Psychotherapeut:innen sind. Es gibt – wenn auch in abnehmender Zahl – berufserfahrene klinische Psycholog:innen ohne Approbation. Jede einzelne Person, die als Psychologin oder Psychologe in Psychiatrien ohne Approbation tätig ist, hat dort fortdauernde Bedeutung und kann nicht mit einem Federstrich „ausradiert“ werden. Aus fachlichen und arbeitsrechtlichen Gründen ist eine Berücksichtigung gerechtfertigt.
- v. Die ursprüngliche Bereicherung psychiatrischer Behandlungen durch die Einbeziehung von psychologischer Diagnostik und Intervention basiert im Wesentlichen auf dem von der Medizin abweichenden salutogenetischen Ansatz der Disziplin Psychologie. Dieser Grundgedanke ist nicht entfallen. Aber mit der curricular sehr speziellen Ausrichtung des neuen sogenannten Psychotherapiestudiums auf erste Grundlagen in der Heilkunde und potenziellem Abbau anderer Anwendungsfelder der Psychologie ist es auch zukunftsorientiert sinnvoll, den Psycholog:innenberuf neben dem Psychotherapeut:innenberuf einbezogen zu halten.
- vi. Einstweilen ist in der Schwebe, ob und wie baldige sogenannte Psychotherapiestudiengänge gleichzeitig auch solche der Psychologie sein werden. Aus Sicht der psychologischen Wissenschaft wiegt ein Verlust der Breite psychologischer Grundlagen und der Ausbildung in mehr als nur einem Anwendungsfeld schwerer als die Vertiefung des auf Erkrankungsgeschehen bezogenen Blickwinkels im sogenannten Psychotherapiestudium.
- vii. Dazu tragen möglicherweise direkt oder indirekt auch die sogenannten Psychotherapiestudiengänge bei, wobei darin nicht unbedingt Absicht liegen muss, sondern dies Ergebnis ökonomisch als Zwang erlebten Druckes sein kann, wenn Bundesländer und deren Behörden im Lichte der Approbationsordnung die bisherige psychologische Studienlandschaft beeinflussen, am Ende mit dem Geldhahn. Kurzum: Dass zukünftige Psychotherapeut:innen in der Tiefe und Breite der psychologischen Kompetenzen auch als



Psycholog:innen ausgebildet sein werden, ist leider nicht garantiert.

- viii. Gerade deren breite Kompetenzen in der Psychologie können aber der Anreiz für den Personaleinsatz in Psychiatrien sein.
 - ix. Es kann in den Universitäten nicht nur sogenannte Studiengänge der Psychotherapie geben, die zugleich als Psychologiestudium qualifiziert sind, es kann und wird auch eigenständige Psychologiestudiengänge und eigenständige sogenannte Psychotherapiestudiengänge mit geringem Anteil in Psychologie (gesetzlich geregelt sind 180 KP, davon 172 Kreditpunkte Psychologie) geben. Vor dem Hintergrund, dass sich das Kompetenzprofil im universitären Psychologiestudium deutlich von der neuen Approbationsordnung durch vertiefte Inhalte in den Grundlagenfächern und zusätzliche Kompetenzen in Anwendungsfächern wie Arbeitspsychologie und Pädagogische Psychologie abhebt, ist ein Einbezug des bisherigen Psycholog:innenprofils analog zu den zukünftigen Absolvent:innen fair und sinnvoll. Sinnvoll nicht zuletzt auch aus Qualitätsgründen, um den bestehenden Kompetenzanspruch im Hinblick auf die psychologischen Grundlagen in beiden Profilen einschließlich der darauf aufbauenden Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeut:in und der Weiterbildung zur Fachpsychotherapeut:in zu erhalten und perspektivisch abzusichern.
 - x. Erst recht sind die – offenbar mit zunehmender Bedeutung versehenen – Fachhochschulstudiengänge der Psychologie zu erwähnen, diese werden im neuen PsychThG 2020 kategorisch ausgeschlossen; solche Absolvent*innen werden also zukünftig trotz gleichrangiger Psychologieausbildung und ggf. sogar trotz klinischer Vertiefung in den Bereichen Inklusion, Neuropsychologie oder Rehabilitation nicht approbiert sein können und deren spezifischen Kompetenzen werden auch zukünftigen nur mit der vom GKV-SV vorgeschlagenen Berücksichtigung des Psycholog*innen-Berufs ausreichend adressiert.
- b. Allerdings fällt in der Zusammenschau der Aufführungen diverser Berufsuntergruppen in § 5 Abs.1 c) einerseits und in den Referenztable B 4.2 andererseits auf, dass die Untergruppe der (neuen) Psychotherapeut:innen in Weiterbildung zur Fachpsychotherapeut:in für Erwachsene fehlt, sowohl in der § 5 Abs.1 c), als auch in der Referenztable B.4.2. Soll nachfolgend in der Evaluation die Beteiligung aller Untergruppen erfasst werden, muss auch diese Untergruppe genannt sein. In einer schlüssigeren Darstellung beteiligter Berufsgruppen, wie sie der BDP nachfolgend vorschlägt, wird zudem die Untergruppe der Psychologischen Psychotherapeut:innen und zukünftig der Fachpsychotherapeut:innen



vorangestellt, zumal gerade deren Erfassung in der PPP-RL ein wesentlicher Teil des gesetzlichen Auftrags ist.

§ 5 Abs.1 c) (Vorschlag BDP)
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Psychologinnen und Psychologen
(Dazu zählen
<ol style="list-style-type: none"> 1) Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten, Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten für Erwachsene; 2) Diplom-/Master-Psychologinnen in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin und Diplom-/Master-Psychologen in Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten, <p>Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 1. September 2020 in Weiterbildung zur Fachpsychotherapeutin und zum Fachpsychotherapeuten für Erwachsene,</p> <p>Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen oder Master in Psychologie,</p> <p>Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 1. September 2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes.)</p>



2) Zu § 5 Abs.2 c) PPP-RL-E

Synonym zum Vorgenannten und unter der gleichen Begründung wird auch für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie dem Vorschlag des GKV-SV, die Berufsbezeichnungen „Psychologe, Psychologin“ in dieser Berufsgruppe aufzuführen, zugestimmt. Auch hier in § 5 Abs.2 c) bietet sich an, die Untergruppen schlüssiger darzustellen:

§ 5 Abs.2c)
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Psychologinnen und Psychologen
(Dazu zählen
<p>3) Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten für Erwachsene und für Kinder und Jugendliche</p> <p>4) Diplom-/Master-Psychologinnen in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin oder zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und Diplom-/Master-Psychologen in Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten oder zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,</p> <p>(Sozial-) Pädagoginnen in Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und (Sozial-) Pädagogen in Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,</p> <p>Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 1. September 2020 in Weiterbildung zur Fachpsychotherapeutin und zum Fachpsychotherapeuten für Erwachsene oder für Kinder und Jugendliche,</p> <p>Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen oder Master in Psychologie,</p> <p>Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 1. September 2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes)</p>



Zu § 8 Abs.6 PPP-RL-E (Vorschlag der BpTK)

Dieser Vorschlag der BpTK ist zunächst eine angemessene Berücksichtigung Klinischer Psycholog:innen, wie sie real zum Einsatz kommen und wie sie in der PPP-RL Erwähnung benötigen, wenn die BpTK in § 5 Abs.1 und 2 die Psycholog:innen exkludiert. Er ist im Vergleich zu vormaligen Äußerungen der BpTK auch eine Verbesserung.

Dennoch lehnt der BDP diese Handhabung ab, da zwar die Approbierten mit Fachkunde die besondere Rolle in der Versorgung spielen werden, die Kompetenzen der Psycholog:innen aber weiterhin gesehen und genutzt werden.

3) Zu Anlage 1 Minutenwerttabellen (G-BA-Entwurf Seite 21 und 22)

Der BDP unterstützt die Darstellung und Minutenwert-Berechnungen der BpTK zu Psychotherapeut:innen und Psycholog:innen. Diese Berechnungen stellen den realistischen Bedarf an psychotherapeutisch/psychologischem Behandlungsbedarf dar.

4) Zum Nachweis Teil B PPP-RL / B.4 / Referenztable B4.2 / Zeile c) „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ (im aktuellen G-BA-Entwurf Seite 79).

Der BDP begrüßt diese Erfassung der Untergruppen ausdrücklich. Insbesondere in der Bezugnahme auf klare Formulierungen wie hier zu § 5 Abs.1 c) vorgeschlagen ist die Erfassung gerade für anschließende Evaluationen (§ 15 Abs.3 PPP-RL) mit den Untergruppen sinnvoll und ausreichend.

Allerdings ist auch hier auffällig, dass in der ansonsten vollständigen Erfassung der Untergruppen die (neuen) Psychotherapeut:innen in Weiterbildung zur Fachpsychotherapeut:in für Erwachsene nicht erfasst werden. Deshalb schlägt der BDP die Ergänzung um die Untergruppe c6 vor.

Außerdem liegt (abgesehen von noch fehlendem Gendern) eine Ungenauigkeit in der Benennung der Fachpsychotherapeut:innen insoweit vor, als diese nicht auf die Weiterbildung im Erwachsenenbereich bezogen wird. Der BDP schlägt vor, das zu präzisieren.



Nachweis Teil B PPP-RL / B.4 / Referenztable B 4.2 / Zeile c)
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Psychologinnen und Psychologen
c0) Gesamt
c1) Davon approbierte Psychologische Psychotherapeutinnen oder -therapeuten
c2) Davon Psychologinnen oder Psychologen in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin oder zum Psychologischen Psychotherapeuten
c3) Davon Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 01.09.2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes
c4) Davon Fachpsychotherapeutinnen und -therapeuten für Erwachsene
c5) Davon Psychologinnen und Psychologen ohne Approbation
c6) Davon Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 01.09.2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes in Weiterbildung zur Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeuten für Erwachsene

5) **Zum Nachweis Teil B PPP-RL / B.4 / Referenztable B4.3 / Zeile c)**
„Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ (im aktuellen G-BA-Entwurf Seite 80).

Der BDP begrüßt auch hier die Erwähnung der Untergruppen einschließlich der Psycholog:innen. Allerdings fällt auch hier das Fehlen der (neuen) Psychotherapeut:innen in Weiterbildung zur Fachpsychotherapeut:in für Kinder und Jugendliche oder Erwachsene auf, so dass der BDP auch hier eine entsprechende Ergänzung c7 vorschlägt.

Außerdem ist in dieser Referenztable durch die begrüßenswerte explizite Aufteilung in Psychologische Psychotherapeut:innen einerseits und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen andererseits logisch vorgezeichnet, dass auch bei den (neuen) Fachpsychotherapeut:innen solche für Kinder und Jugendliche und solche für Erwachsene aufgeteilt werden; deshalb schlägt der BDP vor, auch diese mit einer Untergruppe c8

Nachweis Teil B PPP-RL / B.4 / Referenztable B 4.3 / Zeile c)
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Psychologinnen und Psychologen
c0) Gesamt
c1) Davon approbierte Psychologische Psychotherapeutinnen oder -therapeuten



c2) Davon approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder -therapeuten
c3) Davon Psychologinnen oder Psychologen in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder zum Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
c4) Davon Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 01.09.2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes
c5) Davon Fachpsychotherapeutinnen und -therapeuten (KJ)
c6) Davon Psychologinnen und Psychologen ohne Approbation
c7) Davon Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 01.09.2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes in Weiterbildung zur Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche oder für Erwachsene
c8) Davon Fachpsychotherapeutinnen und -therapeuten (Erwachsene)

6) Anlage 4 Teil c) (im aktuellen G-BA-Entwurf Seite 90 f.)

Der BDP befürwortet hier den Vorschlag der BPTK, Regelaufgaben der leitenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten festzulegen, wie sie die BPTK unter cc) vorschlägt.

Ausblick:

So sehr auch die Berücksichtigung der Psycholog:innen in der Berufsgruppe des § 5 Abs.1 c) angemessen und fachgerecht ist, so sehr bleibt die Sorge, dass in der Umsetzung dieser Richtlinie der Einsatz der Berufe innerhalb der Berufsgruppe nicht nach fachlichen Gesichtspunkten, sondern über uneinheitliche Gehälter gesteuert wird, diese Berufe also gegeneinander ausgespielt werden.

Deshalb sei dringend geraten zumindest in der bis Ende 2024 geplanten Evaluation hinsichtlich Leitlinienorientierung nicht nur auf die Berufsgruppe einheitlich, sondern auf die Untergruppen, wie sie auf Seite 79 des aktuellen G-BA-Entwurfs bereits erfasst werden und insbesondere die der Psychotherapeut:innen, zu betrachten. Es darf nicht sein, dass z.B. auf Aufnahmestationen und Regelstationen nur Psychotherapeut:innen in Aus- oder Weiterbildung (PiAs und PiWs)



arbeiten, die nicht über die Qualifizierung erfahrener Psychologischer Psychotherapeut:innen oder zukünftigen Fachpsychotherapeut:innen verfügen.

Bei der Evaluation sollten auch weitere Aspekte dringend berücksichtigt werden, die für eine leitlinienorientierte Behandlung notwendig sind:

1. Die veraltete Unterscheidung von Depressionen und Neurosen
2. Die nicht überzeugende Zuordnung mittelgradiger Depressionen zur Versorgungsstufe A1 ohne spezifische Psychotherapie
3. Die Reduzierung auf einzig behaviorale Therapien bei Suchterkrankungen
4. Ggf. (wenn der BPTK-Vorschlag in Anlage 1 keine Zustimmung fände) die zu geringen Minutenwerte und der Mangel an Orientierung des Umfangs und der Frequenz an den individuellen Patient:innenbedarf.
5. Die Mangelwirkung zu geringer Psychotherapieanteile
6. Der Mangel an Ermittlung des Behandlungsbedarfs für verschiedene Patientengruppen anhand objektiver, nachvollziehbarer und überprüfbarer Merkmale.
7. Nachhaltige Umsetzung des § 2 Abs.10 Satz 3 PPP-RL

Schließlich könnte die Evaluation des Einsatzes von Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen nicht nur in Bezug auf die Umsetzung der PPP-RL, sondern auch mit einer Evaluation in Bezug auf die Umsetzung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf verschränkt werden

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Meltem Avci-Werning
Präsidentin des BDP

gez. Susanne Berwanger
Vorstand der Sektion Psychotherapeutinnen und
Psychotherapeuten (VPP) im BDP

gez. Ralph Schliewenz
Vorstand der Sektion Klinische
Psychologie



BApK e.V. Oppelner Str. 130 53119 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss Qualitätssicherung
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

BApK e.V.

Geschäftsstelle

Fon: 0228-71002400

Fax: 0228-71002429

Mail: bapk@psychiatrie.de

Internet : www.bapk.de

19.07.2021

**Betreff: Stellungnahmerecht gemäß 1. Kapitel 8 Abs. 2 VerfO zu Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses
hier: Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-
Richtlinie: Mindestvorgaben für Psychotherapeuten und Präzisierung bzw.
Überarbeitung weiterer Regelungen**

Sehr geehrte Frau [REDACTED],

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

- 1) Nach Durchsicht der sehr detaillierten Richtlinie, in der im **§ 9 Weitere Qualitätsempfehlungen** 2 zusätzliche Qualitätsmerkmale verzeichnet sind, wünscht der BApK, dass den Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleitern, die in **Anlage 3 Nachweise** ausgewiesen werden, in **Anlage 4 Regelaufgaben** auch solche Aufgaben zugeordnet werden, um ihre besondere Rolle für die Psychiatrie zu unterstreichen.
- 2) In allen aktuellen Leitlinien wird die wichtige Rolle der Angehörigen hervorgehoben. In den strukturellen Qualitätsvorgaben der Richtlinie finden sie allerdings formal keine Berücksichtigung. Um die für die Angehörigen vorgehaltenen, strukturellen Ressourcen sichtbar zu machen, wünscht der BApK daher für den **§ 9 Weitere Qualitätsempfehlungen** nachfolgende zusätzliche Qualitätsempfehlung:

(3) Die für die Arbeit mit den Angehörigen vorgehaltenen Personalressourcen werden je Einrichtung aufgeführt.

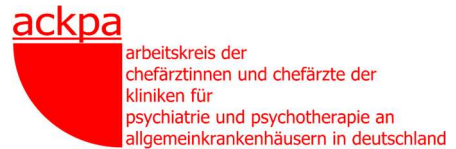
Diese Qualitätsempfehlung sollte dann ebenso nachgewiesen und veröffentlicht werden wie die Genesungsbegleiter in der **Anlage 3**. Für die Transparenz wäre es eigentlich wichtig, pro Station diese vorgehaltenen Ressourcen je Berufsgruppe zu erfahren. Um die Bürokratiekosten niedrig zu halten, reichen uns die summarischen Ressourcen je Einrichtung.

Wir hoffen, die Diskussion mit unserer Stellungnahme befruchtet zu haben und verbleiben
mit freundlichen Grüßen



Dr. Rüdiger Hannig

Stellv. Vorsitzender BApK e.V.



An den
Gemeinsamen Bundesausschuss
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

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

Sprecher:
Dr. med. Christian Kieser
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH
In der Aue 59, 14480 Potsdam
Tel. 0331 2413 7501
E-Mail: christian.kieser@klinikumebv.de

Potsdam, den 01.07.2021

Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL): Mindestvorgaben für Psychotherapeuten und Präzisierung bzw. Überarbeitung weiterer Rege- lungen

Änderungsfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie
zuletzt geändert am 20. Mai 2021

Sehr geehrte Damen und Herren,
ackpa vertritt als „Arbeitskreis der Chefärzte*Innen der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern“ die Interessen von über 200 Kliniken und damit von mehr als der Hälfte der klinischen Psychiatrie in Deutschland.

ackpa ist im Stellungnahmeverfahren im Richtlinienprozess zur Änderung der PPP-RL vom 20.05.2021 leider nicht berücksichtigt worden. Die PPP-RL ist für die psychiatrische Versorgung hoher Relevanz. Aus diesem Grund erlaubt sich ackpa, erneut unaufgefordert eine Stellungnahme abzugeben in der Hoffnung, dass diese im weiteren Diskussions- und Entscheidungsprozess Berücksichtigung findet. Die hier vorgelegte Stellungnahme erfolgt ohne Kenntnis des Beschlussentwurfs bzw. der tragenden Gründe, so dass sich ackpa nur allgemein äußern kann.

Dies vorausgeschickt ist es das Anliegen von ackpa im aktuellen Richtlinienprozess auf folgende Punkte hinzuweisen.

1. Psychotherapie

Die Psychotherapie ist auch in den Kliniken der Akut- und Regelversorgung mit Versorgungsverpflichtung integraler Bestandteil der Behandlung. Psychotherapie ist stärker als bisher in der Behandlung von Patienten zu berücksichtigen. Dies entspricht auch den Leitlinien, die evidenzbasiert Behandlungsstandards und entsprechende Empfehlungen festschreiben. Demzufolge ist eine Erhöhung der personellen Ressourcen für die regelhafte Anwendung psychotherapeutischer Behandlung erforderlich. Sowohl Ärzte wie auch nicht-ärztliche Berufsgruppen verfügen über psychotherapeutische Qualifikation. Für den entsprechenden Aufbau personeller Ressourcen sind sowohl die ärztlichen wie nicht-ärztlichen Berufsgruppen gleichermaßen zu berücksichtigen. Es ist darauf zu achten, dass die erforderliche ärztliche Expertise in der Anwendung psychotherapeutischer Konzepte angemessen Berücksichtigung findet. Eine grundsätzliche Flexibilität in der berufsgruppenspezifischen Umsetzung von Psychotherapie ist erforderlich. Möglichkeiten der Anrechnung von und zwischen Berufsgruppen sind auszuweiten. Das sind die Voraussetzungen, um die notwendige Flexibilität in der Allokation personeller Ressourcen in den Kliniken adaptiert am Patient*innenbedarf zu planen und unter Wahrung der persönlichen Kontinuität umzusetzen.

2. Modellprojekte nach §64b SGB V

Die Modellprojekte nach § 64 b SGB V zeigen, dass Patientenzentrierung und Flexibilität die Schlüssel zu einer modernen, beziehungsorientierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sind. Wesentliche Qualitätsmerkmale wie v.a. eine lebensfeldorientierte Behandlung können umgesetzt werden. Der Einsatz der personellen Ressourcen erfolgt flexibel und settingübergreifend. Die Beziehungskontinuität als ein wichtiges Qualitätsmerkmal psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung ist während des gesamten therapeutischen Prozesses auch bei einem Settingwechsel (z.B. Übergang von stationärer zu teilstationärer Behandlung) gewährleistet.

Durch die PPP-RL droht diese Flexibilität in den Hintergrund zu geraten. Die starren Regelungen der Richtlinie mit rigider Zuordnung des therapeutischen Personals in organisatorische Untereinheiten werden bei jedem Settingwechsel zwangsläufig zu therapeutischen Beziehungsabbrüchen führen und sich damit im therapeutischen Prozess als kontraproduktiv erweisen.

Mit Nachdruck ist darauf hinzuweisen, dass insbesondere diese Kliniken eine Personalsystematik benötigen, die sich nach den Patientenbedarfen richtet und nicht Organisationseinheiten bzw. institutionelle Strukturen in den Vordergrund stellt. In den Modellprojekten nach § 64b SGB V zeigt sich klar: Setting- und teamübergreifende Behandlungsansätze unter den Vorgaben der Richtlinie sind nicht möglich, positive Entwicklungen der letzten Jahre werden infrage gestellt, eine Fehlallokation personeller Ressourcen ist die Folge. Die Forderung aus dem Jahr 2013 nach Realisierung von mindestens einem Modellprojekt nach § 64b SGB V in jedem Bundesland ist nach wie vor nicht erfüllt. Der Entwicklungsprozess der Richtlinie verhindert aktuell auch in diesem Punkt eine vom Gesetzgeber gewollte positive Veränderung.

Kliniken, die nach einem Modellvorhaben nach §64b SGB V arbeiten, sollten von den Festlegungen der Mindestanforderungen ausgenommen werden. Sowohl die Finanzierungssystematik wie auch die strukturellen und konzeptionellen Grundlagen der Kliniken nach Modellvorhaben 64b SGB V unterscheiden sich wesentlich von Kliniken, deren Finanzierung nach konventioneller Systematik erfolgt. Aus Sicht von ackpa ist ein gesonderter Regelungsbedarf zu entwickeln, der die Modellprojekte nach § 64b SGB V umfassend stärkt und weitere Kliniken ermutigt, Modellvorhaben umzusetzen.

3. Flexibilität personeller Ressourcen

Noch deutlicher zeigen sich kontraproduktive Effekte der PPP-RL in den Kliniken der Regel- und Pflichtversorgung bezüglich der Anreize mehr ambulante Behandlungsansätze zu wagen und damit den patientenzentrierten therapeutischen Prozess und nicht die Struktur der Klinik in den Mittelpunkt zu stellen. Die Richtlinie setzt starke Anreize für starre Settinggrenzen. Das Ziel der Richtlinie sollte allerdings darin gesehen werden, die notwendigen personellen Ressourcen settingadaptiert auf Grundlage der Patientenbedarfe zu gewährleisten. Settinggrenzen innerhalb des Krankenhauses zu verflüssigen, nahtlose Übergänge in ambulante und teilstationäre Behandlungsformen zu ermöglichen werden mit einem erheblichen Mehraufwand belegt und drohenden Sanktionsmechanismen bestraft.

4. Einige grundsätzliche Anmerkungen zur PPP-RL

Das Behandlungsverbot bei Unterschreitung der Mindestvorgaben der Personalausstattung ist für Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, deren Auftrag die regionale Versorgungsverpflichtung ist, abzulehnen. Im Gegensatz dazu, ist eine gemeinsame Aufgabe darin zu sehen, die personelle Situation in den Kliniken durch konsentiertere Initiativen aller Beteiligten -auch der Kostenträger- nachhaltig zu verbessern. Es ist zweifelsohne ein gemeinsames Interesse eine angemessene Personalausstattung in den Kliniken vorzuhalten. Darin ist die Grundlage für die Behandlungsqualität einerseits und für attraktive Arbeitsbedingungen andererseits zu sehen. Von den Sanktionsmechanismen ist Abstand zu nehmen, da sie eine kontraproduktive Entwicklung fördern und eine existentielle Bedrohung insbesondere von kleinen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern darstellen.

Ein Abbau der Dokumentations- und Nachweispflichten ist zu fordern. Der mit der PPP-RL einhergehende Dokumentationsaufwand steigt kontinuierlich, damit werden in einem erheblichen Maß personelle Ressourcen in Anspruch genommen, die im therapeutischen Prozess und in der Beziehungsarbeit mit den Patienten fehlen. Der Nachweis quartals- und einrichtungsbezogen wird als

ausreichend erachtet, um die aus Kostenträgerperspektive nachvollziehbare Kontrollfunktion umfassend ausüben zu können und die notwendige Transparenz zu gewährleisten.

Ziel der PPP-RL sollte u.a. sein, die Qualität der Behandlung durch die Festlegung von Mindestvorgaben der Personalausstattung in den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie sicherzustellen und damit eine Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung nachhaltig zu gewährleisten. Um diesem Ziel näher zu kommen, geht ackpa davon aus, dass die PPP-RL in den nächsten Jahren noch erheblich weiterentwickelt wird. Um die flächendeckenden, versorgungsrelevanten Erfahrungen der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern im weiteren Richtlinienprozess angemessen zu berücksichtigen, möchten wir daher weiterhin dafür werben, ackpa in dem weiteren Richtlinienprozess der PPP-RL die Möglichkeit einer Stellungnahme einzuräumen.

Zugesichert wird, dass ackpa die gebündelte Expertise der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern konstruktiv einbringen wird.

Mit freundlichen Grüßen



Christian Kieser
Sprecher von ackpa



Bettina Wilms
stv. Sprecherin von ackpa

**Stellungnahme des Verbands der psychosomatischen Krankenhäuser und
Krankenhausabteilungen in Deutschland e.V. (VPKD) gemäß §§ 91 Abs. 5a und 136a Abs. 2
Satz 5 SGB V zur Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses**

**Hier: Änderungsfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie:
Mindestvorgaben für Psychotherapeuten und Präzisierung bzw. Überarbeitung weiterer
Regelungen (Stand: 02.06.21)**

Bad Wiessee, den 2. Juli 2021

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Verband der psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen in Deutschland e.V. (VPKD) nimmt zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL, Stand 02.6.21) nachfolgend Stellung und hofft auf deren Berücksichtigung. Diese Stellungnahme ist in Abstimmung mit der Chefarztkonferenz psychosomatisch-psychotherapeutischer Krankenhäuser und Abteilungen in Deutschland (CPKA) und der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) entstanden.

Im Folgenden wird zuerst auf die grundlegende Herausforderung in der Erarbeitung von Personalmindestvorgaben in der Psychosomatischen Medizin (Psychosomatik) eingegangen und danach zu einzelnen Punkten der Änderungsfassung Stellung genommen.

1. Grundsätzliches

Der VPKD begrüßt die Festlegung, dass die Ermittlung und Umsetzung der Personalmindestvorgaben sowie Sanktionsmaßnahmen im Jahr 2022 in psychosomatischen Einrichtungen weiter ausgesetzt werden.

In der Psychosomatischen Medizin fehlen bis heute empirische Daten als Grundlage für die Ableitung von Personalmindestvorgaben. Eine voreilige Umsetzung von nicht in der Versorgung überprüften Mindestvorgaben würde daher zu Verwerfungen in der Versorgung führen und die etablierten Therapieprogramme im Rahmen der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung gefährden. In der Psychosomatischen Medizin liegen keine Berichte über Minder- oder Fehlversorgung vor, die einen solchen Eingriff rechtfertigen würden.

Die Aussetzung der Ermittlung und Umsetzung der Personalmindestvorgaben in der Psychosomatischen Medizin für ein weiteres Jahr ist jedoch keinesfalls ausreichend, um eine valide empirische Datenbasis zu erarbeiten. Der Personalaufwand in der Psychosomatik orientiert sich in hohem Maße an der Intensität der psychotherapeutischen Leistung aller beteiligten Berufsgruppen

(Therapieeinheiten, „TE´s“) sowie dem somatisch-medizinischen Versorgungsaufwand. Vor diesem Hintergrund bemühen sich die psychosomatischen Fach- und Trägerverbände intensiv um die Gewinnung zusätzlicher Daten und bitten gleichzeitig um zusätzliche Zeit für deren seriöse Erhebung und Auswertung. Unter anderem wird für die Festlegung der Personalmindestvorgaben sowie die Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche zusätzlich eine Erfassung der therapeutischen Leistungen als auch des medizinisch-somatischen Aufwands erforderlich sein. Diese Daten werden beispielsweise im Rahmen der PPP-RL Nachweise nicht erfasst. Somit stellen die Nachweise der PPP-RL keine ausreichende Datengrundlage für eine Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche und Festlegung der Mindestvorgaben in der Psychosomatischen Medizin dar.

Die Nachweise der PPP-RL leiden unter dem grundlegenden Mangel, dass wegen der fehlenden Trennschärfe (siehe Anmerkungen zu § 3 und Anlage 1) der aktuell definierten Behandlungsbereiche vollkommen unterschiedliche Stations-, bzw. Einrichtungstypen in die gleichen Behandlungsbereiche berichten werden und für andere Stations- und Einrichtungstypen gar keine oder gar zu viele Behandlungsbereiche vorgesehen sind. Das Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie stellt mit 275 Einrichtungen und Abteilungen in Deutschland (Stand 2019) ein gutes Drittel (34%) aller Einheiten für die Behandlung psychischer Erkrankungen. Es sind jedoch nur 6 der 33 Behandlungsbereiche der PPP-RL für die Psychosomatik vorgesehen (18,2% Anteil Behandlungsbereiche). Unter diesen sechs Behandlungsbereichen für die Psychosomatik sind jedoch drei teilstationäre Behandlungsbereiche vorgesehen (50% der psychosomatischen Behandlungsbereiche). Diese hohe Anzahl teilstationäre Bereiche wurden von den psychosomatischen Fachgesellschaften zu keinem Zeitpunkt gefordert. Zum Vergleich sind in der Psychiatrie (Erwachsenen und Kinder-Jugend) nur 5 von 27 Behandlungsbereichen teilstationär (18,5%). Auch müssen Lösungen für besondere Bereiche gefunden werden. Das Gebiet der Kinder-Jugend-Psychosomatik weist einen hohen Versorgungsbedarf auf und es werden eine stetig steigende Anzahl neuer Versorgungsangebote ausgewiesen.¹

Aller Voraussicht nach wird die Erhebung von vermischten Daten in einer unzureichenden Anzahl Behandlungsbereiche, die wiederum einen zu geringen Differenzierungsgrad haben, zu Nachweisen mit geringer oder keiner Aussagekraft führen. Eine wissenschaftlich begleitete Untersuchung einer größeren und repräsentativeren Datenmenge ist erforderlich, um eine sinnvolle Unterscheidung von Behandlungsbereichen und deren zugehörige Stations-, bzw. Einrichtungstypen zu erreichen.

Im Rahmen der aktuell laufenden und durch den Innovationsfonds geförderten EPPIK-Studie erfolgt eine repräsentative, bundesweite Beobachtungsstudie in psychosomatischen Einrichtungen, die die Personalausstattung in Beziehung zu den therapeutischen Leistungen und zum medizinisch-somatischen Aufwand setzt. Die Ergebnisse der EPPIK-Studie werden im Frühjahr 2024 erwartet, so dass eine datenbasierte Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche sowie Festlegung der Personalmindestvorgaben frühestens im Sommer 2024 erfolgen kann. Aus den oben genannten Gründen und vor dem Hintergrund des zeitlichen Ablaufs der Studie, kann eine differenzierte Festlegung der Personalmindestvorgaben für die Behandlungsbereiche der Psychosomatischen Medizin frühestens 2024 vorgenommen werden.

¹ Im PEPP-System 2020 wurde dieser Entwicklung vom IneK Rechnung getragen, indem die Anwendbarkeit mancher OPS-Codes der Kinder-Jugend-Psychiatrie auf die Psychosomatik erweitert wurde.

Es macht wenig Sinn bereits jetzt weitere Behandlungsbereiche (P5, P6) mit Personalmindestvorgaben festzulegen, für die keine Evidenz vorliegt, oder auch bereits Anpassungen von nicht in der Versorgungspraxis überprüften Behandlungsbereichen vorzunehmen (P2, P3, P4). Die Veröffentlichung dieser Mindestvorgaben hätte weitreichende Konsequenzen, da psychosomatische Einrichtungen versuchen werden diesen Mindestvorgaben zu entsprechen – mit negativen Auswirkungen für die etablierten Behandlungskonzepte der Einrichtungen.

Der VPKD fordert daher, dass für die Festlegung der Mindestvorgaben in der Psychosomatischen Medizin die gleiche Sorgfalt angewendet wird, wie damals auch zur Erarbeitung der seit 1990 existierenden Vorgaben für das Fachgebiet der Psychiatrie. Deren Erarbeitung nahm mehr als ein Jahrzehnt in Anspruch.²

Die Stärkung der Psychotherapie durch die Festlegung von höheren Mindestvorgaben für Psychotherapeuten wird durch den VPKD ausdrücklich begrüßt. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass die Summe der psychotherapeutischen (ärztlich, nicht-ärztlich) Minuten als Mindestvorgaben in allen Behandlungsbereichen der Psychosomatischen Medizin in der letzten Fassung vom 18.3.2021 bereits hoch definiert war. Es ist aufgrund der Rückmeldung zahlreicher spezialisierter Abteilungen gut vorstellbar, dass als Ergebnis der aktuell laufenden wissenschaftlichen Untersuchungen für einzelne Behandlungsbereiche noch höhere Mindestvorgaben für psychotherapeutische Leistungen (ärztlich, nicht-ärztlich) empfohlen werden. Die Gefahr für andere Behandlungsbereiche der Psychosomatischen Medizin bereits unnötig hohe Vorgaben weiter zu erhöhen, ist jedoch auf der Grundlage der Rückmeldungen anderer Einrichtungen mindestens ebenso wahrscheinlich. Eine sinnvolle Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche und deren Überprüfung müssen zuerst erfolgen (s.o.). Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass die Mehrzahl, der in psychosomatischen Kliniken (teil-)stationär behandelten Patientinnen und Patienten neben der psychischen Erkrankung zusätzlich an einer pathognomonisch assoziierten chronischen körperlichen Erkrankung leiden. Die psychosomatische und psychopharmakologische Behandlung muss daher hinsichtlich des Settings, des therapeutischen Vorgehens sowie der Dosis auf die Ausprägung und Interaktion der genannten Merkmale bestmöglich zugeschnitten werden. Hierzu bedarf es der ärztlichen Expertise und der ärztlichen Psychotherapie. Das klassisch ambulante psychotherapeutische Setting sowie die Behandlung im Rahmen der Richtlinie Psychotherapie ist mit einer stationären Behandlung in psychosomatischen Einrichtungen nicht vergleichbar. Vor diesem Hintergrund setzt die einseitige Verteilung zusätzlicher Minuten in den Mindestvorgaben auf die Berufsgruppe c das falsche Signal. Soweit personeller Mehrbedarf für Psychotherapie festgestellt wird, ist dieser auf die Berufsgruppen a und c zu verteilen, wobei insbesondere in der Psychosomatischen Medizin einer Behandlung der psychischen Beschwerden getrennt von den somatischen Beschwerden entgegengewirkt werden sollte.

² 1970 befasste sich der Ärztetag, erstmals damit. Die Psychiatrie-Enquête wurde 1975 abgeschlossen. 1990 wurde die Psych-Personalverordnung erlassen. Quelle: Wikipedia

Im Einzelnen:

Zu § 2 Grundsätze

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

Die fachspezifische Behandlung von psychosomatischen Notfällen muss Vorrang haben gegenüber der Erfüllung von Mindestvorgaben. Eine Ablehnung bzw. Nichtversorgung von Notfällen mit der Gefahr von schwerwiegenden psychischen und somatischen Konsequenzen ist aus ethischen und haftungsrechtlich Gründen nicht vertretbar. Daher ist § 2 Absatz 2 zu streichen.

Zu § 3 Behandlungsbereiche

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

....

P5 Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung

P6 Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär

Es besteht ein dringender Bedarf für eine weitere Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche in der Psychosomatischen Medizin. Eine Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche in der Psychosomatischen Medizin durch die Aufnahme von 2 weiteren Behandlungsbereichen wird daher grundsätzlich begrüßt.

Die aktuelle Festlegung von Minutenwerten für die beiden neuen Behandlungsbereiche P5 und P6 ist jedoch nicht sachgerecht. Es liegen derzeit keine Daten vor, die die Minutenwerte der hier vorgelegten Ausgestaltung der zwei neuen Behandlungskategorien belegen. Zudem resultieren sie aus Abänderungen der Mindestvorgaben anderer Behandlungsbereiche der PPP-RL, welche noch einmal grundlegend geprüft werden sollten bevor sie in Kraft treten. Insbesondere liegen keine Anhaltspunkte für die Notwendigkeit eines dritten tagesklinischen Behandlungsbereichs in der Psychosomatik vor.

Es braucht zunächst eine angemessene empirische Datenbasis als Voraussetzung für die Ableitung von angemessenen Personalmindestvorgaben. Die voreilige Veröffentlichung von nicht geprüften Minutenwerten führt zu Verwerfungen in der Versorgung. Sie haben eine starke Signalwirkung für die Einrichtungen. Ihnen wird suggeriert, dass es sich um normativ gerechtfertigte Vorgaben handelt, die in Kürze rechtlich sanktionsbewehrt einzuhalten sind. Es ist aus medizinischen Gründen nicht vertretbar, dass nicht geprüfte Personalmindestvorgaben das therapeutische Vorgehen und etablierte Behandlungskonzepte beeinflussen und bestimmen. Vor diesem Hintergrund lehnen wir die Einführung der Minutenwerte für zwei weitere Behandlungsbereiche (P5, P6) ab.

Die Berechnung des Umsetzungsgrades der Mindestvorgaben als auch Sanktionsmaßnahmen wurden in der Psychosomatischen Medizin ein weiteres Jahr für 2022 gerade vor diesem Hintergrund ausgesetzt. Die aktuelle Festlegung von weiteren Personalmindestvorgaben ohne Datengrundlage widerspricht diesem Vorgehen.

Stattdessen ist kurzfristig eine Verbesserung der Anrechnungsmöglichkeiten erforderlich, um einen flexiblen, patientengerechten Personaleinsatz in den verschiedenen Versorgungskonstellationen psychosomatischer Einrichtungen zu ermöglichen. Die DKG hat hierzu in § 8 Absatz 3 einen Vorschlag aufgenommen. Auf Basis der übermittelten Nachweise kann die vorgenommene Anrechnung von Psychologen/-innen auf andere Berufsgruppen untersucht und ggf. Anpassungen in den Mindestvorgaben vorgenommen werden.

§ 8 Anrechnungen von Berufsgruppen

(3) ... Darüber hinaus ist bei psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene sowie bei psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche eine Anrechnung von der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b, d, e, f und g möglich [DKG, BÄK, DPR].

Vor dem Hintergrund gravierender Unterschiede in der Personalzusammensetzung zwischen z.B. psychosomatischen Einrichtungen mit erhöhtem somatisch-medizinischen Versorgungsaufwand versus intensiver psychosomatisch-psychotherapeutischer Behandlung ist eine gegenseitige Anrechenbarkeit der Berufsgruppen, wie von DKG, BÄK und DPR gefordert sinnvoll und notwendig. Sobald eine datenbasierte Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche sowie Festlegung der Personalmindestvorgaben vorgenommen wurden, kann die flexiblere Anrechenbarkeit der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b, d, e, f und g reduziert werden.

Ferner befürwortet der VPKD, wie bereits in unserer letzten Stellungnahme zur PPP-RL (Stand 07.09.20) ausführlich dargestellt, eine Zusammenlegung der Berufsgruppen der SpezialtherapeutInnen, BewegungstherapeutInnen und SozialarbeiterInnen in eine Berufsgruppe SpezialtherapeutInnen. Da unterschiedliche Patienten mit unterschiedlichem bio-psycho-sozialem Behandlungsbedarf unterschiedliche spezialtherapeutische Behandlungsbedarfe auslösen, ist eine Zusammenlegung der Berufsgruppen sinnvoll und medizinisch begründet: z.B. hat eine üblicherweise sozial gut integrierte Patientin mit einer Anorexia nervosa mit BMI 15 kg/m² einen hohen ärztlichen, psychologischen und pflegerischen Behandlungsbedarf, aber einen geringen sozialarbeiterischen, während ein sozial desintegrierter Angstpatient mit schwerer Persönlichkeitsstörung im Verlauf einer Krankenhausbehandlung einen zunehmenden sozialarbeiterischen und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf, aber einen eher geringeren kreativtherapeutischen oder medizinischen Behandlungsbedarf hat. Dass es hier zu einer Trennung der Berufsgruppen kam, war in der PEPP-Logik wahrscheinlich durch vergütungsbezogene Berufsgruppenunterschiede begründet.

Zu § 11 Nachweisverfahren

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

Die Korrekturen falscher Nachweise sollten durch eine zentrale und kompetente Stelle übernommen werden, die hierzu auch personell in der Lage ist. Bei einer Versendung und Korrektur der Nachweise auch an alle Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen könnten parallele Prüfungen von IQTIG und Krankenkassen stattfinden, deren Ergebnisse dann erneut verglichen und abgestimmt werden müssen. Ein solcher Prozess würde den bereits sehr hohen bürokratischen Aufwand unnötig weiter erhöhen. Reibungsverluste, wie z.B. in den MDK-Verfahren könnten das Ergebnis sein. Das IQTIG ist als neutrale Instanz besser geeignet Überprüfungen zu übernehmen.

(13) ...[DKG, BÄK] Eine Lieferung gemäß § 11 Absatz 3 14 Tage nach Ende des betreffenden Quartals ist nicht erforderlich. Bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben hat innerhalb der in Satz 2 genannten Fristen eine zusätzliche Lieferung von Teil A an die zuständige Landesaufsichtsbehörde zu erfolgen.

Solange eine quartalsweise Übermittlung der Nachweise sechs Wochen nach Quartalsende erfolgt, sollte eine zusätzliche Lieferfrist zwei Wochen nach Quartalsende bei Nichteinhaltung entfallen. Aktuell sind die Einrichtungen organisatorisch kaum in der Lage die Zwei-Wochen-Frist nach § 11 Abs. 3 einzuhalten. Die zu hohen bürokratischen Anforderungen in der Umsetzung dieser Richtlinie würden zumindest an dieser Stelle ein Stück weit gemindert. Die Übernahme des Vorschlags der DKG würde daher der Akzeptanz und Umsetzbarkeit der Richtlinie dienen.

Zu §12 Veröffentlichungspflichten für Krankenhäuser

Die Erfüllung der Mindestvorgaben insgesamt und für die einzelnen Berufsgruppen (die tatsächliche Personalausstattung und der Umsetzungsgrad) ist für die einzelnen Berufsgruppen sowie zur Anwendung gebrachte Ausnahmetatbestände nach § 10 sind [DKG] im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser darzustellen.

Die Veröffentlichungspflichten im Qualitätsbericht der Krankenhäuser sollten weiterhin Gegenstand der Beratungen im G-BA bleiben. Ob zusätzliche strukturelle Informationen der besseren Verständlichkeit der Informationen zur Einhaltung der Mindestvorgaben für den Patienten tatsächlich dienlich sind, kann zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht gesagt werden. Gleichzeitig schließt eine Nichtberücksichtigung der Vorschläge des GKV-SV in der PPP-RL nicht aus, dass die Veröffentlichung weiterer struktureller Informationen künftig im Qualitätsbericht beschlossen wird, wenn zu einem späteren Zeitpunkt entsprechende Erkenntnisse vorliegen. Die Vorschläge des GKV suggerieren, dass solche Erkenntnisse bereits vorliegen. Das ist nicht der Fall. Daher sollten nur die Ergänzungen der DKG in diesem Absatz übernommen.

Zu §16 Übergangsregelungen

(1) Die Mindestvorgaben nach § 6 müssen ab dem 1. Januar 2024 erfüllt werden. Für die Übergangszeit gilt folgendes gestuftes Verfahren:

- 1. Die Mindestvorgaben nach § 6 müssen ab dem 1. Januar 2020 zu 85 Prozent erfüllt sein.*
- 2. Die Mindestvorgaben nach § 6 müssen ab dem 1. Januar 2022 zu 90 Prozent erfüllt sein.*
- 3. Die Mindestvorgaben nach § 6 müssen ab dem 1. Januar 2023 zu 95 Prozent [GKV-SV] erfüllt sein.*

Der VPKD bedankt sich bei den Parteien des G-BA für die vorzeitige und einvernehmliche Änderung des § 16 Abs. 4 mit der Aussetzung von Sanktionen und Aussetzung der Lieferung von Nachweisen zur Einhaltung der Mindestvorgaben für die Psychosomatik in 2022. Damit wurde den 275 psychosomatischen Einrichtungen (Stand 2019) in Deutschland ein wichtiges Signal gegeben, dass die Behandlungsbereiche sich noch in der Anpassung befinden. Eine voreilige und medizinisch nicht gerechtfertigte Anpassung der psychosomatischen Behandlungskonzepte wird dadurch verhindert.

Für die Psychosomatische Medizin sollte mit dem Inkrafttreten der Mindestvorgaben 2025 ebenfalls eine Übergangsregelung mit stufenweisem Vorgehen beginnend mit 85% und einer jährlichen Anpassung von 5% gewählt werden.

(8) [DKG] Eine Anrechnung gemäß § 8 Absatz 3 Satz 4 ist bis zum 31. Dezember 2022 auch bei Übernahme von Aufgaben der jeweiligen Berufsgruppe außerhalb der Regelaufgaben gemäß Anlage 4 möglich.

Der VPKD begrüßt den Vorschlag der DKG, der durch die gegenseitige Anrechenbarkeit der Berufsgruppen auch außerhalb der Regelaufgaben den Kliniken mehr therapeutische Flexibilität ermöglicht.

Zur Anlage 1 Minutenwertetabellen

Eine Anpassung der Minutenwerte (P2, P3, P4) bzw. die Einführung von Minutenwerten für die neuen Behandlungsbereiche P5 und P6 ist ohne die Personalausstattung in den psychosomatischen Einrichtungen zu kennen und über eine ausreichende Datenbasis zu verfügen, medizinisch nicht vertretbar. Die Veröffentlichung von Personalminuten, auch wenn noch keine Sanktionsmaßnahmen drohen führt zwangsläufig dazu, dass Einrichtungen versuchen diesen Vorgaben zu entsprechen. Dies ist unbedingt zu verhindern. Somit lehnt der VPKD die Änderungen bzw. Festlegung neuer Mindestvorgaben zum jetzigen Zeitpunkt ab.

Selbst wenn die neuen Behandlungsbereiche P5 und P6 evidenzbasierte Vorschläge darstellen würden, berücksichtigen sie die besondere Situation der Psychosomatischen Medizin nicht ausreichend. Die Stärkung der Psychotherapie in den Behandlungsbereichen P5, P6 erfolgt ausschließlich durch die Festlegung höherer Minutenwerte für die Berufsgruppe der nicht-ärztlichen Psychotherapeuten. Die Verteilungen der psychotherapeutischen Aufgaben zwischen den ärztlichen und nicht-ärztlichen Psychotherapeuten ist von vielen Faktoren abhängig, wobei auf eine ausreichende ärztliche psychotherapeutische Kompetenz im stationären Kontext zu achten ist. Eine

einseitige Aufstockung der Minutenwerte für nicht-ärztliche Psychotherapeuten halten wir daher zur Sicherstellung der Behandlungsqualität für nicht angemessen.

Gleichzeitig erfolgt eine deutliche Kürzung der Minutenwerte der Pflegefachkräfte in P5, P6. Dies impliziert, dass PatientInnen mit einem hohen psychotherapeutischen Bedarf nicht auch einen vergleichbaren Bedarf für allgemeine und spezielle therapeutische Pflege zeigen. Dies mag für bestimmte Patientengruppen zutreffen, bildet jedoch nicht das Spektrum von PatientInnen mit intensivierten Psychotherapiebedarf ab. Eine Anpassung der Behandlungsbereiche reduziert auf diesen Sachverhalt bildet somit das komplexe Versorgungsgeschehen nicht angemessen ab.

Ferner wird eine Anpassung der Minutenwerte für die Pflege in den teilstationären Bereichen vorgenommen. Bislang waren die Minutenwerte für Pflegefachkräfte im stationären und teilstationären Bereich für P2 und P4 identisch, was fehlerhaft war. Die Anpassung ist sachgerecht und sinnvoll.

Grundlage für die angepassten Minutenwerte ist eine Berücksichtigung der 5 statt 7 Tage Woche sowie der Wegfall des Spätdienstes in den Tageskliniken. Dennoch weist die Berechnung in unseren Augen Ungenauigkeiten auf, da die Personalausstattung in der Pflege z.B. an Wochenenden und im Spätdienst geringer ist als in den Kernarbeitszeiten während der Woche. Dies wird in der Berechnung nicht berücksichtigt und führt somit vermutlich zu Verzerrungen. Es ist davon auszugehen, dass die Minutenwerte für die Pflege in der jetzt vorliegenden Version der PPP-RL im Behandlungsbereich P3 mit 329 Minuten zu hoch, im Behandlungsbereich P4 mit 201 Minuten tendenziell zu niedrig kalkuliert sind.

Die Personalmindestvorgaben für die Tagesklinik aus der stationären Behandlung 1:1 zu übernehmen ohne weitere Besonderheiten der Tageskliniken zu berücksichtigen ist nicht sinnvoll (z.B. Spezialisierungen, Unterschiede zwischen „stand alone“ Tageskliniken und Tageskliniken, die auf Stationen integriert sind). Ferner ist fraglich, ob überhaupt drei tagesklinische Behandlungsbereiche erforderlich sind.

Vor diesem Hintergrund fordern wir auch für die Tageskliniken zunächst die Schaffung einer angemessenen Datengrundlage.

Die Festlegung der PsychPV in der Psychiatrie hat viele Jahre benötigt (s.o.). Dies verdeutlicht, dass auch für die erstmalige Festlegung der Mindestvorgaben in der Psychosomatischen Medizin deutlich mehr Zeit benötigt wird.

Zu Anlage 2 Eingruppierungsempfehlungen

P. Psychosomatik

P2 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung (auch P4, P5, P6)

Die Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung setzt die Struktur- und Mindestmerkmale des OPS-Code 9-63 voraus. Der OPS-Code 9-62 steht für eine „psychotherapeutische Komplexbehandlung“ und erfüllt somit nicht die Mindestmerkmale. Eine psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung erfordert eine entsprechende Facharztqualifikation für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Wir fordern daher die Streichung des OPS-Code 9-62 für den Behandlungsbereich P2. Gleiches gilt für die Behandlungsbereiche P4, P5 und P6.

Als weiteres psychotherapeutisches Grundverfahren wurde die Systemische Therapie in die Psychotherapie Richtlinie aufgenommen. Somit ist die Systemische Therapie als Grundverfahren in der Tabelle „Behandlungsmittel“ wie folgt aufzunehmen: „Komplexe psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung unter Einsatz eines psychodynamisch, kognitiv-behavioralen oder systemischen Grundverfahrens als reflektierter multiprofessioneller Mehrpersoneninteraktionsprozess...“

P5/ P6 Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung stationär/teilstationär

Die Einführung neuer Behandlungsbereiche mit nicht empirisch geprüften Minutenwerten wird sehr kritisch gesehen. Siehe hierzu auch §3.

Zu Anlage 4 Regelaufgaben

3. Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) – Psychosomatik

Der VPKD schließt sich der Position von GKV-SV, BÄK in der Formulierung der Regelaufgaben und Tätigkeitsprofile der Berufsgruppen a und c an.

Unter den Regelaufgaben der Ärzte und ärztlichen Psychotherapeuten empfehlen wir noch die „Bearbeitung gutachterlicher Fragestellungen auch in Bezug auf sozialrechtliche, familienrechtliche, strafrechtliche Fragestellungen“ mit aufzunehmen.

Ferner gehört die Weiterbildung zu den Tätigkeitsprofilen der Assistenzärzte. Es ist nicht sachgerecht nur die Fortbildung aufzuführen, da die Weiterbildung der Assistenzärzte in den Kliniken im Rahmen der Arbeitszeit erfolgt. Somit ist die Weiterbildung integraler Bestandteil des Tätigkeitsprofils der Assistenzärzte auf Station (gemäß §2 Abs. 10 PPP-RL ist die (interne) Weiterbildung in den Minutenwerten auch enthalten).

Die Forderung der BpTK, dass PsychotherapeutInnen (nicht ärztlich), Visiten leiten sowie Gesamtbehandlungspläne erstellen, wird der Situation von schwer psychosomatisch erkrankten Patientinnen und Patienten in einem Krankenhaus nicht gerecht. Sowohl Visiten als auch die Erstellung von Gesamtbehandlungsplänen erfordern ärztlich-medizinische Kompetenzen in der somatomedizinischen Diagnostik, Differentialdiagnostik und Behandlung, einschließlich der Pharmakotherapie somatischer Komorbiditäten sowie dem frühzeitigen Erkennen von gefährlichen Verläufen, die durch die Wechselwirkung von psychischen und körperlichen Faktoren entstehen. Diese Qualifikation ist bei nicht-ärztlichen PsychotherapeutInnen nicht gegeben und würde somit zu erheblichen Einschränkungen in der Versorgung der Patienten führen. Im Bereich der Psychosomatischen Medizin, die sich mit somatischen Manifestationen von psychischen Erkrankungen (z.B. Essstörungen, somatoforme Störungen) oder auch psychischer Komorbidität bei chronischen körperlichen Erkrankungen (z.B. Depression bei Herz-Kreislaufkrankungen) befasst, ist eine ärztlich-medizinische Kompetenz im Rahmen der Visite und für die Gesamtbehandlungsplanung essenziell.

Zusammenfassung und Schlussbemerkung

Der Entwurf, Stand 02.06.2021 nach Sitzung des UA QS, der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik- Richtlinie/PPP-RL) weist einige notwendige Änderungen und Präzisierungen auf, die der VPKD unterstützt und mit trägt. Es finden sich im Entwurf jedoch auch einige Feststellungen, die wir wegen ihrer Bedeutung für eine qualitativ hochwertige und sachgerechte Patientenversorgung kritisieren und um Änderung bitten:

Der Personalaufwand in der Psychosomatik orientiert sich in hohem Maße an der Intensität der psychotherapeutischen Leistung (Therapieeinheiten, „TE´s“) sowie dem somatisch-medizinischen Versorgungsaufwand. Vor diesem Hintergrund ist für die Festlegung der Personalmindestvorgaben sowie die Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche zusätzlich eine Erfassung der therapeutischen Leistungen als auch des medizinisch-somatischen Aufwands erforderlich. Diese Daten werden im Rahmen der PPP-RL Nachweise nicht erfasst. Im Rahmen der EPPIK-Studie wird eine geeignete und für die Einrichtungen repräsentative Datenbasis erstellt, die als Grundlage für die erstmalige Festlegung von Personalmindestvorgaben in der Psychosomatische Medizin genutzt werden sollte.

Die Stärkung der Psychotherapie durch die Festlegung von Mindestvorgaben für Psychotherapeuten muss den Gegebenheiten des Fachgebietes Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Rechnung tragen und ärztliche und nicht-ärztliche Psychotherapeuten angemessen berücksichtigen. Die Festlegung der Minutenwerte für Psychotherapie in den verschiedenen Behandlungsbereichen sollte datenbasiert vorgenommen werden.

Eine weitere Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche der Psychosomatischen Medizin ist dringend erforderlich. Auch müssen noch Lösungen für besondere Fälle, wie die die Kinder-Jugend-Psychosomatik gefunden, werden. Hierzu braucht es aber eine angemessene empirische Datenbasis als Voraussetzung für die Ableitung von angemessenen Personalmindestvorgaben. Eine willkürliche Festlegung von Minutenwerten für die vorgeschlagenen Behandlungsbereiche P5 und P6 ist unangemessen und steht im Widerspruch zu den Zielen der PPP-RL.

Die Differenzierung der Berufsgruppen gemäß §5 und der Anrechnungsmöglichkeiten gemäß §8 ist im Hinblick auf eine qualitativ hochwertige und leitliniengerechte psychosomatische Behandlung von erheblicher Bedeutung. Hier würde die Zusammenfassung der Berufsgruppen nach Buchstabe d, e und f mehr therapeutisch sinnvolle Flexibilität ermöglichen und die Versorgungsqualität gegenüber der jetzt kleinteiligen Differenzierung (die eine starre Vorhaltung von Personal, das im Einzelfall gar nicht benötigt wird, vorschreibt) erheblich verbessern. Ansonsten droht die Vernachlässigung bestimmter Patientengruppen.

Die Aussetzung der Ermittlung und Umsetzung der Personalmindestvorgaben sowie der Sanktionsmaßnahmen für psychosomatischen Einrichtungen wird über den 31.12.2022 erforderlich sein, da erst im Jahr 2024 mit den Ergebnissen der EPPIK-Studie und damit der empirischen Grundlage für Personalmindestzeiten in verschiedenen Behandlungsbereichen gerechnet werden kann.

Die spezialisierte Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung in den Behandlungsbereichen P2 und P4 (künftig ggf. P5, P6) kann qualitativ sachgerecht und leitliniengemäß nur durch einen Facharzt/-ärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erbracht werden, so wie es auch in der entsprechenden OPS-Prozedur 9-634 festgelegt ist. Dies ist in Anlage 2 der PPP-RL zu präzisieren.

Wir hoffen auf eine Berücksichtigung unserer Positionen. Wir stehen gerne für Rückfragen und einen konstruktiven Dialog zur Verfügung.

mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'L. Klitzsch', with a stylized flourish at the end.

Ludwig Klitzsch
1. Vorsitzender

Von: Evelyn Hilbeck <Evelyn.Hilbeck@med.uni-tuebingen.de>
Gesendet: Montag, 12. Juli 2021 12:06
An: Anfragen und Stn PPP-RL
Cc: 'st-gba@awmf.org'
Betreff: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung der PPP-RL
Signiert von: evelyn.hilbeck@med.uni-tuebingen.de

Sehr geehrte Damen und Herren,

- In der PPP-RL sollte eine tätigkeitsbezogene Sicht verankert werden, insb. da die Möglichkeiten der wechselseitige Anrechnung von einzelnen Berufsgruppen begrenzt ist und der Tätigkeitsumfang sehr schwer quantifizierbar ist. Die Erfüllung der Voraussetzungen der RL auf Berufsgruppen abzustellen, ist im Kontext einer interdisziplinären und leitliniengerechten Versorgung zu eng gefasst. Vielmehr sollte über alle Berufsgruppen hinweg und nicht auf einzelne Berufsgruppen bezogen, der Umsetzungsgrad ermittelt werden. Auch bei den an vielen Standorten in Deutschland laufenden Pflegebudgetverhandlungen wird vermehrt auf den tätigkeitsbezogen Ansatz verwiesen und auch von Schiedsstellen bestätigt.
- Bezug: § 6, Abs. 4: *Liegt in einem Quartal des laufenden Jahres die tatsächliche Anzahl der Behandlungstage in den Behandlungsbereichen um mehr als 2,5 Prozent über oder mehr als 2,5 Prozent unter der nach Absatz 3 ermittelten Anzahl der Behandlungstage, erfolgt die Berechnung der Behandlungswochen abweichend von Absatz 3 auf der Basis der tatsächlichen Anzahl der Behandlungstage des laufenden Quartals.*
Der Prozentsatz mit 2,5 % ist viel zu eng, dies entspricht der normalen jährlichen Schwankung. Es sollte eher ab 15-20 % Abweichung diese Änderung in der Berechnungsweise wirksam werden.
- Formular B3 (Datenfelder zur Dokumentation der Patientinnen und Patienten (Regelaufgaben gemäß Anlage 4)): Die Dokumentation stellt an dieser Stelle einen unverhältnismäßig großer Aufwand mit zu großer Detailtiefe dar. Die Einführung sollte daher nicht nur verschoben, sondern komplett gestrichen werden. Alternativ sollte es sich um eine freiwillige Teilnahme an dieser Datenerhebung handeln, z.B. analog einer Studie.

Herzlichen Dank und viele Grüße

Renate Sailer
Universitätsklinikum Tübingen
Tel. 07071/29-85712,
mobil 0173-6360364

und

Evelyn Hilbeck

Health Care Management M.A., CAS: Ethik in Organisationen

Medizincontrollerin

Geschäftsbereich B Finanzen | Abt. Dokumentation und Medizincontrolling (B6)



Hoppe-Seyler-Str. 6 | 72076 Tübingen

Gesundheitszentrum (Geb. 480) | Ebene 5, Raum 121

Tel.: 07071 29-80118 | Fax: 07071 29-25022

evelyn.hilbeck@med.uni-tuebingen.de

www.medizin.uni-tuebingen.de

Auswertung der Stellungnahmen

**gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, § 92 Abs. 7f SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und
Abs. 8 Satz 2 SGB V**

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses

über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

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

Inhalt

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

I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen

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

Nr.	Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
1	Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB)	25. Juni 2021	Stellungnahme
2	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (dgkip)	28. Juni 2021	Stellungnahme
3	Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	30. Juni 2021	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird

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

Nr.	Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
4	Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG)	1. Juli 2021	Stellungnahme
5	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM)	2. Juli 2021	Stellungnahme
6	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin e.V. (DKPM)	2. Juli 2021	Stellungnahme
7	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)	2. Juli 2021	Stellungnahme
8	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V. (DFPP)	2. Juli 2021	Stellungnahme
9	Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung e.V. (DGPSF)	2. Juli 2021	Stellungnahme
10	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE)	5. Juli 2021	Stellungnahme
11	Deutscher Verband für Physiotherapie e.V. (ZVK)	9. Juli 2021	Stellungnahme
12	Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)	11. Juli 2021	Stellungnahme
13	Deutsche Gesellschaft Pädiatrische Psychosomatik e.V. (DGPPS)	11. Juli 2021	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
14	<i>[nicht besetzt]</i>		

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

Nr.	Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
15	Bundesdirektorenkonferenz (BDK)	14. Juli 2021	Stellungnahme
16	Aktion Psychisch Kranke Vereinigung zur Reform der Versorgung psychisch Kranker e.V. (APK)	15. Juli 2021	Stellungnahme
17	Deutsche Psychotherapeutenvereinigung e.V. (DPTV)	16. Juli 2021	Stellungnahme
18	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP)	16. Juli 2021	Stellungnahme
19	Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.	16. Juli 2021	Stellungnahme
20	Wissenschaftlichen Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien e.V. (WKFT)	16. Juli 2021	Stellungnahme
21	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP)	16. Juli 2021	Stellungnahme

Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in zwei Arbeitsgruppen-Sitzungen am 11. und 13. August 2021 vorbereitet und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seiner Sitzung am 25. August 2021 durchgeführt.

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
1	Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB), 25. Juni 2021		
1.1	DGSGB	<p>Allgemeiner Hinweis:</p> <p>Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Konkretisierung und Überarbeitung der Regelungen. In der Stellungnahme der DGSGB vom 14.6.2019 und vom 12.8.2020 haben wir insbesondere die Aufnahme von spezifischen Behandlungsbereichen (Behandlungsbereich „I“) und die Anerkennung der Berufsgruppen der HeilpädagogInnen und HeilerziehungspflegerInnen in §5 Absatz (1) in der stationär psychiatrischen Behandlung von Erwachsenen mit Intelligenzminderung vorgeschlagen. Leider ist keiner unserer Änderungsvorschläge übernommen worden. Auch alternative Lösungsmöglichkeiten wie z. B. die Eingruppierung von Erwachsenen mit Intelligenzminderung entsprechend dem kognitiven Referenzalter in die KJ-Behandlungsbereiche sind nicht umgesetzt worden, so dass die für die Genesung von psychisch kranken Personen mit Intelligenzminderung erforderlichen Rahmenbedingungen in der PPP-RL weiter unberücksichtigt bleiben. Dort taucht das Wort „Behinderung“ nur im Kontext der KJP auf und lässt vollkommen außer acht, dass wir eine erste Generation von alt werdenden Menschen mit Behinderungen in Deutschland haben, die häufig (Punktprävalenz ca.</p>	<p>GKV-SV/DKG: Vielen Dank für den allgemeinen Hinweis. Vor dem Hintergrund Ihrer Stellungnahme wurde in den Tragenden Gründen zu § 8 Absatz 5 des Beschlusses vom 15. Oktober 2021 Folgendes festgehalten:</p> <p>Darüber hinaus werden einige Berufsgruppen, die in § 5 Absatz 2 nur im Hinblick auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgeführt werden, auch in der Erwachsenenpsychiatrie eingesetzt – insbesondere bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung. Bei dieser Patientengruppe übernehmen in einigen Einrichtungen zum Beispiel Heilpädagoginnen oder Heilpädagogen eine wichtige Rolle bei der Behandlung. Auch in Anerkennung dieses Sachverhaltes ist es von großer Bedeutung, auch andere Berufsgruppen als die jeweils für die Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgeführten anrechnen zu können.</p> <p>Inwieweit Anpassungen bezüglich der Anrechnungsmöglichkeiten und der Berufsgruppen der Einrichtungen erforderlich sind, wird der G-BA auf Basis der ersten vorliegenden Nachweisdaten bis zum 30. September 2022 untersuchen.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		30%) an zusätzlichen psychischen Krankheiten leiden und deren Behandlung deutlich aufwändiger ist als in der sog. Allgemeinbevölkerung. Dies ist umso unverständlicher, da dieser besonders vulnerable Personenkreis mit ca. 1 Million Bürgerinnen und Bürger in Deutschland einen relevanten Bevölkerungsanteil ausmacht. In diesem Zusammenhang weisen wir auf mögliche Konflikte mit der UN-Behindertenrechtskonvention hin und erlauben uns, den Behindertenbeauftragten der Bundesregierung über die weiterhin fehlende Berücksichtigung der Belange von Menschen mit Behinderung in der stationär-psychiatrischen Behandlung in Kenntnis zu setzen.	PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.
2	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (dgkjp), 28. Juni 2021		
2.1	dgkjp	<p>Allgemeiner Hinweis:</p> <p>Wir betonen an dieser Stelle, dass die allgemeinen Kritikpunkte an der PPP-RL, die wir kontinuierlich geäußert und im Stimmungsverfahren eingebracht haben, fortbestehen. Dies betrifft insbesondere den Dokumentationsaufwand. Des Weiteren möchten wir vorab betonen, dass wir vornehmlich Stellung nehmen zu Punkten, welche die (teil-)stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen betreffen, also den Fachbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie.</p>	<p>DKG: Kenntnisnahme. Die zusätzliche Nennung psychotherapeutischer Aufgaben und Aufgabenanteile verfolgt das Ziel dem Stellenwert psychotherapeutischer Behandlungsanteile, welcher sich seit Einführung der Psychiatrie-Personalverordnung verändert hat, Rechnung zu tragen.</p> <p>BPtK: Der gesetzliche Auftrag zur Ergänzung der PPP-Richtlinie um Mindestvorgaben für Psychotherapeuten erfordert eine Überarbeitung bzw. Beschreibung der Regelaufgaben dieser Berufsgruppe. Die BPtK stimmt den Ausführungen der DGKJP</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>Einen sehr generellen Kritikpunkt unsererseits möchten wir voranstellen, wir werden im Folgenden auch detailliert diesen mit einem Änderungsvorschlag ausführen: Die Anlage zu den Regelaufgaben, in der nun vorgelegten geänderten Fassung verwundert uns sehr. Sie muss entschieden abgelehnt werden und zeigt, dass bei der Weiterentwicklung einzig berufspolitische Interessen der Leitfaden gewesen zu sein scheinen und die Patient*innenbedürfnisse oder gar Fachexpertise eine wohl untergeordnete Rolle gespielt haben. Die scheinbar feingliedrige Aufteilung ärztlicher versus psychologischer Tätigkeiten zeigt eine offenbare Unkenntnis klinischer Abläufe, suggeriert eine vermeintliche Transparenz der Tätigkeiten – und ist in Wahrheit doch nur eine groteske Fraktionierung einer notwendigen ganzheitlichen Behandlung im Krankenhaus von schwerst psychisch erkrankten Minderjährigen. Eine solche Aufteilung entspricht in keinster Weise der Realität, kommt dem Patient*innenbedürfnis nicht entgegen, sondern suggeriert einen Behandlungsprozess, der vielleicht in der produzierenden Industrie so beschrieben werden kann, aber nicht im beziehungsorientierten Umgang mit Kindern und Jugendlichen. Das betrifft die Aufteilung in medizinische und psychotherapeutische Anamnese oder somatische und Entwicklungsanamnese (bei den vielen Teilleistungsstörungen bei KJPP-Patienten und der Notwendigkeit pädiatrische Kinder-Vorsorgeuntersuchungsergebnisse zu bewerten ist dies seltsam), die Aufteilung</p>	<p>zu, dass sich die ärztlichen und psychotherapeutischen Tätigkeiten breit überschneiden und beide Berufsgruppen gleichermaßen die Fallführung in den Kliniken übernehmen. Dies spiegelt sich auch im Vorschlag der BPtK wieder, der – bis auf ausschließlich den Ärzten vorbehaltenen Tätigkeiten der somatischen und psychopharmakologischen Patientenversorgung – die gleichen Regelaufgaben für Ärzte und Psychotherapeut*innen vorsieht.</p> <p>GKV-SV: Entsprechend § 14 Abs 2 PPP-RL hatte der G-BA zum 30. September 2021 die Regelaufgaben der Berufsgruppe der Psychologinnen und Psychologen vor dem Hintergrund der Berufsbilder der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten festzulegen. Der Auftrag hierzu ergab sich indirekt aus SGB V, §136 a, Abs. 2, Satz 9.</p> <p>Die zusätzliche Nennung psychotherapeutischer Aufgaben und Aufgabenanteile verfolgt das Ziel dem Stellenwert psychotherapeutischer Behandlungsanteile, welcher sich seit Einführung der Psychiatrie-Personalverordnung verändert hat, Rechnung zu tragen.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>des Familienbezuges etc.</p> <p>Nachdem die gesamte PPP-RL immer wieder Bezug auf eine leitliniengerechte oder evidenzbasierte Behandlung von Patient*innen nimmt, ist es umso mehr verwunderlich, dass hier offenbar ohne entsprechende Expertise oder Wissenschaftlichkeit Tätigkeitsbeschreibungen formuliert werden, deren Anwendbarkeit bzw. „Trennschärfe“ überhaupt nicht evaluiert oder untersucht sind.</p> <p>Insofern müssen wir Veränderungen der Regelaufgaben zunächst in toto ablehnen für die Berufsgruppe der Ärzt*innen, Psycholog*innen/ Psychotherapeut*innen im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie. Sie sind nicht tauglich, sie entsprechen nicht den Bedürfnissen von Patient*innen im Rahmen einer ganzheitlichen und auf einer therapeutischen Beziehung gründenden Behandlung und entsprechen auch nicht dem in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie seit langem gepflegten Standard der interdisziplinären und multiprofessionellen Behandlung durch die zwei genannten Berufsgruppen. Es sei daran erinnert, dass in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie seit den Zeiten der Psychiatrie-Personalverordnung auf den Stationen ebenso viele Psycholog*innen/ Psychotherapeut*innen wie Ärzt*innen tätig sind (das Verhältnis wurde allein im Rahmen der PPP-RL durch das Hineinrechnen der oberärztlichen Minuten verschoben)</p>	<p>Interdisziplinarität und ganzheitliche Behandlung werden unter der hier vorgenommenen Beschreibung psychotherapeutischer Aufgaben für die einzelnen Berufsgruppen sicher nicht leiden.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>BÄK: Die BÄK unterstützt grundsätzlich die Vorschläge der DGKJP zu den Regelaufgaben. Es ist nachvollziehbar, dass für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie spezifische Regelungen erforderlich sind, die auch von denen für die Erwachsenenpsychiatrie bzw. Psychosomatik abweichen.</p> <p>Grundlage für die Aufgaben der Ärztinnen und Ärzte in der KJP ist die (Muster-)Weiterbildungsordnung der BÄK bzw. die Weiterbildungsordnungen der Bundesländer. Es ist dabei aber zu beachten, dass in der WBO grundsätzlich Kenntnisse und Kompetenzen beschrieben werden und keine ärztlichen Aufgaben, wie es in der Richtlinie erforderlich ist. Beides muss aber in Einklang gebracht werden, um das Spektrum der Regelaufgaben vollständig abzubilden.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>und selbstverständlich alle gleichermaßen die Fallführung für Patient*innen übernehmen mit sehr breiten Überschneidungen der Tätigkeiten.</p> <p>Warum bei der Tätigkeit z.B. der Ärzt*innen nicht ein Verweis auf die (Muster-)Weiterbildungsordnungen (MWBO) mit einem hohen Anteil an Psychotherapiestunden im Sinne unseres Hauptbehandlungsverfahrens erfolgt, erscheint uns unverständlich. Insofern verwundert es uns, dass im Bereich der Berufsgruppe c) seitens aller Bänke Psychotherapeut*innen in Ausbildung unabhängig vom Grundberuf aufgenommen werden, Fachärzt*innen aber mit Ärzt*innen in Weiterbildung in einer Zeile genannt werden. Letztere haben ebenso Weiterbildungs- und Supervisionsbedarfe, wobei die Minutenwerte in der PPP-RL verglichen mit der MWBO von 2018 nicht ausreichen. Auch darauf haben wir schon mehrfach hingewiesen.</p>	
2.2	dgkjp	<p>Zu § 5 – Berufsgruppen</p> <p>Die Problematik der expliziten Definition ärztlicher Psychotherapie als elementarem Bestandteil der Tätigkeit von Ärzt*innen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie ergibt sich erst durch die in der Anlage der Regelaufgaben definierten, kleinteiligen und von uns stark kritisierten Tätigkeiten. Generell ist</p>	<p>GKV-SV/DKG/BÄK: Zu den Berufsgruppenbezeichnungen:</p> <p>Die Aufnahme von ärztlichen Psychotherapeuten/-innen soll eben dies deutlich machen – Ärzte/-innen sind sowohl medizinisch als auch psychotherapeutisch tätig. Zudem dient die Ergänzung der Klarstellung, dass die Berufsgruppe c keine Ärzte/-innen umfasst.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>aus unserer Sicht eine immanente Tätigkeit von Ärzt*innen (seien es Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Assistent*innen in Weiterbildung zum genannten Facharzt), dass sie psychotherapeutisch tätig sind. Dies ergibt sich auch aus der MWBO. Für die DGKJP ist die Ergänzung der Begrifflichkeiten ärztlicher Psychotherapeut*innen und nicht-ärztlicher Psychotherapeut*innen insofern akzeptabel. Wir begrüßen, dass die Diplom-Psycholog*innen weiterhin genannt werden, da sie einen festen Bestandteil in vielen Kliniken ausmachen. Trotz der Reform der Psychotherapeutenausbildung halten wir es für notwendig, dass diese auch weiterhin in Kliniken ein fester Bestandteil sein können, zumal es Kolleg*innen gibt, die jahrelange Routine und dadurch hohe Fachlichkeit in der Patientenversorgung haben, und de facto auch noch länger als bis 2035 in den Kliniken tätig sein können. Es erschließt sich nicht, warum diese Abschlüsse diskriminiert werden sollten.</p>	<p>GKV-SV/DKG: Zur weiteren Berücksichtigung von Diplom-Psychologen/-innen: Zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>BPtK: Eine Anrechnung von „Psycholog*innen“ ist auch über 2035 hinaus (bis zu 10%) gemäß § 8 Absatz 5 der Ri-Li möglich. Ein genereller Ausschluss dieser Berufsgruppe ist deshalb nicht vorgesehen.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>
2.3	dgkjp	<p>Zu § 8 Abs. 3 - Anrechnungen von Berufsgruppen Die bisherige Austauschbarkeit bzw. Anrechenbarkeit gegenseitig von ärztlichem Personal und psychologisch/psychotherapeutischem Personal ist in Anbetracht der sehr heterogenen Situation in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie sachgerecht und realitätsnah. Die Vorschläge der DKG/ BÄK/ DPR und BPtK lehnt die DGKJP ab. Grund hierfür ist, dass die Tätigkeitsprofile der Berufsgruppen a</p>	<p>DKG/BÄK: Hier scheint ein Missverständnis vorzuliegen. Es wird in § 8 Absatz 3 ausschließlich die Möglichkeit der Anrechnung von Psychologen/-innen auf die anderen Berufsgruppen ergänzt und dies nur, wenn eine ausreichende Qualifikation zur Übernahme der jeweiligen Regelaufgaben vorliegt. Eine Anrechnung von beispielsweise der Pflege auf Psychologen/-innen ist weiterhin ausgeschlossen.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>und c einen sehr hohen Überschneidungsgrad haben, während die Tätigkeitsprofile der anderen Berufsgruppen sich doch unterscheiden. So ist es auch z.B. in den OPS 9-65 und 9-67 für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie vorgesehen und unter den „Mindestmerkmalen“ bei den Verfahren beschrieben.</p> <p>Die in den Tragenden Gründen genannten Begründungen bezogen auf psychosomatische Kliniken mögen für diese Kliniken richtig sein. Warum dann allerdings diese Regelungen explizit auch auf psychiatrische Einrichtungen für Kinder und Jugendliche ausgedehnt werden, ist nicht logisch. Wir schlagen deshalb vor, ggf. den Halbsatz „... bei psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche“ zu streichen. Den Vorschlag der BPtK zu Absatz 6 halten wir aus weiter oben genannten Gründen für nicht sinnvoll, sondern möchten die Diplom-Psycholog*innen als regelhaften benannten Teil der Berufsgruppe unter c fortführen.</p>	<p>GKV-SV/PatV: Zustimmung, die Kenntnisnahme.</p> <p>BPtK: Zustimmung, die Regelung nur auf psychosomatische Kliniken anzuwenden.</p>
2.4	dgkjp	<p>Zu § 11 – Nachweisverfahren</p> <p>Warum bis zum 01. Januar 2025 derzeit Regelungen fixiert werden sollen, erscheint uns nicht ganz schlüssig, da derzeit auch auf Grund der COVID-19-Situation ohnehin erst einmal die Datenqualität und Belegungssituation abgewartet werden muss. Gerade in der Post-Pandemie-Zeit rechnen wir mit erhöhter Inanspruchnahme in der</p>	<p>DKG: Zustimmung, die Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Der Beitrag erschließt sich uns nicht. Gerade weil die Situation derzeit von einer gewissen Unübersichtlichkeit geprägt ist, wird die Übergangszeit für das Nachweisverfahren und damit die quartalweise Berichterstattung, um ein Jahr verlängert. So kann der G-BA schneller auf Unwuchten oder</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		Pflichtversorgung, dies zeichnet sich aktuell bereits in der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung ab.	die von Ihnen angesprochenen höhere Inanspruchnahme in der Pflichtversorgung reagieren. PatV: Dank und Kenntnisnahme.
2.5	dgkjp	Zu § 16 – Übergangsregelungen Wir begrüßen die Erhöhung der Mindestvorgaben auf 95 % Erfüllungsgrad zum 01.01.2023.	DKG: Da bisher keine Daten bezüglich der Umsetzung der Mindestvorgaben vorliegen, stellt eine Erhöhung der Mindestvorgaben in der Übergangszeit bis 2024 eine unangemessene Verschärfung ohne jegliche Bewertungsgrundlage darstellt. GKV-SV/PatV: Zustimmungende Kenntnisnahme.
2.6	dgkjp	Zur Anlage 1 – Minutenwertetabellen So wünschenswert eine Erhöhung der Minutenwerte im Sinne einer modernen kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Versorgung ist, so muss doch zum Vorschlag der BPtK im Rahmen der Weiterentwicklung der PPP-RL festgehalten werden, dass diese Werte letztlich nicht nachvollziehbar sind und zum jetzigen Zeitpunkt für uns nicht sinnvoll erscheinen. Wir verweisen diesbzgl. auf die vom G-BA Innovationsfonds geförderte Studie zum Plattformmodell (EPPIK-Studie). In diesem Zusammenhang haben wir immer darauf hingewiesen, dass eine sinnvolle, im Konsens und an den Patientenbedarfen orientierte Personalbemessung notwen-	DKG: Zustimmungende Kenntnisnahme zu den Hinweisen bezüglich der Minutenwerte. GKV-SV: Kenntnisnahme. PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. BPtK: Der gesetzliche Auftrag zu „Mindestvorgaben für Psychotherapeuten“ sieht ausdrücklich eine Stärkung der Psychotherapie gemäß ihrer Bedeutung für die Versorgung psychisch und psychosomatisch Erkrankter vor. Die Einführung der Berufsgruppe „Psychotherapeuten“ mit ihrem Tätigkeitsprofil kann hierfür allein als nicht ausreichend angesehen werden. Insofern ist auch der Umfang der Psychotherapie zu erhöhen,

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>dig ist. Erst auf einer solchen Grundlage kann eine Mindestausstattung für die Sicherstellung einer qualitativen, leitliniengerechten und evidenzbasierten Behandlung hinreichend definiert werden. So wie die PPP-RL sich definiert, liefert sie bisher nur Anhaltspunkte für eine Mindestausstattung. Insofern halten wir von einer willkürlichen Modifikation der Minutenwerte zum derzeitigen Zeitpunkt und im Rahmen, wie es in der Weiterentwicklung der PPP-RL in der vorliegenden Fassung geschehen würde, nichts. Wir lehnen dies also ab.</p> <p>Wir begrüßen, dass der GKV-SV unsere Hinweise bzgl. der Logopädie in KJPP-Kliniken aufgenommen hat, und sind mit der Zuordnung der Berufsgruppe und der Minutenwerte zu den Fachtherapien sehr einverstanden.</p>	<p>indem die Minutenwerte entsprechend angepasst werden. Hierfür auf die Ergebnisse der EPPIK-Studie die frühestens 2024 vorliegen zu warten ist im Interesse der Patient*innen nicht vertretbar. Die Frist für den gesetzlichen Auftrag ist der 30.09.2021.</p> <p>Der Vorschlag der BPtK für die Minutenwerte leitet sich aus der für eine stationäre Psychotherapie angemessenen Intensität, wie sie auch in den Expertengesprächen des G-BA sowie in Publikationen des Nervenarztes diskutiert wurden ab. Zudem ist Vorschlag der BPtK – in Hinblick auf die Minutenwerte für die Psychotherapie - weitgehend vergleichbar mit dem Vorschlag der Bundesärztekammer zur Erhöhung der Minutenwerte. Lediglich in der Verteilung der zusätzlichen Minuten auf die beiden psychotherapeutisch tätigen Berufsgruppen – Ärzte und Psychotherapeut*innen – die – wie auch die DGJKP in ihrer Stellungnahme betont untereinander austauschbar sind, unterscheiden sich die Vorschläge von BPtK und BÄK. Hier von einer berufspolitischen Strategie zu sprechen wird deshalb ausdrücklich zurückgewiesen.</p> <p>GKV-SV: Zustimmende Kenntnisnahme.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>Im Übrigen möchten wir an dieser Stelle darauf hinweisen, dass der Vorschlag der Minutenwerte durch die BPTK ein Beispiel für die eingangs von uns kritisierte berufspolitische Strategie ist, die von einzelnen Beteiligten offenbar im Rahmen der PPP-RL gepflegt wird, und die nicht vom Patientenbedarf in der Weiterentwicklung der Richtlinie getrieben zu sein scheint. Zur Benennung von ärztlichen Psychotherapeut*innen und nicht-ärztlichen Psychotherapeut*innen hatten wir uns oben schon geäußert. Generell ist diese für uns akzeptabel.</p>	<p>GKV-SV: Zustimmung und Kenntnisnahme.</p>
2.7	dgkjp	<p>Zur Anlage 2 - Eingruppierungsempfehlungen</p> <p>Vorschlag des GKV-SV und der Patientenvertretung zu den Kategorien P5 und P6:</p> <p>Hier würden wir vorschlagen – sofern dieser Vorschlag sich durchsetzen sollte - wie weiter oben zu ergänzen: „...die in psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene ... behandelt werden.“ Hier handelt es sich um eine redaktionelle Klarstellung, da analog in der Allgemeinen Psychiatrie ebenfalls steht „Akut psychisch Kranke in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene“ (S. 23, A 1, A2, A3 etc., Spalte 2.)</p>	<p>GKV-SV/PatV: Zustimmung und Prüfung einer Umsetzung in der Richtlinie.</p>
2.8	dgkjp	<p>Zu KJ. Kinder- und Jugendpsychiatrie</p>	<p>DKG/GKV-SV: Zustimmung und Kenntnisnahme.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>Der Vorschlag des GKV-SV, die funktionellen Therapien auszuformulieren erbringt unserer Meinung nach keinen großen Mehrwert und ist überdies fehlerhaft (es fehlt z.B. die Berufsgruppe der Bewegungstherapeut*innen mit Motopädie, Mototherapie, Sporttherapie, Erlebnistherapie; es fehlt die Berufsgruppe der Heilpädagog*innen auch wenn diese nicht zu den Spezialtherapeut*innen sondern traditionell zu den Sozialarbeiter*innen zählt.). Letztlich vergrößert sich die Diskrepanz zu den in den OPS 9-65 etc. niedergelegten Berufsgruppen. Hier wird über die eingesetzten Verfahren weit hinausgegangen.</p> <p>Unser Vorschlag wäre, funktionelle Therapien zu belassen und ggf. durch eine Klammer und der Hinzufügung von „z.B.“ die möglichen funktionellen Therapien aufzuführen. Was wir für unlogisch halten, ist die Unterscheidung von KJ1 und KJ2 hinsichtlich der genannten fachtherapeutischen Maßnahmen. Hier würden wir einen Gleichklang von KJ1 und KJ2 vorschlagen, der auch der Realität entspricht. Es unterscheidet sich in der Praxis ggf. der Fokus oder die Intensität und Dauer der einzelnen zur Anwendung gebrachten Fachtherapien auf Grund der Schwere des Erkrankungsbildes der Patient*innen. Bei KJ5 würden wir ebenfalls, um in der Logik zu bleiben und die individuellen Gegebenheiten der Kliniken, wie sie bereits mehrfach im</p>	<p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>AG: Dank und Kenntnisnahme. Wir werden Ihre Anregung zur Umsetzung in der Richtlinie im Rahmen der mündlichen Anhörung prüfen.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>G-BA thematisiert wurden und auch akzeptiert wurden, einen abstrakteren Begriff wie „funktionelle Therapien/künstlerische Therapien“ vorschlagen.</p> <p>Für die Gruppe der teilstationären KJ7-Patient*innen gilt die Argumentation analog.</p>	
2.9	dgkjp	<p>Zur Anlage 3 - Nachweis</p> <p>Teil A des Nachweises zur PPP-RL</p> <p>Wir weisen noch einmal darauf hin, dass die Klassifizierung in Stationstypen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nicht sinnvoll ist. Wie bereits vor Jahren in der Anhörung im Rahmen der Entwicklung der PPP-RL erwähnt, zeichnen sich kinder- und jugendpsychiatrische Stationen insbesondere auch durch die Milieuthherapie aus. Störungsspezifische Stationen sind im Eigentlichen weder die Regel noch inhaltlich, bis auf wenige Ausnahmen (z.B. Suchtbehandlung Jugendlicher oder Eltern-Kind-Stationen) angestrebt. Auch hier machen bereits die OPS klare Vorgaben hinsichtlich der Strukturmerkmale. Eine „Binnendifferenzierung“ wie in der Erwachsenenpsychiatrie bietet sich auch aufgrund der geringen Größe kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken (durchschnittlich 46 Betten, ohne Differenzierung nach Standorten oder Spezialstationen wie oben aufgeführt) nicht an.</p>	<p>DKG/PatV: Zustimmungse Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Kenntnisnahme und Prüfung der Übernahme in die Richtlinie.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>Des Weiteren handelt es sich bei kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen mittels freiheitsentziehender Maßnahmen meist um Maßnahmen, die auf fakultativ geschlossenen Stationen (d.h. neben z.B. ausschließlichen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen) durchgeführt werden. Am Ehesten trennt noch das Alter der Patient*innen Stationsbereiche - auch aus Kinderschutzgründen. Insofern halten wir die Spalte 4 für entbehrlich bzw. derzeit für unser Fachgebiet nicht mit Inhalten füllbar. Dies wurde bereits auch im Gespräch mit dem IQTiG, das die Begleitforschung zum Teil übernehmen soll, von uns thematisiert.</p> <p>Insofern ist auch der unveränderte letzte Spiegelstrich unter § 14 (2) für unser Fachgebiet in Frage zu stellen. Der erhöhte Personalbedarf für Intensivpatienten ergibt sich unseres Erachtens nicht aus einer als „geschützter Intensivversorgungsbereich“ definierten Einheit, sondern aus den Patientenmerkmalen und den Erfordernissen an Einzelbetreuung.</p>	
2.10	dgkjp	<p>Zu Teil B des Nachweises zur PPP-RL</p> <p>Referenztable B4.3: Qualifikationen des Personals in der Kinder- und Jugendpsychiatrie</p> <p>Warum unter c3) Psycholog*innen in Ausbildung zur psychologischen Psychotherapeut*in gesondert aufgeführt werden, bei</p>	<p>GKV/DKG/BÄK zu c3): In c0) befinden sich alle dieser Berufsgruppe zugehörigen Mitarbeitenden – auch Psychologen/-innen, die sich nicht in der Weiterbildung zum Psychotherapeuten befinden. Es handelt sich bei Letzteren jedoch um einen</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>Ärzt*innen jedoch die Ärzt*innen in Weiterbildung nicht, erschließt sich nicht (s.o.). Insofern könnte die Kategorie c3) wegfallen, da sie sich aus der Differenz von c0) zu den anderen Spalten bereits ggf. ergibt. Die neuen Ergänzungen, wie sie durch GKV-SV/PatV und BPTK vorgeschlagen werden, halten wir für unnötig. Sie ergeben keinen Mehrwert für die Patientensicherheit, die ja der Sinn der PPP-RL sein soll. Viel entscheidender ist die Zeile c0) und ggf. der Anteil approbierter Psychotherapeut*innen/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen. Es sei an dieser Stelle auch darauf hingewiesen, dass Kliniken einen Auftrag zur Aus- und Weiterbildung entsprechenden Fachpersonals haben. Insofern wird auch immer ein großer Anteil der Mitarbeiter*innen in Weiterbildung sein und damit der diesbezügliche Teil der Minutenwerte entsprechend groß. Im Sinne der Minimierung des Dokumentationsaufwandes raten wir dringend dazu, diese Tabellen soweit zu vereinfachen, dass die wirklichen Intentionen der PPP-RL, nämlich Mindestbesetzungen darzulegen, erfüllt werden, ohne zusätzliche Versorgungsforschungsfragestellungen zu bearbeiten. Letzteres scheint uns bei der hohen Differenzierung eher im Vordergrund zu stehen.</p> <p>Des Weiteren erschließt sich nicht, warum Pflegefachpersonen von den Personen auszunehmen sind, die eine Fachweiterbildung in Kinder- und Jugendpsychiatrie haben (diese können sowohl Erzie-</p>	<p>geringen Anteil. Bei Psychologen/-innen, die sich in der Weiterbildung befinden, handelt es sich um einen deutlich größeren Anteil an Personal, so dass dieser in Abgrenzung zu weiteren Qualifikationen einzeln abgefragt wird.</p> <p>Die Vorschläge zur Reduktion der Tabellen werden im Rahmen der nächsten Weiterentwicklung der Richtlinie geprüft.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>BÄK: Die BÄK unterstützt die Vorschläge der DGKJP.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>her*innen als auch Pflegefachpersonen absolvieren). Alle Kategorien B1 bis B6 müssen von B0 aus prozentual gerechnet werden, Doppelqualifikationen sind ebenfalls möglich.</p> <p>Auch ist die Aufteilung in d4 und d5 unsinnig. Die Kategorie d3 widerspricht der auf Seite 7 gegebenen Definition, in der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten als Oberkategorie für künstlerische und Bewegungstherapeuten benannt werden. Die Kategorie d3 muss durch „Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten“ ersetzt werden.</p>	<p>GKV-SV/BÄK: Wir wären für eine Zusammenführung der Kategorien d4 und d5 (Sprachheiltherapeuten und Logopäden).</p> <p>GKV-SV: Auf Seite 7 PPP-RL werden Spezialtherapeuten nicht als Oberkategorie für künstlerische und Bewegungstherapeuten genannt. Entsprechend kann die Kategorie d3 nicht durch BewegungstherapeutInnen ersetzt werden.</p>
2.11	dgkjp	<p>Zur Anlage 4 - Regelaufgaben</p> <p>Wir lehnen beide Veränderungsvorschläge, wie sie dargelegt werden, ab. Hintergrund ist, dass die kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Tätigkeit eine umfassende medizinische und psychotherapeutische Tätigkeit inkludiert. Die Auftrennung in medizinisch und psychotherapeutisch ist eine Verschlechterung der bisherigen Definitionen. Und warum hier nicht auf den eigentlichen Facharztstitel Bezug genommen wird, der ja auch die Voraussetzung für die Führung und Leitung einer kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Klinik ist und den grundlegenden Standard für die Behandlung von psychisch erkrankten Minderjährigen</p>	<p>DKG: Kenntnisnahme. Wie oben dargestellt soll mit den Änderungen insbesondere die gewachsene Bedeutung der Psychotherapie berücksichtigt werden. Zudem sollen die Möglichkeiten der Austauschbarkeit der beiden Berufsgruppen untereinander verdeutlicht werden. Bei einer Anrechnung von einer Berufsgruppe auf die andere müssen die jeweiligen übernommenen Regelaufgaben angegeben werden. Vor diesem Hintergrund sollte klargestellt werden, wie viele Regelaufgaben von beiden Berufsgruppen übernommen werden können.</p> <p>GKV-SV: Wir prüfen gerne die Änderungsvorschläge der DGKJP und bitten um konkrete Änderungsvorschläge.</p> <p>BPtK: Fraktionierung der Tätigkeiten:</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>im teil- und vollstationären Bereich darstellt, ist schlechterdings unverständlich. Wir schlagen deshalb vor, die alte Fassung beizubehalten. Diese inkludiert genau die Punkte, die durch die verschlechterte neue Begrifflichkeit in keinsten Weise abgebildet werden. Der Begriff medizinische Grundversorgung mit seiner kleinteiligen Aufteilung z.B. in medizinische Arztbriefschreibung oder ähnliche Absurditäten ist nicht sachgerecht und bildet die ganzheitliche, multimodale und interdisziplinäre Behandlung der Patient*innen nicht ab. Im Gegenteil, sie würde die Behandlung bei Umsetzung eines solchen Regelprofils sogar verschlechtern. Bei kinder- und jugendpsychiatrischen Patient*innen kann nicht zwischen einer medizinischen Therapieplanung und einer psychotherapeutischen Therapieplanung unterschieden werden. Warum die (entwicklungs-) neurologische Untersuchung entfällt, erschließt sich uns ebenfalls nicht. Dass die funktionelle Entwicklungsdiagnostik entfallen soll zu Gunsten einer Labordiagnostik hat medizinisch überhaupt keinen Sinn. Warum bei der einzelfallbezogenen Behandlung bei den Ärzt*innen spezielle Trainingsprogramme erwähnt sind, bei den psychotherapeutischen Tätigkeiten auch Expositionen, zeigt eine weitere Unlogik der kleinteiligen Aufzählung auf, die offenbar zu vielen Fehlern in der Redaktion geführt hat. Warum z.B. Rehabilitationsplanung ergänzt werden muss, denn die Nachsorgeplanung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie umfasst diese immanent auch, erschließt</p>	<p>Die BPTK stimmt der DGKJP zu, dass eine zu starke Fraktionierung der Regelaufgaben der Realität in den Kliniken in denen – wie von der DGKJP ausgeführt – die Behandlungsführung und alle damit verbundenen Tätigkeiten gleichermaßen von Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen übernommen werden, nicht gerecht wird. Dies sollte sich deshalb auch in weitgehend identischen Regelaufgaben beider Berufsgruppen widerspiegeln.</p> <p>Regelaufgaben der Oberärzte: Zustimmung, dass eine Beschreibung der Regelaufgaben für die Oberärzte aus den aufgeführten Gründen nicht erforderlich ist und diese deshalb gestrichen werden können.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>sich ebenfalls nicht. Es zeigt dies den Versuch, eine immer weitere Ausdifferenzierung möglichst vieler Punkte durchzuführen, ohne dass inhaltlich etwas gewonnen wäre. Dieser Versuch ist höchstens einer ausufernden Bürokratie geschuldet, aber nicht inhaltlich begründbar.</p> <p>Was die zusätzlichen detaillierten Angaben zu Regelaufgaben bei Oberärzt*innen angeht, verweisen wir auch auf die allgemeine Beanstandung unsererseits, dass eine immer weiter aufgefächerte Tätigkeitsbeschreibung zwar interessant sein mag, jedoch zu hinterfragen ist, was diese mit dem eigentlichen Sinn der PPP-RL zu tun hat. Hier würden wir uns dann lieber eine wissenschaftsgetriebene und damit wirklich evidenzbasierte Tätigkeitsbeschreibung erwarten. Leider ist die PPP-Studie nicht verfügbar, die doch zum Ziel hatte, hier Daten zu erheben, was Regelaufgaben de facto derzeit sind. Eine Differenzierung der oberärztlichen Aufgaben stellt überdies einen Systembruch dar, da ja die Minutenwerte für Ärzte und Oberärzte zusammengezogen wurden und überdies weiter oben die „Ärztlichen Psychotherapeuten“ ergänzt werden sollen, die ja überwiegend die Psychotherapiequalifikation mit dem Facharzt erwerben.</p>	
2.12	dgtkjp	Die Hinzufügung von Regelaufgaben der leitenden Psychotherapeut*innen, wie von der BPtK vorgeschlagen, lehnen wir ab. Dies ist	<p>GKV-SV/DKG: Zustimmungende Kenntnisnahme.</p> <p>BPtK: Beim Vorschlag der BPtK handelt es sich nicht um einen „berufspolitischen“ Vorstoß, sondern um die Abbildung von</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>nur ein berufspolitischer Vorstoß. Was eine Gesamtbehandlungsplanung in Bezug auf die psychische Erkrankung sein soll, ohne dass die gesamte Erkrankung des Patienten gesehen wird, zeigt wie absurd die Fraktionierung der einzelnen Aufgaben wäre, würde man sie entsprechend der Regelaufgabenvorschläge nach Berufsgruppen getrennt in der Klinik durchführen. Der Vorschlag „Visite der leitenden Psychotherapeut*innen“ suggeriert, als würde es getrennte Visiten geben sollen. Auch dies wäre aus kinder- und jugendpsychiatrischer und –psychotherapeutischer Sicht hochgradig bedenklich, da dies zu einer Aufteilung und gar Spaltung innerhalb der Therapieplanung führen würde. Nicht ohne Grund sehen die OPS in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vor: „Wöchentliche Teambesprechung mit Vertretern aus mindestens 2 unterschiedlichen Berufsgruppen zur Beratung des weiteren Behandlungsverlaufs (bei Aufhalten von mehr als 6 Tagen) oder eine ausführliche Behandlungsplanung mit Vertretern aus mindestens 2 unterschiedlichen Berufsgruppen mindestens alle 4 Wochen“ (Zitat OPS 9-65).</p> <p>Hier ist nicht die Rede von „Visiten“, schon gar nicht berufsgruppenspezifisch.</p> <p>Es sind überdies Tätigkeiten aufgenommen, deren Sinnhaftigkeit sich uns nicht erschließt, etwa das „Abklären medizinischer Frage-</p>	<p>bestehenden Klinikstrukturen in den Regelaufgaben, analog der Abbildung der Regelaufgaben der Oberärzt*innen. Die BPTK stimmt der DGKJP jedoch zu, dass hierauf verzichtet werden kann, wenn man sich darauf einigt, dass die Regelaufgaben lediglich die Tätigkeiten der Berufsgruppen basierend auf deren Kompetenzen beschreiben und nicht die Organisationsstrukturen in den Kliniken abbilden sollen. Insofern könnte auf die Regelaufgaben der leitenden Psychotherapeut*innen verzichtet werden, wenn auch die Regelaufgaben der Oberärzt*innen gestrichen werden.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Zustimmungende Kenntnisnahme.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>stellungen“ durch Psychotherapeuten oder die „Bearbeitung gutachterlicher Fragestellungen auch in Bezug auf sozialrechtliche, familienrechtliche, strafrechtliche Fragestellungen“, die in der Regel gerichtlicherseits eigens honoriert werden und nicht in der Regelarbeitszeit durchgeführt werden dürfen.</p> <p>Wir empfehlen also an dieser Stelle keine Veränderung der Terminologie. Die Begriffe medizinische Grundversorgung und psychotherapeutische Grundversorgung sollten so nicht verwendet werden. Es handelt sich in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie um eine kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Grundversorgung. Dieser Begriff stellt vielmehr als die vorgeschlagenen Begriffe die Anforderungen, die an das Personal auf Grund der Störungen der Patient*innen gegeben sind, und die ganzheitliche Tätigkeit dar.</p>	
2.13	dgkjp	<p>Unsere Alternativvorschläge</p> <p>a) Im Abschnitt „Einzelfallbezogene Behandlung“ Punkt 2. bei Ärzt*innen und Psycholog*innen gleichermaßen die Formulierungen aus dem OPS 9-65 einzusetzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ärztliches oder psychologisches Einzelgespräch • Einzelpsychotherapie mit kind- und jugendgerechten Verfahren 	<p>GKV-SV/BÄK: Wir wären einverstanden, wenn die letzten zwei Punkte nur bei den ÄrztInnen stehen würden.</p> <p>AG: Dank und Kenntnisnahme. Eine Umsetzung in der Richtlinie wird im Rahmen der Anhörung geprüft.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<ul style="list-style-type: none"> • Elterngespräche, Familiengespräche und Familientherapie und/ oder Gespräche mit Bezugspersonen aus dem Herkunftsmilieu (z.B. Jugendhilfe, Pflegefamilie) • Gespräche und Beratungen mit Richtern oder Behördenvertretern • Somato-psychosomatisches ärztliches Gespräch • Aufklärung (Kind/Jugendlicher und Bezugspersonen), Complianceförderung und Monitoring im Rahmen der ärztlich indizierten Psychopharmakotherapie <p>b) Am Schluss des Abschnitts der ärztlichen Tätigkeiten sollte im Abschnitt „Regelaufgaben der Ärzte“ ein Verweis auf die Weiterbildungsordnung stehen. Formulierungsvorschlag:</p> <p>„Ferner sind alle Tätigkeiten der aktuell gültigen Weiterbildungsordnung der Landesärztekammern für die Ärzte in Weiterbildung entsprechend dem Weiterbildungsstand durchzuführen, welche für die Erlangung der Facharztkompetenz erforderlich sind und von der Weiterbildungsermächtigung umfasst werden, einschließlich fallbezogener Besprechungen und Supervision“.</p> <p>c) die Tätigkeiten an die Tätigkeitsmerkmale anzugleichen, die in den OPS 9-65 und 9-67 genannt werden.</p>	<p>AG zu b): Dank und Kenntnisnahme. Die AG prüft dies im Rahmen der Weiterentwicklung der Richtlinie.</p> <p>AG zu c): Die in den OPS beschriebenen Tätigkeiten sind bereits in den Regelaufgaben enthalten. Eine Anpassung ist</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
			deshalb nicht erforderlich.
2.14	dgkjp	Wir haben erhebliche Bedenken, dass etliche der Vorschläge gerade keine Weiterentwicklung der PPP-RL darstellen, vielmehr den bereits erheblichen bürokratischen Aufwand weiter erhöhen und in unserem Fachgebiet viel überflüssige Verwirrung stiften würden.	GKV-SV/PatV: Kenntnisnahme
4	Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG), 1. Juli 2021		
4.1	DMtG	<p>Allgemeiner Hinweis:</p> <p>Bevor wir auf einzelne Textstellen des vorgelegten Entwurfs eingehen, möchten wir grundsätzlich feststellen, dass wir weiterhin dringenden Bedarf sehen, nicht nur die Aufgaben und Minutenwerte der Psychologischen Psychotherapeut*innen zu überprüfen, sondern auch die der Künstlerischen Therapien, wie z.B. der Musiktherapie. Allerdings sehen wir keine Möglichkeit, hierzu einen konkreten Änderungsvorschlag zu formulieren, weil die vorzunehmenden Änderungen die gesamte Struktur betreffen und nur unter Beteiligung der betroffenen Berufsgruppen adäquat behandelt werden können. Dazu gehört auch die derzeit angewendete Definition des Begriffs Spezialtherapien als Oberbegriff für Ergotherapie, Künstlerische Therapien, in der KJP nun auch Logopädie sowie ggfs. weitere Berufsgruppen; die Verwendung dieses Begriffs betrachten wir</p>	<p>DKG: Es handelt sich bei den in § 5 Buchstabe d aufgeführten Berufsgruppen um eine beispielhafte, nicht um eine abschließende Aufzählung, da nicht alle Therapeutinnen und Therapeuten eine ergotherapeutische Grundqualifikation besitzen oder den künstlerischen Therapien zugeordnet werden können. Es gibt weitere Berufsgruppen, die immer häufiger in der Versorgung psychisch kranker Menschen eingesetzt werden, wie zum Beispiel in der Tiertherapie. Entscheidend hierbei ist, dass die Tätigkeiten im Rahmen des therapeutischen Konzeptes erfolgen. Eine weitergehende Definition des Begriffs der Spezialtherapien ist somit nicht möglich.</p> <p>GKV-SV: Das Anliegen der DMtG in Bezug auf die Minutenwerte ist verständlich. Eine generelle Überprüfung der Minutenwerte ist aber erst nach der Auswertung der empirischen</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		weiterhin als vollkommen verwirrend und deshalb ungeeignet, also grundlegend überprüfungsbedürftig. Deshalb bitten wir dringend darum, in den überarbeiteten Entwurf eine entsprechende Textpassage aufzunehmen, dass bis zur nächsten Änderung alle Formulierungen für Fachtherapien und Soziale Arbeit überarbeitet werden! Unsere Zustimmung zur Integration der Logopädie in diesen Bereich machen wir von der Integration einer solchen Textpassage abhängig. Entsprechendes gilt sinngemäß für die Referenztable B4.3: Qualifikationen des Personals in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.	Daten möglich. Der GKV-SV wird weiterhin in der AG darauf drängen, dass die Ergotherapeuten und künstlereichen Therapeuten in einem Expertengespräch angehört werden. PatV : Dank und Kenntnisnahme.
4.2	DMtG	Zu § 8 Die zu § 8 Anrechnungen von Berufsgruppen von DKG/BÄK/DPR bzw. die vorgeschlagene Änderung, die Berufsgruppen c oder a und c auch auf die Berufsgruppe d einseitig anzurechnen, halten wir für nicht sachgerecht und kontraproduktiv. Wo es Überschneidungen bei den Regelaufgaben gibt, wäre bei Bedarf evtl. eine gegenseitige Anrechnungsmöglichkeit denkbar, die also in beide Richtungen zulässig ist. Eine einseitige Regelung würde den gesamten Ansatz der PPP RL in Frage stellen. Wir betrachten solche Vorschläge als einseitige Interessenvertretung der im Unterausschuss vertretenen Berufsgruppen, der dringend Stellungnahmen auch der bisher nicht vertrete-	DKG : Wir werden den Vorschlag zur gegenseitigen Anrechnung im Rahmen der Weiterentwicklung der Richtlinie prüfen. Ziel der derzeit aufgenommenen Regelung ist die Schaffung von Flexibilität dort, wo es aufgrund einer Überschneidung der realen Aufgaben möglich ist. Gleichzeitig sollten aber auch mögliche Fehlanreize vermieden werden, sodass in einem ersten Schritt nur eine einseitige Anrechnung vorgesehen wird. GKV-SV/PatV : Zustimmende Kenntnisnahme.

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		nen Berufsgruppen entgegengesetzt werden sollten, für die niemand mandatiert ist zu sprechen, wie z.B. die Bewegungstherapie und die Soziale Arbeit.	
4.3	DMtG	<p>Zu § 16</p> <p>Die zu § 16 Übergangsregelungen von der DKG vorgeschlagene Änderung lehnen wir ab:</p> <p>„(8) Eine Anrechnung gemäß § 8 Absatz 3 Satz 4 ist bis zum 31. Dezember 2022 auch bei Übernahme von Aufgaben der jeweiligen Berufsgruppe außerhalb der Regelaufgaben gemäß Anlage 4 möglich.“</p> <p>Auch die in den Tragenden Gründen dazu ausgeführten Erläuterungen leuchten nicht ein, aber der Anmerkung der DKG, dass „die Regelaufgaben in den anderen Berufsgruppen bis zum 30. September 2022 zu prüfen und mit Wirkung zum 1. Januar 2023 anzupassen“ sind, schließen wir uns gern an.</p>	<p>DKG: Mit dieser Änderung der Richtlinie werden nur die Regelaufgaben der Ärzte/-innen und Psychologen/-innen angepasst. Dies ist jedoch in einem nächsten Schritt auch für die anderen Berufsgruppen erforderlich. Die derzeitigen Regelaufgaben entstammen der Psych-PV und weisen einen dringenden Überarbeitungsbedarf auf. Eine Anrechnung gemäß § 8 Absatz 3 nur im Rahmen dieser veralteten Regelaufgaben zuzulassen wäre nicht sachgerecht. Daher wird ausschließlich für das Jahr 2022 eine entsprechende Übergangsregelung implementiert.</p> <p>GKV-SV/PatV: Zustimmungende Kenntnisnahme.</p>
4.4	DMtG	<p>Zur Anlage 2</p> <p>Die in der Anlage 2 von der GKV-SV vorgeschlagene Einfügung der Künstlerischen Therapien und Streichung des Begriffs „funktionelle Therapien“ in die Eingruppierungsempfehlungen im Bereich der KJP in die Spalte Behandlungsmittel (KJ 1/ KJ 2/ KJ 7) schlagen wir auch</p>	<p>DKG: Vor dem Hintergrund der Stellungnahme dgkjp wird von einer Streichung des Begriffs „funktionelle Therapien“ abgesehen. Stattdessen werden „Künstlerische Therapien“ zusätzlich aufgenommen. Die Ergänzungen in KJ3 und KJ6 wurden umgesetzt.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		für KJ 3 und 6 vor, wo der Einsatz nicht auf sprachliche Mittel angewiesener Künstlerischer Therapien besonders angezeigt sein kann. Auch die vorgeschlagene Einfügung in der Spalte Erläuterungen (KJ 5) unterstützen wir, schlagen dafür aber die Formulierung vor: „Die pflegerischen, betreuerischen und heilpädagogischen Maßnahmen werden ergänzt durch Ergotherapie und Künstlerische Therapien.“ und bitten um durchgängige Beachtung der korrekten Schreibweise!!	<p>GKV-SV: Siehe auch Stellungnahme der dgkjp, ansonsten Zustimmung Kenntnisnahme</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
4.5	DMtG	<p>Zur Anlage 4</p> <p>In Anlage 4 Regelaufgaben halten wir die Formulierung unter c. Regelaufgaben der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die von der BPtK für die Erwachsenenpsychiatrie wie die Psychosomatik vorgeschlagen wurde, „Therapieplanung (einschließlich Indikationsstellung für Spezialtherapien, z.B. Ergotherapie)“ für nicht sachdienlich und bitten um Streichung des Textes in Klammern. Diese Formulierung entspricht nicht der klinischen Praxis und macht die Verordnungs- und Verantwortungsbereiche der verschiedenen Berufsgruppen zusätzlich zu den aktuell in der Praxis bestehenden Schwierigkeiten noch komplizierter. Entsprechendes gilt für die Regelaufgaben der leitenden Psychotherapeut*innen unter 1. Stationsbezogene Tätigkeiten (Gesamtbehandlungsplan in Bezug auf die</p>	<p>GKV/BÄK: Zustimmung Kenntnisnahme. Der GKV-SV setzt sich für eine Umsetzung in der aktuellen Richtlinienänderung ein.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		psychische Erkrankung, einschließlich Spezialtherapien, Therapieplanung), für die Worte „einschließlich Spezialtherapien“ in allen Bereichen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik wie KJP).	
4.6	DMtG	<p>Zu den Regelaufgaben der Spezialtherapeut*innen</p> <p>In den Regelaufgaben der Spezialtherapeut*innen, die wir – wie auch die Minutenwerte - für grundlegend überarbeitungsbedürftig halten, möchten wir vorerst dennoch auch darauf hinweisen, dass die unter 4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten in allen Bereichen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik wie KJP) aufgelistete letzte Tätigkeit (Stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination der Ergotherapie)) selbstverständlich nicht nur für die Ergotherapie gelten kann. Darüber hinaus möchten wir noch einmal darauf hinweisen, dass Konzentrative Bewegungstherapie in der Regel nicht zu den Regelaufgaben von Spezialtherapeut*innen sondern zu denen der Bewegungstherapeut*innen gehört.</p>	AG: Zustimmende Kenntnisnahme und Umsetzung in der Richtlinie
5	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM), 2. Juli 2021 [vgl. Nr. 6 DKPM]		
5.1	DGPM	<p>Allgemeine Hinweise:</p> <p>[...] Die Stellungnahme ist mit der Chefarztkonferenz psychosomatisch-psychotherapeutischer Krankenhäuser und Abteilungen in</p>	GKV-SV/PatV: Kenntnisnahme.

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>Deutschland (CPKA) und dem Verband der Psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen in Deutschland (VPKD) abgestimmt.</p> <p>Im Folgenden wird zuerst auf die grundlegende Herausforderung in der Erarbeitung von Personalmindestvorgaben in der Psychosomatischen Medizin (Psychosomatik) eingegangen und danach zu einzelnen Punkten der Änderungsfassung Stellung genommen.</p> <p>Die DGPM begrüßt die Festlegung, dass die Ermittlung und Umsetzung der Personalmindestvorgaben sowie Sanktionsmaßnahmen im Jahr 2022 in psychosomatischen Einrichtungen weiter ausgesetzt werden.</p> <p>In der Psychosomatischen Medizin fehlen bis heute empirische Daten als Grundlage für die Ableitung von Personalmindestvorgaben. Eine voreilige Umsetzung von nicht in der Versorgung überprüften Mindestvorgaben würde daher zu Verwerfungen in der Versorgung führen und die etablierten Therapieprogramme im Rahmen der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung gefährden. In der Psychosomatischen Medizin liegen keine Berichte über Minder- oder Fehlversorgung vor, die einen solchen Eingriff rechtfertigen würden.</p>	

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

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellung- nehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>Die Aussetzung der Ermittlung und Umsetzung der Personalmindestvorgaben in der Psychosomatischen Medizin für ein weiteres Jahr ist jedoch keinesfalls ausreichend, um eine valide empirische Datenbasis zu erarbeiten. Der Personalaufwand in der Psychosomatik orientiert sich in hohem Maße an der Intensität der psychotherapeutischen Leistung aller beteiligten Berufsgruppen (Therapieeinheiten, „TE´s“) sowie dem somatisch-medizinischen Versorgungsaufwand. Vor diesem Hintergrund ist für die Festlegung der Personalmindestvorgaben sowie die Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche zusätzlich eine Erfassung der therapeutischen Leistungen als auch des medizinisch-somatischen Aufwands erforderlich.</p> <p>Diese Daten werden im Rahmen der PPP-RL Nachweise nicht erfasst. Somit stellen die Nachweise der PPP-RL keine ausreichende Datengrundlage für eine Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche und Festlegung der Mindestvorgaben in der Psychosomatischen Medizin dar.</p> <p>Im Rahmen der aktuell laufenden und durch den Innovationsfonds geförderten EPPIK-Studie erfolgt eine repräsentative, bundesweite Beobachtungsstudie in psychosomatischen Einrichtungen, die die Personalausstattung in Beziehung zu den therapeutischen Leistun-</p>	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>gen und zum medizinischsomatischen Aufwand setzt. Die Ergebnisse der EPPIK-Studie werden im Frühjahr 2024 erwartet, so dass eine datenbasierte Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche sowie Festlegung der Personalmindestvorgaben frühestens im Sommer 2024 erfolgen kann. Aus den oben genannten Gründen und vor dem Hintergrund des zeitlichen Ablaufs der Studie, kann eine differenzierte Festlegung der Personalmindestvorgaben für die Behandlungsbereiche der Psychosomatischen Medizin frühestens 2024 vorgenommen werden.</p> <p>Es ist nicht zielführend bereits jetzt weitere Behandlungsbereiche (P5, P6) mit Personalmindestvorgaben festzulegen für die keine Evidenz vorliegt oder auch bereits Anpassungen von nicht in der Versorgungspraxis überprüften Behandlungsbereichen vorzunehmen (P2, P3, P4). Die Veröffentlichung dieser Mindestvorgaben hätte weitreichende Konsequenzen, da psychosomatische Einrichtungen versuchen werden diesen Mindestvorgaben zu entsprechen mit negativen Auswirkungen für die etablierten Behandlungskonzepte der Einrichtungen.</p> <p>Die Fachgesellschaft fordert daher, dass für die Festlegung der Mindestvorgaben in der Psychosomatischen Medizin die gleiche Sorgfalt angewendet wird, wie damals auch zur Erarbeitung der seit 1990 existierenden Vorgaben für das Fachgebiet der Psychiatrie. Deren</p>	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>Erarbeitung nahm mehr als ein Jahrzehnt in Anspruch.¹</p> <p>¹ 1970 befasste sich der Ärztetag, erstmals damit. Die Psychiatrie-Enquête wurde 1975 abgeschlossen. 1990 wurde die Psych-Personalverordnung erlassen. Quelle: Wikipedia</p> <p>Die am Versorgungsaufwand orientierte Stärkung der Psychotherapie in der PPP-RL wird durch die DGPM ausdrücklich begrüßt. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass die Summe der psychotherapeutischen (ärztlich, nicht-ärztlich) Minuten als Mindestvorgaben in allen Behandlungsbereichen der Psychosomatischen Medizin in der letzten Fassung vom 18.3.2021 bereits hoch definiert war. Es ist aufgrund der Rückmeldung zahlreicher spezialisierter Abteilungen gut vorstellbar, dass als Ergebnis der aktuell laufenden wissenschaftlichen Untersuchungen für einzelne Behandlungsbereiche noch höhere Mindestvorgaben für psychotherapeutische Leistungen (ärztlich, nicht-ärztlich) empfohlen werden. Die Gefahr für andere Behandlungsbereiche der Psychosomatischen Medizin bereits unnötig hohe Vorgaben weiter zu erhöhen, ist jedoch auf der Grundlage der Rückmeldungen anderer Einrichtungen mindestens ebenso wahrscheinlich. Eine sinnvolle Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche und deren Überprüfung müssen zuerst erfolgen (s.o.). Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass die Mehrzahl der in psychosomatischen Kliniken (teil-)stationär behandelten Patientinnen und Patienten neben der psychischen Erkrankung zusätzlich an einer pathognomonisch assoziierten chronischen körperlichen Erkrankung leiden. Die</p>	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>psychosomatische und psychopharmakologische Behandlung muss daher hinsichtlich des Settings, des therapeutischen Vorgehens sowie der Dosis auf die Ausprägung und Interaktion der genannten Merkmale bestmöglich zugeschnitten werden. Hierzu bedarf es der ärztlichen Expertise und der ärztlichen Psychotherapie. Das klassisch ambulante psychotherapeutische Setting sowie die Behandlung im Rahmen der Richtlinie Psychotherapie ist mit einer stationären Behandlung in psychosomatischen Einrichtungen nicht vergleichbar. Vor diesem Hintergrund setzt die einseitige Verteilung zusätzlicher Minuten in den Mindestvorgaben auf die Berufsgruppe c das falsche Signal. Soweit personeller Mehrbedarf für Psychotherapie festgestellt wird, ist dieser auf die Berufsgruppen a und c zu verteilen, wobei insbesondere in der Psychosomatischen Medizin einer Behandlung der psychischen Beschwerden getrennt von den somatischen Beschwerden entgegengewirkt werden sollte.</p>	
5.2	DGPM	<p>Zu § 2 Grundsätze</p> <p><i>(2) Die Behandlung der den Behandlungsbereichen gemäß § 3 in Verbindung mit Anlage 2 zugeordneten Patientinnen und Patienten ist nach Maßgabe der nachfolgenden Regelungen dieser Richtlinie grundsätzlich nur zulässig, wenn die in § 6 geregelten verbindlichen Mindestvorgaben erfüllt werden.</i></p>	<p>DKG: Zustimmungende Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Der Kommentar bezieht sich auf einen bereits gelten Paragrafen, der den Kern der Richtlinie ausmacht: nämlich dass zur Behandlung von Patienten Mindestanforderungen an die Ausstattung mit therapeutischem Personal zu erfüllen sind. Mindestanforderungen sind Mindestanforderungen sind</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>Die fachspezifische Behandlung von psychosomatischen Notfällen muss Vorrang haben gegenüber der Erfüllung von Mindestvorgaben. Eine Ablehnung bzw. Nichtversorgung von Notfällen mit der Gefahr von schwerwiegenden psychischen und somatischen Konsequenzen ist aus ethischen und haftungsrechtlich Gründen nicht vertretbar. Daher ist § 2 Absatz 2 zu streichen.</p>	<p>Mindestanforderungen. Das Krankenhaus hat über die Personalplanung dafür zu sorgen hat, dass Notfälle medizinisch fachlich korrekt behandelt werden. Ein chirurgischer Notfall mit OP-Indikation kann auch nur von einem Chirurgen operiert werden. Sollte sich die Anzahl der Aufnahmen mit einer gesetzlichen Unterbringung häufen, greift zudem der Ausnahmetatbestand nach § 18 Abs. 2</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
5.3	DGPM	<p>Zu § 3 Behandlungsbereiche</p> <p><i>(1) Die Patientinnen und Patienten der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene, die einer voll-, teilstationären sowie stationsäquivalenten Krankenhausbehandlung bedürfen, werden nach Art und Schwere der Krankheit sowie nach den Behandlungszielen und -mitteln den folgenden Behandlungsbereichen unter Berücksichtigung der Eingruppierungsempfehlungen gemäß Anlage 2 zugeordnet:</i></p> <p>....</p> <p><i>P5 Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung</i></p>	<p>DKG/PatV: Zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Der GKV-SV ist sich einig mit der DGPM, dass es einen Bedarf für eine weitere Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche in der Psychosomatik gibt. Aufgrund der Rückmeldungen aus den psychosomatischen Häusern und zur Stärkung der Psychotherapie wurde für PatientInnen mit einem intensivierten psychotherapeutischen Behandlungsbedarf in der Psychosomatik zwei neue Behandlungsbereiche P 5 und P6 eingeführt. In den neuen Behandlungsbereichen wird eine Therapiedosis von mindestens vier durchgeführten Therapieeinheiten pro Woche in einem ärztlichen und/oder psychologischen Verfahren gebunden.</p> <p>Der vorliegende Vorschlag vereint viele Vorzüge:</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p><i>P6 Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär</i></p> <p>Es besteht ein dringender Bedarf für eine weitere Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche in der Psychosomatischen Medizin. Eine Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche in der Psychosomatischen Medizin durch die Aufnahme von 2 weiteren Behandlungsbereichen wird daher grundsätzlich begrüßt. Die aktuelle Festlegung von Minutenwerten für die beiden neuen Behandlungsbereiche P5 und P6 ist jedoch nicht sachgerecht. Es liegen derzeit keine Daten vor, die die Minutenwerte der hier vorgelegten Ausgestaltung der zwei neuen Behandlungskategorien belegen. Zudem resultieren sie aus Abänderungen der Mindestvorgaben anderer Behandlungsbereiche der PPP-RL, welche noch einmal grundlegend geprüft werden sollten bevor sie in Kraft treten. Insbesondere liegen keine Anhaltspunkte für die Notwendigkeit eines dritten tagesklinischen Behandlungsbereichs in der Psychosomatik vor.²</p> <p>Es braucht zunächst eine angemessene empirische Datenbasis als Voraussetzung für die Ableitung von angemessenen Personalmindestvorgaben. Die voreilige Veröffentlichung von nicht geprüften Minutenwerten führt zu Verwerfungen in der Versorgung. Sie haben eine starke Signalwirkung für die Einrichtungen. Ihnen wird suggeriert, dass es sich um normativ gerechtfertigte Vorgaben handelt,</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ermöglicht er für die Patienten eine höherer Therapie-dosis 2. trägt er der Einschätzung der DGPM selbst Rechnung, dass sich der Personalaufwand in der Psychosomatik in hohem Maße an der Intensität der psychotherapeutischen Leistung aller beteiligten Berufsgruppen (Therapieeinheiten, „TE´s“) sowie dem somatisch-medizinischen Versorgungsaufwand orientiert 3. trägt er der Rückmeldung vieler Kliniken Rechnung, das in der Psychosomatik mehr Psychotherapeuten für die Psychotherapie eingesetzt werden und weniger Pflegenden für die tägliche Betreuung der Patienten auf der Station. <p>Insofern kann der GKV-SV die generelle Kritik an den beiden neuen Behandlungsbereichen nicht nachvollziehen. Selbstverständlich sind die neuen Behandlungsbereiche nicht präjudizierend für alle Zeiten. Aber wissend, dass die jetzigen Behandlungsbereiche so nicht ausreichend sind zur Abbildung des Versorgungsgeschehens, kann der G-BA hier nicht untätig bleiben und auf eine zukünftige Studie verweisen, die es so noch nicht gibt.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>die in Kürze rechtlich sanktionsbewehrt einzuhalten sind. Es ist aus medizinischen Gründen nicht vertretbar, dass nicht geprüfte Personalmindestvorgaben das therapeutische Vorgehen und etablierte Behandlungskonzepte beeinflussen und bestimmen. Vor diesem Hintergrund lehnen wir die Einführung der Minutenwerte für zwei weitere Behandlungsbereiche (P5, P6) ab.</p> <p>Die Berechnung des Umsetzungsgrades der Mindestvorgaben als auch Sanktionsmaßnahmen wurden in der Psychosomatischen Medizin ein weiteres Jahr für 2022 gerade vor diesem Hintergrund ausgesetzt. Die aktuelle Festlegung von weiteren Personalmindestvorgaben ohne Datengrundlage widerspricht diesem Vorgehen.</p> <p>Stattdessen ist kurzfristig eine Verbesserung der Anrechnungsmöglichkeiten erforderlich, um einen flexiblen, patientengerechten Personaleinsatz in den verschiedenen Versorgungskonstellationen psychosomatischer Einrichtungen zu ermöglichen. Die DKG hat hierzu in § 8 Absatz 3 einen Vorschlag aufgenommen. Auf Basis der übermittelten Nachweise kann die vorgenommene Anrechnung von Psychologen/-innen auf andere Berufsgruppen untersucht und ggf. Anpassungen in den Mindestvorgaben vorgenommen werden.</p> <p>² Dies wird im Vergleich zu den Allgemeinpsychiatrischen Behandlungsbereichen deutlich. Dort sind 2 von 9 Behandlungsbereichen teilstationär.</p>	<p>Allemaal ist es falsch, anstelle neuer Behandlungsbereiche nun generelle Anrechnungsmöglichkeiten zwischen den Berufsgruppen zu fordern, da diese die Mindestvorgaben für die einzelnen Berufsgruppen ad absurdum führen und gleichzeitig jeden konkreten Nachweis über die Aufwände der einzelnen Berufsgruppen verwässert und damit die Weiterentwicklung verhindert.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
5.4	DGPM	<p>Zu § 5 Berufsgruppen</p> <p><i>(1) ... Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (nicht-ärztlich), Psychologinnen und Psychologen,</i></p> <p><i>(Dazu zählen Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen oder Master in Psychologie, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten, Diplom-/Master-Psychologinnen in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin und Diplom-/Master-Psychologen in Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 1. September 2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes, Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten für Erwachsene sowie Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen oder Master in Psychologie.)</i></p> <p>Psychotherapie wird aktuell durch Ärztliche PsychotherapeutInnen (FachärztInnen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie) sowie Psychologische PsychotherapeutInnen erbracht. Aufgrund grundlegender Unterschiede in der somatisch-medizinischen Kompetenz und Qualifikation, die für die Be-</p>	<p>GKV-SV/DKG/PatV: Zustimmungende Kenntnisnahme.</p> <p>BPtK: Die Differenzierung in „ärztliche“ und „nicht-ärztliche“ Psychotherapeut*innen ist aus den in den Tragenden Gründen dargestellten Gründen weder sachgerecht noch erforderlich.</p> <p>Auch wer mit dem Begriff „Fachpsychotherapeut“ gemeint ist, ist mit der im April 2021 verabschiedeten Musterweiterbildungsordnung für Psychotherapeut*innen der Bundespsychotherapeutenkammer eindeutig geregelt. Ein Fachpsychotherapeut ist ein Psychotherapeut gemäß § 1 Absatz 1 Psychotherapeutengesetz (PsychThG), der über eine abgeschlossene Gebietsweiterbildung für Erwachsene, Kinder und Jugendliche oder Neuropsychologische Psychotherapie verfügt.</p> <p>Es ist deshalb nicht nachvollziehbar weshalb die Bezeichnung „Fachpsychotherapeut“ irreführend und ein Zusatz „nicht-ärztlich“ 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 Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>handlungsplanung und stationäre Psychotherapie von zentraler Bedeutung sind, ist die vorgeschlagene Differenzierung der Berufsgruppen in „ärztlich“ und „nicht ärztlich“ sachgerecht und notwendig zur Abgrenzung. Da alle genannten Disziplinen über eine Weiterbildung und Qualifikation in Psychotherapie verfügen, wäre der Begriff FachpsychotherapeutInnen ohne den Zusatz „nicht ärztlich“ irreführend.</p>	
5.5	DGPM	<p>Zu § 8 Anrechnungen von Berufsgruppen</p> <p><i>(3) Darüber hinaus ist bei psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene sowie bei psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche eine Anrechnung von der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b, d, e, f und g möglich [DKG, BÄK, DPR].</i></p> <p>Vor dem Hintergrund gravierender Unterschiede in der Personalzusammensetzung zwischen z.B. psychosomatischen Einrichtungen mit erhöhtem somatisch-medizinischen Versorgungsaufwand versus intensivierter psychosomatisch-psychotherapeutischer Behandlung ist eine gegenseitige Anrechenbarkeit der Berufsgruppen, wie von DKG, BÄK und DPR gefordert sinnvoll und notwendig. Sobald eine datenbasierte Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche so-</p>	<p>DKG: Zustimmung. Der Bedarf nach flexibleren Anrechnungsmöglichkeiten besteht auch in der psychiatrischen Versorgung. Inwieweit auf die Anrechenbarkeit der Berufsgruppe c auf die anderen Berufsgruppen zukünftig irgendwann wieder verzichtet werden kann, ist auf Basis der übermittelten Daten und im Rahmen der Evaluation der Richtlinie zu prüfen.</p> <p>Die Zusammenlegung der Berufsgruppen werden wir im Rahmen der Weiterentwicklung der Richtlinie prüfen.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Ablehnung. Aufgrund der Rückmeldungen aus den Häusern, dass das Versorgungsgeschehen komplexer ist, als in den bisherigen Behandlungsbereichen abgebildet, die Conclusio zu ziehen, dass nun die Anrechnungsmöglichkeiten zwischen den Berufsgruppen großzügigst geöffnet werden, ist</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>wie Festlegung der Personalmindestvorgaben vorgenommen wurden, kann auf die flexiblere Anrechenbarkeit der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b, d, e, f und g verzichtet werden.</p> <p>Ferner befürwortet die DGPM, wie bereits in unserer letzten Stellungnahme zur PPP-RL (Stand 07.09.20) ausführlich dargestellt, eine Zusammenlegung der Kategorien der SpezialtherapeutInnen, BewegungstherapeutInnen und SozialarbeiterInnen in eine Kategorie SpezialtherapeutInnen. Da unterschiedliche Patienten mit unterschiedlichem bio-psychosozialem Behandlungsbedarf unterschiedliche spezialtherapeutische Behandlungsbedarfe auslösen, ist eine Zusammenlegung der Berufsgruppen sinnvoll und medizinisch begründet: z.B. hat eine üblicherweise sozial gut integrierte Patientin mit einer Anorexia nervosa mit BMI 15 kg/m² einen hohen ärztlichen, psychologischen und pflegerischen Behandlungsbedarf, aber einen geringen sozialarbeiterischen, während ein sozial desintegrierter Angstpatient mit schwerer Persönlichkeitsstörung im Verlauf einer Krankenhausbehandlung einen zunehmenden sozialarbeiterischen und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf, aber einen eher geringeren kreativtherapeutischen oder medizinischen Behandlungsbedarf hat.</p> <p>Dass es hier zu einer Trennung der Berufsgruppen kam, war in der</p>	<p>nicht zielführend. Es ist geradezu schädlich, da die Mindestvorgaben für die einzelnen Berufsgruppen außer Kraft gesetzt und die Richtlinie ad absurdum geführt wird; Höchstgrenzen für die Anrechnungen werden nicht vorgesehen. Der Nachweis, der die Aufwände für die einzelnen Berufsgruppen abfragt, wird verwässert und es damit fehlt künftig die empirische Grundlage für erforderlichen Änderungen der Minutenwerte und der Richtlinie.</p> <p>Der GKV-SV verweist zudem hier auch noch mal auf die Tragenden Gründe:</p> <p>„Mit dem Vorschlag der DKG soll Rückmeldungen psychosomatischer Einrichtungen Rechnung getragen werden, dass die Mindestvorgaben, die von der Psychosomatik selbst vorgeschlagen worden sind, in den bisherigen Behandlungsbereichen nun doch häufig in der Pflege nicht erreicht werden, dafür jedoch häufig in der Berufsgruppe der PsychologInnen überfüllt werden.</p> <p>Die DKG schlägt nun vor, dass die Berufsgruppe der Psychologinnen und Psychologen auf die Berufsgruppe der Pflegefachpersonen, der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten der Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		PEPP-Logik wahrscheinlich durch vergütungsbezogene Berufsgruppenunterschiede begründet.	<p>und der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen angerechnet werden kann.</p> <p>Der GKV-SV verweist darauf, dass das Plenum bereits mit der RL-Änderung in § 16 Abs. 4 im Mai 2021 das Problem in der Psychosomatik adressiert hat (Verlängerung der Aussetzung der Ermittlung der Mindestvorgaben, des Umsetzungsgrades und der Sanktionen bei Nichteinhaltung in der Psychosomatik um ein Jahr bis zum 31.12.2022).</p> <p>Eine weitere Änderung in diesem Jahr ist nicht notwendig und sollte erst auf der Basis der empirischen Nachweisdaten erfolgen. Ggf. sind dann die Minutenwerte für die einzelnen Berufsgruppen anzupassen.“</p>
5.6	DGPM	<p>Zu § 11 Nachweisverfahren</p> <p><i>(8) Das IQTIG prüft die übermittelten Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität und informiert das Krankenhaus bei Korrekturbedarf. Eine Übersendung der korrigierten Daten durch das Krankenhaus an das IQTIG [DKG, BÄK] ist bis zum 1. März des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres möglich.</i></p> <p>Die Korrekturen falscher Nachweise sollten durch eine zentrale und kompetente Stelle übernommen werden, die hierzu auch personell in der Lage ist. Bei einer Versendung und Korrektur der Nachweise</p>	<p>GKV-SV: Zustimmung. Das IQTIG ist für den Korrekturprozess verantwortlich. Die korrigierten Nachweise müssen an das IQTIG und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gesendet werden, weshalb hierzu eine Klarstellung in § 11 Abs. 8 PPP-RL empfohlen wird.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>auch an alle Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen könnten parallele Prüfungen von IQTIG und Krankenkassen stattfinden, deren Ergebnisse dann erneut verglichen und abgestimmt werden müssen. Ein solcher Prozess würde den bereits sehr hohen bürokratischen Aufwand unnötig weiter erhöhen. Reibungsverluste, wie z.B. in den MDK-Verfahren könnten das Ergebnis sein. Das IQTIG ist als neutrale Instanz besser geeignet Überprüfungen zu übernehmen.</p>	
5.7	DGPM	<p><i>(13) ...[DKG, BÄK] Eine Lieferung gemäß § 11 Absatz 3 14 Tage nach Ende des betreffenden Quartals ist nicht erforderlich. Bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben hat innerhalb der in Satz 2 genannten Fristen eine zusätzliche Lieferung von Teil A an die zuständige Landesaufsichtsbehörde zu erfolgen.</i></p> <p>Solange eine quartalsweise Übermittlung der Nachweise sechs Wochen nach Quartalsende erfolgt, sollte eine zusätzliche Lieferfrist zwei Wochen nach Quartalsende bei Nichteinhaltung entfallen. Aktuell sind die Einrichtungen organisatorisch kaum in der Lage die Zwei-Wochen-Frist nach § 11 Abs. 3 einzuhalten. Die zu hohen bürokratischen Anforderungen in der Umsetzung dieser Richtlinie würden zumindest an dieser Stelle ein Stück weit gemindert. Die Übernahme des Vorschlags der DKG würde daher der Akzeptanz und Umsetzbarkeit der Richtlinie dienen.</p>	<p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV/PatV: Kenntnisnahme.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
5.8	DGPM	<p>Zu § 12 Veröffentlichungspflichten für Krankenhäuser</p> <p><i>Die Erfüllung der Mindestvorgaben insgesamt und für die einzelnen Berufsgruppen (die tatsächliche Personalausstattung und der Umsetzungsgrad) ist für die einzelnen Berufsgruppen sowie zur Anwendung gebrachte Ausnahmetatbestände nach § 10 sind [DKG] im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser darzustellen.</i></p> <p>Die Veröffentlichungspflichten im Qualitätsbericht der Krankenhäuser sollten weiterhin Gegenstand der Beratungen im G-BA bleiben. Ob zusätzliche strukturelle Informationen der besseren Verständlichkeit der Informationen zur Einhaltung der Mindestvorgaben für den Patienten tatsächlich dienlich sind, kann zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht gesagt werden. Gleichzeitig schließt eine Nichtberücksichtigung der Vorschläge des GKV-SV in der PPP-RL nicht aus, dass die Veröffentlichung weiterer struktureller Informationen künftig im Qualitätsbericht beschlossen wird, wenn zu einem späteren Zeitpunkt entsprechende Erkenntnisse vorliegen. Die Vorschläge des GKV suggerieren, dass solche Erkenntnisse bereits vorliegen. Das ist nicht der Fall. Daher sollten nur die Ergänzungen der DKG in diesem Absatz übernommen.</p>	<p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Die Qualitätssicherung hat das Ziel, dem Schutz und dem Wohl der PatientInnen zu dienen. Die Transparenz über Qualitätsergebnisse und Strukturdaten im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser soll die PatientInnen und Patienten bei der Wahl eines Krankenhauses unterstützen. Dabei sieht das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (KHSVG) vor, dass besonders patientenrelevante Informationen zur Qualität der Versorgung im Krankenhaus in übersichtlicher Form veröffentlicht werden sollen. Für die Patientinnen und Patienten sind dabei alle Informationen relevant, die zum Verständnis beitragen, indem sie den erforderlichen Kontext zum jeweiligen Erfüllungsgrad liefern.</p> <p>Die Änderung dient daher der Klarstellung.</p> <p>Den genauen Inhalt, den Umfang und die Darstellung der Qualitätsberichte regelt der G-BA weiterhin selbstverständlich auf der Grundlage des § 136b Abs. 1 Satz 1 Nummer 3 SGBV. Sie müssen an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt werden.</p>
5.9	DGPM	<p>§ 16 Übergangsregelungen</p> <p><i>(1) Die Mindestvorgaben nach § 6 müssen ab dem 1. Januar 2024</i></p>	<p>DKG: Der Bedarf nach weiteren Übergangsregelungen für die</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p><i>erfüllt werden. Für die Übergangszeit gilt folgendes gestuftes Verfahren:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <i>1. Die Mindestvorgaben nach § 6 müssen ab dem 1. Januar 2020 zu 85 Prozent erfüllt sein.</i> <i>2. Die Mindestvorgaben nach § 6 müssen ab dem 1. Januar 2022 zu 90 Prozent erfüllt sein.</i> <i>3. Die Mindestvorgaben nach § 6 müssen ab dem 1. Januar 2023 zu 95 Prozent [GKV-SV] erfüllt sein.</i> <p>Die DGPM bedankt sich bei den Parteien des G-BA für die vorzeitige und einvernehmliche Änderung des § 16 Abs. 4 mit der Aussetzung von Sanktionen und Aussetzung der Lieferung von Nachweisen zur Einhaltung der Mindestvorgaben für die Psychosomatik in 2022. Damit wurde den 275 psychosomatischen Einrichtungen (Stand 2019) in Deutschland ein wichtiges Signal gegeben, dass die Behandlungsbereiche sich noch in der Anpassung befinden. Eine voreilige und medizinisch nicht gerechtfertigte Anpassung der psychosomatischen Behandlungskonzepte wird dadurch verhindert.</p> <p>Für die Psychosomatische Medizin sollte mit dem Inkrafttreten der Mindestvorgaben 2025 ebenfalls eine Übergangsregelung mit stufenweisem Vorgehen beginnend mit 85% und einer jährlichen Anpassung von 5% gewährt werden.</p>	<p>Psychosomatik wird im Rahmen der Überprüfungen der Mindestvorgaben und der Kategorien geprüft.</p> <p>GKV-SV: Zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
5.10	DGPM	<p><i>(8) [DKG] Eine Anrechnung gemäß § 8 Absatz 3 Satz 4 ist bis zum 31. Dezember 2022 auch bei Übernahme von Aufgaben der jeweiligen Berufsgruppe außerhalb der Regelaufgaben gemäß Anlage 4 möglich.</i></p> <p>Die DGPM begrüßt den Vorschlag der DKG, der durch die gegenseitige Anrechenbarkeit der Berufsgruppen auch außerhalb der Regelaufgaben den Kliniken mehr therapeutische Flexibilität ermöglicht.</p>	<p>DKG: Zustimmung zu Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Ablehnung: In Verbindung mit den von der DKG vorgeschlagenen Änderungen zu § 8 Abs. 3 wird damit der Sinn und Zweck der Richtlinie ausgehebelt.</p> <p>Dies betrifft § 1 Abs. 1 der PPP-RL : „Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal“, aber auch die Grundsätze in § 2 Abs. 5 der RL: „Für jeden Behandlungsbereich ... und jede Berufsgruppe ... werden Minutenwerte je Patient und Woche ... vorgegeben“ und in § 2 Abs. 8 : „ Sie Krankenhäuser stellen die Einhaltung der Mindestvorgaben einrichtungsbezogen anhand der auf einer Station jeweils tätigen Fachkräfte der Berufsgruppen fest.“</p> <p>Wenn wie hier vorgesehen – die Mitglieder der verschiedenen Berufsgruppen einfach auf andere Berufsgruppen angerechnet werden können ohne dass sie die die Regelaufgaben der Berufsgruppe erbringen auf die sie angerechnet wurden, mag das den Krkh maximal Flexibilität bringen, unterhöhlt aber die Mindestvorgaben und lässt keinen wirklichen Nachweis zu.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
5.11	DGPM	<p>Zur Anlage 1 Minutenwertetabellen</p> <p>Eine Anpassung der Minutenwerte (P2, P3, P4) bzw. die Einführung von Minutenwerten für die neuen Behandlungsbereiche P5 und P6 ist ohne die Personalausstattung in den psychosomatischen Einrichtungen zu kennen und über eine ausreichende Datenbasis zu verfügen, medizinisch nicht vertretbar. Die Veröffentlichung von Personalminuten, auch wenn noch keine Sanktionsmaßnahmen drohen, führt zwangsläufig dazu, dass Einrichtungen versuchen diesen Vorgaben zu entsprechen. Dies ist unbedingt zu verhindern. Somit lehnt die DGPM die Änderungen bzw. Festlegung neuer Mindestvorgaben zum jetzigen Zeitpunkt ab.</p> <p>Selbst wenn die neuen Behandlungsbereiche P5 und P6 evidenzbasierte Vorschläge darstellen würden, berücksichtigen sie die besondere Situation der Psychosomatischen Medizin nicht ausreichend. Die Stärkung der Psychotherapie in den Behandlungsbereichen P5, P6 erfolgt ausschließlich durch die Festlegung höherer Minutenwerte für die Berufsgruppe der nicht-ärztlichen Psychotherapeuten. Die Verteilungen der psychotherapeutischen Aufgaben zwischen den ärztlichen und nicht-ärztlichen Psychotherapeuten ist von vielen Faktoren abhängig, wobei auf eine ausreichende ärztliche psychotherapeutische Kompetenz im stationären Kontext zu achten ist. Eine einseitige Aufstockung der Minutenwerte für nicht-ärztliche</p>	<p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Siehe Kommentar zu Nr. 5.5.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Gute Argumentation zu den Minutenwerten in der tagesklinischen Behandlung.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>Psychotherapeuten halten wir daher zur Sicherstellung der Behandlungsqualität für nicht angemessen.</p> <p>Gleichzeitig erfolgt eine deutliche Kürzung der Minutenwerte der Pflegefachkräfte in P5, P6. Dies impliziert, dass PatientInnen mit einem hohen psychotherapeutischen Bedarf nicht auch einen vergleichbaren Bedarf für allgemeine und spezielle therapeutische Pflege zeigen. Dies mag für bestimmte Patientengruppen zutreffen, bildet jedoch nicht das Spektrum von PatientInnen mit intensivierten Psychotherapiebedarf ab. Eine Anpassung der Behandlungsbereiche reduziert auf diesen Sachverhalt bildet somit das komplexe Versorgungsgeschehen nicht angemessen ab.</p> <p>Ferner wird eine Anpassung der Minutenwerte für die Pflege in den teilstationären Bereichen vorgenommen. Bislang waren die Minutenwerte für Pflegefachkräfte im stationären und teilstationären Bereich für P2 und P4 identisch, was fehlerhaft war. Die Anpassung ist sachgerecht und sinnvoll.</p> <p>Grundlage für die angepassten Minutenwerte ist eine Berücksichtigung der 5 statt 7 Tage Woche sowie der Wegfall des Spätdienstes in den Tageskliniken. Dennoch weist die Berechnung in unseren Augen Ungenauigkeiten auf, da die Personalausstattung in der Pflege z.B. an Wochenenden und im Spätdienst geringer ist als in den Kernarbeitszeiten während der Woche. Dies wird in der Berechnung</p>	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>nicht berücksichtigt und führt somit vermutlich zu Verzerrungen. Es ist davon auszugehen, dass die Minutenwerte für die Pflege in der jetzt vorliegenden Version der PPP-RL im Behandlungsbereich P3 mit 329 Minuten zu hoch, im Behandlungsbereich P4 mit 201 Minuten tendenziell zu niedrig kalkuliert sind.</p> <p>Die Personalmindestvorgaben für die Tagesklinik aus der stationären Behandlung 1:1 zu übernehmen ohne weitere Besonderheiten der Tageskliniken zu berücksichtigen ist nicht sinnvoll (z.B. Spezialisierungen, Unterschiede zwischen „stand alone“ Tageskliniken und Tageskliniken, die auf Stationen integriert sind). Ferner ist fraglich, ob überhaupt drei tagesklinische Behandlungsbereiche erforderlich sind.</p> <p>Vor diesem Hintergrund fordern wir auch für die Tageskliniken zunächst die Schaffung einer angemessenen Datengrundlage.</p> <p>Die Festlegung der PsychPV in der Psychiatrie hat viele Jahre benötigt (s.o.). Dies verdeutlicht, dass auch für die erstmalige Festlegung der Mindestvorgaben in der Psychosomatischen Medizin deutlich mehr Zeit benötigt wird.</p>	
5.12	DGPM	<p>Zu Anlage 2 Eingruppierungsempfehlungen</p> <p>P. Psychosomatik</p>	<p>DKG/GKV-SV: Von einer Reduktion der Komplexbehandlungskategorien auf den OPS-Code 9-63 wird abgesehen, da diese Kategorien sowohl psychosomatisch-psychotherapeutische</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>P2 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung (auch P4, P5, P6)</p> <p>Die Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung setzt die Struktur- und Mindestmerkmale des OPS-Code 9-63 voraus. Der OPS-Code 9-62 steht für eine „psychotherapeutische Komplexbehandlung“ und erfüllt somit nicht die Mindestmerkmale. Eine psychosomatischpsychotherapeutische Komplexbehandlung erfordert eine entsprechende Facharztqualifikation für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Wir fordern daher die Streichung des OPS-Code 9-62 für den Behandlungsbereich P2. Gleiches gilt für die Behandlungsbereiche P4, P5 und P6.</p> <p>Als weiteres psychotherapeutisches Grundverfahren wurde die Systemische Therapie in die Psychotherapie Richtlinie aufgenommen. Somit ist die Systemische Therapie in als Grundverfahren in der Tabelle „Behandlungsmittel“ wie folgt aufzunehmen: „Komplexe psychosomatischpsychotherapeutische Behandlung unter Einsatz eines psychodynamisch, kognitiv-behavioralen oder systemischen Grundverfahrens als reflektierter multiprofessioneller Mehrpersoneninteraktionsprozess...“</p>	<p>als auch psychotherapeutische Komplexbehandlung umfassen sollen.</p> <p>DKG: Im Rahmen der Weiterentwicklung der Mindestvorgaben und einer weiteren Ausdifferenzierung der Behandlungskategorien werden wir eine Trennung an dieser Stelle prüfen.</p> <p>Zustimmung zur Aufnahme der Systemischen Therapie in die Behandlungsmittel. Der Vorschlag wurde umgesetzt.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme hinsichtlich der Aufnahme der Systemischen Therapie.</p>
5.13	DGPM	P5/ P6 Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	<p>DKG: Zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Siehe Kommentar zu Nr. 5.5.</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 Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>stationär/teilstationär</p> <p>Die Einführung neuer Behandlungsbereiche mit nicht empirisch geprüften Minutenwerten wird abgelehnt. Siehe hierzu § 3.</p>	<p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
5.14	DGPM	<p>Zu Anlage 4 Regelaufgaben</p> <p>3. Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) – Psychosomatik</p> <p>Die DGPM schließt sich der Position von GKV-SV und BÄK in der Formulierung der Regelaufgaben und Tätigkeitsprofile der Berufsgruppen a und c an.</p> <p>Unter den Regelaufgaben der Ärzte und ärztlichen Psychotherapeuten empfehlen wir noch die „Bearbeitung gutachterlicher Fragestellungen auch in Bezug auf sozialrechtliche, familienrechtliche, strafrechtliche Fragestellungen“ mit aufzunehmen.</p> <p>Ferner gehört die Weiterbildung zu den Tätigkeitsprofilen der Assistenzärzte. Es ist nicht sachgerecht nur die Fortbildung aufzuführen, da die Weiterbildung der Assistenzärzte in den Kliniken im Rahmen der Arbeitszeit erfolgt. Somit ist die Weiterbildung integraler Bestandteil des Tätigkeitsprofils der Assistenzärzte auf Station (gemäß § 2 Abs. 10 PPP-RL ist die interne Weiterbildung in den Minutenwerten auch enthalten). Die Forderung der BPTK, dass Psychotherapeu-</p>	<p>DKG: Die Regelaufgaben wurden insbesondere dahingehend überarbeitet, der wachsenden Bedeutung der Psychotherapie Rechnung zu tragen. Da es sich jedoch um ein spezifisches Verfahren handelt, wird die Trennung in medizinische und psychotherapeutische Grundversorgung mit jeweils eigener Ausdifferenzierung der Aufgaben abgelehnt. Inhaltlich sind jedoch alle Aufgaben auch im DKG-Vorschlag enthalten. Die Bearbeitung gutachterlicher Fragestellungen ist von der folgenden Aufgabe umfasst:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Abklärung medizinischer, psychotherapeutischer, juristischer und anderer Fragen mit Stellen außerhalb des Krankenhauses</i> <p>Weiterbildung ist von der folgenden Aufgabe umfasst:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Teilnahme an hausinternen Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung, Supervision als Teil der Fort- und Weiterbildung, Balintgruppen/ IFA-Gruppen</i> <p>GKV-SV: Zustimmung Kenntnisnahme.</p> <p>Weiterbildung ist von der folgenden Aufgabe umfasst:</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>Innen (nicht ärztlich), Visiten leiten sowie Gesamtbehandlungspläne erstellen, wird der Situation von schwer psychosomatisch erkrankten Patientinnen und Patienten in einem Krankenhaus nicht gerecht. Sowohl Visiten als auch die Erstellung von Gesamtbehandlungsplänen erfordern ärztlich-medizinische Kompetenzen in der somatomedizinischen Diagnostik, Differentialdiagnostik und Behandlung, einschließlich der Pharmakotherapie somatischer Komorbiditäten sowie dem frühzeitigen Erkennen von gefährlichen Verläufen, die durch die Wechselwirkung von psychischen und körperlichen Faktoren entstehen. Diese Qualifikation ist bei nicht-ärztlichen PsychotherapeutInnen nicht gegeben und würde somit zu erheblichen Einschränkungen in der Versorgung der Patienten führen. Im Bereich der Psychosomatischen Medizin, die sich mit somatischen Manifestationen von psychischen Erkrankungen (z.B. Essstörungen, somatoforme Störungen) oder auch psychischer Komorbidität bei chronischen körperlichen Erkrankungen (z.B. Depression bei Herz-Kreislaufkrankungen)) befasst, ist eine ärztlich-medizinische Kompetenz im Rahmen der Visite und für die Gesamtbehandlungsplanung essentiell.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Teilnahme an hausinternen Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung, Supervision als Teil der Fort- und Weiterbildung, Balintgruppen/ IFA-Gruppen</i> <p>BPtK: Die häufigsten in der stationären Psychosomatik behandelten Erkrankungen sind unipolare Depressionen (57 Prozent) sowie zu fast gleichen Teilen Angst- und Zwangserkrankungen (8 Prozent), Anpassungsstörungen (9 Prozent) und somatoforme Störungen (8 Prozent). Patienten mit diesen Diagnosen machten 82 Prozent der Behandlungen in der Psychosomatik im Jahr 2013 aus (Quelle: Statistisches Bundesamt, Tiefgegliederte Diagnosedaten 2013, eigene Auswertung). Die Behandlung von unipolaren Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen erfordert nicht in dem Maße psychosomatische Kompetenzen, wie es in der Stellungnahme dargestellt wird. Die Übertragung der Kompetenzen der Vertragspsychotherapeuten, die in der ambulanten Versorgung Facharztstatus haben und die Behandlungsverantwortung übernehmen, ist somit auch für die stationäre Psychosomatik gerechtfertigt. Zumal durch die Festlegung der Regelaufgaben § 107 SGB V unberührt bleibt. Siehe auch die Tragenden Gründe der BPtK zu den Regelaufgaben.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
			<p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme wegen der Differenzierung von ärztlicher und nicht-ärztlicher Psychotherapie.</p>
5.15	DGPM	<p>Zusammenfassung und Schlussbemerkung</p> <p>Der Entwurf, Stand 02.06.2021 nach Sitzung des UA QS, der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie/PPP-RL) weist einige notwendige Änderungen und Präzisierungen auf, die die DGPM als wissenschaftliche Fachgesellschaft unterstützt. Es finden sich im Entwurf jedoch auch einige Feststellungen, die wir wegen ihrer Bedeutung für eine qualitativ hochwertige und sachgerechte Patientenversorgung kritisieren und um Änderung bitten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Der Personalaufwand in der Psychosomatischen Medizin orientiert sich in erster Linie an der Intensität der psychotherapeutischen Leistung (Therapieeinheiten, „TE´s“) sowie dem somatisch-medizinischen und psychosomatischen Versorgungsaufwand. 	<p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme: gutes Fazit.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>2. Die Stärkung der Psychotherapie durch die Festlegung von Mindestvorgaben für Psychotherapeuten muss den Gegebenheiten des Fachgebietes Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Rechnung tragen und ärztliche und nicht-ärztliche Psychotherapeuten angemessen berücksichtigen. Die Festlegung der Minutenwerte für Psychotherapie in den verschiedenen Behandlungsbereichen sollte datenbasiert vorgenommen werden.</p> <p>3. Eine weitere Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche der Psychosomatischen Medizin ist dringend erforderlich. Hierzu braucht es aber eine angemessene empirische Datenbasis als Voraussetzung für die Ableitung von angemessenen Personalmindestvorgaben. Eine willkürliche Festlegung von Minutenwerten für die vorgeschlagenen Behandlungsbereiche P5 und P6 ist unangemessen und steht im Widerspruch zu den Zielen der PPP-RL.</p> <p>4. Die Differenzierung der Berufsgruppen gemäß §5 und der Anrechnungsmöglichkeiten gemäß §8 ist im Hinblick auf eine qualitativ hochwertige und leitliniengerechte psychosomatische Behandlung von erheblicher Bedeutung. Hier würde die Zusammenfassung der Berufsgruppen nach Buchstabe d, e und f mehr therapeutisch sinnvolle Flexibilität ermöglichen und die Versorgungsqualität gegenüber der jetzt kleinteiligen Differenzierung (die eine starre Vorhal-</p>	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>tung von Personal, das im Einzelfall gar nicht benötigt wird, vorschreibt) erheblich verbessern. Ansonsten droht die Vernachlässigung bestimmter Patientengruppen.</p> <p>5. Die Aussetzung der Ermittlung und Umsetzung der Personalmindestvorgaben sowie der Sanktionsmaßnahmen für psychosomatische Einrichtungen wird über den 31.12.2022 erforderlich sein, da erst im Jahr 2024 mit den Ergebnissen der EPPIK-Studie und damit der empirischen Grundlage für Personalmindestzeiten in verschiedenen Behandlungsbereichen gerechnet werden kann.</p> <p>6. Die spezialisierte Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung in den Behandlungsbereichen P2 und P4 (künftig ggf. P5, P6) kann qualitativ sachgerecht und leitliniengemäß nur durch einen Facharzt/-ärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erbracht werden, so wie es auch in der entsprechenden OPS-Prozedur 9-634 festgelegt ist. Dies ist in Anlage 2 der PPP-RL zu präzisieren.</p>	
6	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin e.V. (DKPM), 2. Juli 2021 [vgl. Nr. 5 DGPM]]		
6.1	DKPM	<p>Allgemeine Hinweise</p> <p>[...] Die Stellungnahme erfolgt in enger Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztlichen</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Zu Nr. 6.1 – 6.15: vgl. die Kommentare der PatV zu Nr. 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 Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>Psychotherapie.</p> <p>Zunächst gehen wir auf grundlegende Herausforderungen in der Erarbeitung von Personalmindestvorgaben in der Psychosomatischen Medizin (Psychosomatik) ein. Folgend nehmen wir Stellung zu einzelnen Punkten der Änderungsfassung.</p> <p>Das DKPM begrüßt die Festlegung, dass die Ermittlung und Umsetzung der Personalmindestvorgaben sowie Sanktionsmaßnahmen im Jahr 2022 in psychosomatischen Einrichtungen weiter ausgesetzt werden. Empirische Daten als Grundlage für die Ableitung von Personalmindestvorgaben fehlen in der Psychosomatischen Medizin. Eine voreilige Umsetzung von nicht in der Versorgung überprüften Mindestvorgaben würde daher zu Verwerfungen in der Versorgung führen und die etablierten und wirksamen Therapieprogramme im Rahmen der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung gefährden. In der Psychosomatischen Medizin liegen keine Daten über Minder- oder Fehlversorgung vor, die einen solchen Eingriff rechtfertigen.</p> <p>Allerdings ist die Aussetzung der Ermittlung und Umsetzung der Personalmindestvorgaben in der Psychosomatischen Medizin für ein weiteres Jahr keinesfalls ausreichend, um eine valide empirische Datenbasis zu erarbeiten. Der Personalaufwand in der Psychosomatischen Medizin orientiert sich in hohem Maße an der Intensität der</p>	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>psychotherapeutischen Leistung aller beteiligten Berufsgruppen (Therapieeinheiten, „TE´s“) sowie dem somatisch-medizinischen Versorgungsaufwand (in psychosomatischen Kliniken werden auch Menschen mit schwerer körperlicher Erkrankung und begleitender psychischer Komorbidität behandelt). Vor diesem Hintergrund ist für die Festlegung der Personalmindestvorgaben und der Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche zusätzlich eine Erfassung der tatsächlich erbrachten therapeutischen Leistungen als auch des medizinisch-somatischen Aufwands erforderlich. Diese Daten werden im Rahmen der PPP-RL Nachweise nicht erfasst.</p> <p>→ Die Nachweise der PPP-RL stellen keine Datengrundlage für eine Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche und Festlegung der Mindestvorgaben in der Psychosomatischen Medizin dar.</p> <p>Im Rahmen der aktuell laufenden und durch den Innovationsfonds geförderten EPIK-Studie erfolgt eine repräsentative, bundesweite Beobachtungsstudie in psychosomatischen Einrichtungen, die die Personalausstattung in Beziehung zu den therapeutischen Leistungen und zum medizinisch-somatischen Aufwand setzt. Die Ergebnisse der EPIK-Studie werden im Frühjahr 2024 erwartet, so dass eine datenbasierte Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche und Festlegung der Personalmindestvorgaben frühestens im Som-</p>	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>mer 2024 erfolgen kann. Frühestens 2024 kann - vor dem Hintergrund des zeitlichen Ablaufs der Studie - eine differenzierte Festlegung der Personalmindestvorgaben für die Behandlungsbereiche der Psychosomatischen Medizin erfolgen.</p> <p>Weitere Behandlungsbereiche (P5, P6) mit Personalmindestvorgaben können erst festgelegt werden, wenn Evidenz vorliegt. Anpassungen an fiktive nicht-datenbasierte Zahlen (nicht in der Versorgungspraxis überprüfte Behandlungsbereiche) zu früh vorzunehmen ist wenig sinnvoll bzw. kann kontraproduktive Konsequenzen für die Versorgung haben (P2, P3, P4). Die Veröffentlichung dieser Mindestvorgaben hätte weitreichende Konsequenzen, da psychosomatische Einrichtungen (aus unserer Sicht verfrüht) versuchen werden, diesen evidenzfreien, in Teilen versorgungsfernen Mindestvorgaben zu entsprechen - mit negativen Auswirkungen für die etablierten Behandlungskonzepte der Einrichtungen und für die erkrankten PatientInnen.</p> <p>Die Fachgesellschaft fordert daher, dass für die Festlegung der Mindestvorgaben in der Psychosomatischen Medizin die gleiche Sorgfalt angewendet wird wie damals auch zur Erarbeitung der seit 1990 existierenden Vorgaben für das Fachgebiet der Psychiatrie (ca. 10 Jahre Erarbeitungszeit).</p> <p>Stärkung der Psychotherapie durch die Festlegung von höheren</p>	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>Mindestvorgaben für Psychotherapeuten wird durch das DKPM begrüßt. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass die Summe der psychotherapeutischen (ärztlich, nicht-ärztlich) Minuten als Mindestvorgaben in allen Behandlungsbereichen der Psychosomatischen Medizin in der letzten Fassung vom 18.3.2021 bereits hoch definiert war. Es ist aufgrund der Rückmeldung zahlreicher spezialisierter Abteilungen gut vorstellbar, dass als Ergebnis der aktuell laufenden wissenschaftlichen Untersuchungen für einzelne Behandlungsbereiche im Spezialfall noch höhere Mindestvorgaben für psychotherapeutische Leistungen (ärztlich, nicht-ärztlich) empfohlen werden. Andererseits besteht eine Gefahr für andere Behandlungsbereiche der Psychosomatischen Medizin, bereits jetzt für die therapeutische Zielerreichung unnötig hohe Vorgaben weiter zu erhöhen. Eine sinnvolle Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche und deren Überprüfung müssen zuerst erfolgen (s.o.).</p>	
6.2	DKPM	<p>Zu § 2 Grundsätze</p> <p><i>(2) Die Behandlung der den Behandlungsbereichen gemäß § 3 in Verbindung mit Anlage 2 zugeordneten Patientinnen und Patienten ist nach Maßgabe der nachfolgenden Regelungen dieser Richtlinie grundsätzlich nur zulässig, wenn die in § 6 geregelten verbindlichen Mindestvorgaben erfüllt werden.</i></p>	<p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Der Kommentar bezieht sich auf einen bereits gelten Paragraphen und wurde bereits kommentiert. Nichtsdestotrotz möchte der GKV-SV hier nochmals feststellen, dass das Krankenhaus dafür zu sorgen hat, dass Notfälle medizinisch fachlich korrekt behandelt werden. Ein chirurgischer Notfall mit OP-Indikation kann auch nur von einem Chirurgen operiert</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>Die fachspezifische Behandlung von psychosomatischen Notfällen muss Vorrang haben gegenüber der Erfüllung von Mindestvorgaben. Eine Ablehnung bzw. Nichtversorgung von Notfällen mit der Gefahr von schwerwiegenden psychischen und somatischen Konsequenzen ist aus ethischen und haftungsrechtlich Gründen nicht vertretbar. Daher ist § 2 Absatz 2 zu streichen.</p>	<p>werden. Sollte sich die Anzahl der Aufnahmen mit einer gesetzlichen Unterbringung häufen, greift zudem der Ausnahmetatbestand nach § 18 Abs. 2.</p>
6.3	DKPM	<p>Zu § 3 Behandlungsbereiche</p> <p><i>(1) Die Patientinnen und Patienten der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene, die einer voll-, teilstationären sowie stationsäquivalenten Krankenhausbehandlung bedürfen, werden nach Art und Schwere der Krankheit sowie nach den Behandlungszielen und -mitteln den folgenden Behandlungsbereichen unter Berücksichtigung der Eingruppierungsempfehlungen gemäß Anlage 2 zugeordnet:</i></p> <p>....</p> <p><i>P5 Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung</i></p> <p><i>P6 Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär</i></p>	<p>GKV-SV: Der GKV-SV ist sich einig mit der DGPM, dass es einen Bedarf für eine weitere Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche in der Psychosomatik gibt. Aufgrund der Rückmeldungen aus den psychosomatischen Häusern und zur Stärkung der Psychotherapie wurde für PatientInnen mit einem intensivem psychotherapeutischen Behandlungsbedarf in der Psychosomatik zwei neue Behandlungsbereiche P5 und P6 eingeführt. In den neuen Behandlungsbereichen wird eine Therapiedosis von mindestens vier durchgeführten Therapieeinheiten pro Woche in einem ärztlichen und/oder psychologischen Verfahren gebunden.</p> <p>Der vorliegende Vorschlag vereint viele Vorzüge:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ermöglicht er für die Patienten eine höherer Therapiedosis 2. trägt er der Einschätzung der DGPM selbst Rechnung, dass sich der Personalaufwand in der Psychosomatik in hohem

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>Es besteht ein dringender Bedarf für eine weitere Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche in der Psychosomatischen Medizin. Eine Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche in der Psychosomatischen Medizin durch die Aufnahme von 2 weiteren Behandlungsbereichen wird daher grundsätzlich begrüßt. Die aktuelle Festlegung von Minutenwerten für die beiden neuen Behandlungsbereiche P5 und P6 ist jedoch nicht sachgerecht. Es liegen derzeit keine Daten vor, die die Minutenwerte der hier vorgelegten Ausgestaltung der zwei neuen Behandlungskategorien belegen. Zudem resultieren sie aus Abänderungen der Mindestvorgaben anderer Behandlungsbereiche der PPP-RL, welche noch einmal grundlegend geprüft werden sollten bevor sie in Kraft treten. Insbesondere liegen keine Anhaltspunkte für die Notwendigkeit eines dritten tagesklinischen Behandlungsbereichs in der Psychosomatik vor.</p> <p>Es braucht zunächst eine angemessene empirische Datenbasis als Voraussetzung für die Ableitung von angemessenen Personalmindestvorgaben. Die voreilige Veröffentlichung von nicht geprüften Minutenwerten führt zu Verwerfungen in der Versorgung. Sie haben eine starke Signalwirkung für die Einrichtungen. Ihnen wird suggeriert, dass es sich um normativ gerechtfertigte Vorgaben handelt, die in Kürze rechtlich sanktionsbewehrt einzuhalten sind. Es ist aus</p>	<p>Maße an der Intensität der psychotherapeutischen Leistung aller beteiligten Berufsgruppen (Therapieeinheiten, „TE's“) sowie dem somatisch-medizinischen Versorgungsaufwand orientiert</p> <p>3. trägt er der Rückmeldung vieler Kliniken Rechnung, das in der Psychosomatik mehr Psychotherapeuten für die Psychotherapie eingesetzt werden und weniger Pflegende für die tägliche Betreuung der Patienten auf der Station.</p> <p>Insofern kann der GKV-SV die generelle Kritik an den beiden neuen Behandlungsbereichen nicht nachvollziehen. Selbstverständlich sind die neuen Behandlungsbereiche nicht präjudizierend für alle Zeiten. Aber wissend, dass die jetzigen Behandlungsbereiche so nicht ausreichend sind zur Abbildung des Versorgungsgeschehens, kann der G-BA hier nicht untätig bleiben und auf eine zukünftige Studie verweisen, die es so noch nicht gibt.</p> <p>Allemaal ist es falsch, anstelle neuer Behandlungsbereiche nun generelle Anrechnungsmöglichkeiten zwischen den Berufsgruppen zu fordern, da diese die Mindestvorgaben für die einzelnen Berufsgruppen ad absurdum führen und gleichzeitig jeden konkreten Nachweis über die Aufwände der einzelnen Berufsgruppen verwässert und damit die Weiterentwicklung verhindert.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>medizinischen Gründen nicht vertretbar, dass nicht geprüfte Personalmindestvorgaben das therapeutische Vorgehen und etablierte Behandlungskonzepte beeinflussen und bestimmen. Vor diesem Hintergrund lehnen wir die Einführung der Minutenwerte für zwei weitere Behandlungsbereiche (P5, P6) ab.</p> <p>Die Berechnung des Umsetzungsgrades der Mindestvorgaben als auch Sanktionsmaßnahmen wurden in der Psychosomatischen Medizin ein weiteres Jahr für 2022 gerade vor diesem Hintergrund ausgesetzt. Die aktuelle Festlegung von weiteren Personalmindestvorgaben ohne Datengrundlage widerspricht diesem Vorgehen.</p> <p>Stattdessen ist kurzfristig eine Verbesserung der Anrechnungsmöglichkeiten erforderlich, um einen flexiblen, patientengerechten Personaleinsatz in den verschiedenen Versorgungskonstellationen psychosomatischer Einrichtungen zu ermöglichen. Die DKG hat hierzu in § 8 Absatz 3 einen Vorschlag aufgenommen. Auf Basis der übermittelten Nachweise kann die vorgenommene Anrechnung von Psychologen/-innen auf andere Berufsgruppen untersucht und ggf. Anpassungen in den Mindestvorgaben vorgenommen werden.</p>	
6.4	DKPM	<p>Zu § 5 Berufsgruppen</p> <p><i>(1) ... Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (nicht-ärztlich), Psychologinnen und Psychologen,</i></p>	<p>DKG/GKV-SV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>BPtK: Die Differenzierung in „ärztliche“ und „nicht-ärztliche“</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p><i>(Dazu zählen Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen oder Master in Psychologie, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten, Diplom-/Master-Psychologinnen in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin und Diplom-/Master-Psychologen in Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 1. September 2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes, Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten für Erwachsene sowie Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen oder Master in Psychologie.)</i></p> <p>Psychotherapie wird aktuell durch Ärztliche PsychotherapeutInnen (FachärztInnen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie) sowie Psychologische PsychotherapeutInnen erbracht. Aufgrund grundlegender Unterschiede in der somatisch-medizinischen Kompetenz und Qualifikation, die für die Behandlungsplanung und stationäre Psychotherapie von zentraler Bedeutung sind, ist die vorgeschlagene Differenzierung der Berufsgruppen in „ärztlich“ und „nicht ärztlich“ sachgerecht und notwendig zur Abgrenzung. Da alle genannten Disziplinen über eine Weiter-</p>	<p>Psychotherapeut*innen ist aus den in den Tragenden Gründen dargestellten Gründen weder sachgerecht noch erforderlich.</p> <p>Auch wer mit dem Begriff „Fachpsychotherapeut“ gemeint ist, ist mit der im April 2021 verabschiedeten Musterweiterbildungsordnung für Psychotherapeut*innen der Bundespsychotherapeutenkammer eindeutig geregelt. Ein Fachpsychotherapeut ist ein Psychotherapeut gemäß § 1 Absatz 1 Psychotherapeutengesetz (PsychThG), der über eine abgeschlossene Gebietsweiterbildung für Erwachsene, Kinder und Jugendliche oder Neuropsychologische Psychotherapie verfügt.</p> <p>Es ist deshalb nicht nachvollziehbar weshalb die Bezeichnung „Fachpsychotherapeut“ irreführend und ein Zusatz „nicht-ärztlich“ 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 Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		bildung und Qualifikation in Psychotherapie verfügen, wäre der Begriff FachpsychotherapeutInnen ohne den Zusatz „nicht ärztlich“ irreführend.	
6.5	DKPM	<p>Zu § 8 Anrechnungen von Berufsgruppen</p> <p>(3) ... Darüber hinaus ist bei psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene sowie bei psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche eine Anrechnung von der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b, d, e, f und g möglich [DKG, BÄK, DPR].</p> <p>Vor dem Hintergrund gravierender Unterschiede in der Personalzusammensetzung zwischen z.B. psychosomatischen Einrichtungen mit erhöhtem somatisch-medizinischen Versorgungsaufwand versus intensivierter psychosomatisch-psychotherapeutischer Behandlung ist eine gegenseitige Anrechenbarkeit der Berufsgruppen, wie von DKG, BÄK und DPR gefordert sinnvoll und notwendig. Sobald eine datenbasierte Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche sowie Festlegung der Personalmindestvorgaben vorgenommen wurden, kann auf die flexiblere Anrechenbarkeit der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b, d, e, f und g verzichtet werden.</p> <p>Das DKPM befürwortet die Zusammenlegung der Kategorien der</p>	<p>DKG: Zustimmung. Der Bedarf nach flexibleren Anrechnungsmöglichkeiten besteht auch in der psychiatrischen Versorgung. Inwieweit auf die Anrechenbarkeit der Berufsgruppe c auf die anderen Berufsgruppen zukünftig irgendwann wieder verzichtet werden kann, ist auf Basis der übermittelten Daten und im Rahmen der Evaluation der Richtlinie zu prüfen.</p> <p>Die Zusammenlegung der Berufsgruppen werden wir im Rahmen der Weiterentwicklung der Richtlinie prüfen.</p> <p>GKV-SV: Ablehnung. Aufgrund der Rückmeldungen aus den Häusern, dass das Versorgungsgeschehen komplexer ist, als in den bisherigen Behandlungsbereichen abgebildet, die Conclusio zu ziehen, dass nun die Anrechnungsmöglichkeiten zwischen den Berufsgruppen großzügigst geöffnet werden, ist nicht zielführend. Es ist geradezu schädlich, da die Mindestvorgaben für die einzelnen Berufsgruppen außer Kraft gesetzt und die Richtlinie ad absurdum geführt wird; Höchstgrenzen für die Anrechnungen werden nicht vorgesehen. Der Nach-</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>SpezialtherapeutInnen, BewegungstherapeutInnen und SozialarbeiterInnen in eine Kategorie SpezialtherapeutInnen. Da unterschiedliche Patienten mit unterschiedlichem bio-psycho-sozialem Behandlungsbedarf unterschiedliche spezialtherapeutische Behandlungsbedarfe auslösen, ist eine Zusammenlegung der Berufsgruppen sinnvoll und medizinisch begründet.</p>	<p>weis, der die Aufwände für die einzelnen Berufsgruppen abfragt, wird verwässert und es damit fehlt künftig die empirische Grundlage für erforderlichen Änderungen der Minutenwerte und der Richtlinie.</p> <p>Der GKV-SV verweist zudem hier auch noch mal auf die Tragenden Gründe:</p> <p>„Mit dem Vorschlag der DKG soll Rückmeldungen psychosomatischer Einrichtungen Rechnung getragen werden, dass die Mindestvorgaben, die von der Psychosomatik selbst vorgeschlagen worden sind, in den bisherigen Behandlungsbereichen nun doch häufig in der Pflege nicht erreicht werden, dafür jedoch häufig in der Berufsgruppe der PsychologInnen überfüllt werden.</p> <p>Die DKG schlägt nun vor, dass die Berufsgruppe der Psychologinnen und Psychologen auf die Berufsgruppe der Pflegefachpersonen, der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten der Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten und der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen angerechnet werden kann.</p> <p>Der GKV-SV verweist darauf, dass das Plenum bereits mit der RL-Änderung in § 16 Abs. 4 im Mai 2021 das Problem in der Psychosomatik adressiert hat (Verlängerung der Aussetzung</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
			<p>der Ermittlung der Mindestvorgaben, des Umsetzungsgrades und der Sanktionen bei Nichteinhaltung in der Psychosomatik um ein Jahr bis zum 31.12.2022).</p> <p>Eine weitere Änderung in diesem Jahr ist nicht notwendig und sollte erst auf der Basis der empirischen Nachweisdaten erfolgen. Ggf. sind dann die Minutenwerte für die einzelnen Berufsgruppen anzupassen“</p>
6.6	DKPM	<p>Zu § 11 Nachweisverfahren</p> <p><i>(8) Das IQTIG prüft die übermittelten Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität und informiert das Krankenhaus bei Korrekturbedarf. Eine Übersendung der korrigierten Daten durch das Krankenhaus an das IQTIG [DKG, BÄK] ist bis zum 1. März des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres möglich.</i></p> <p>Die Korrekturen falscher Nachweise sollten durch eine zentrale und kompetente Stelle übernommen werden, die hierzu auch personell in der Lage ist. Bei einer Versendung und Korrektur der Nachweise auch an alle Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen könnten parallele Prüfungen von IQTIG und Krankenkassen stattfinden, deren Ergebnisse dann erneut verglichen und abgestimmt werden müssen. Ein solcher Prozess würde den bereits sehr hohen bürokratischen Aufwand unnötig weiter erhöhen. Reibungsverluste, wie z.B. in den MDK-Verfahren könnten das Ergebnis sein. Das IQTIG</p>	<p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Siehe Kommentar zu Nr. 5.6.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		ist als neutrale Instanz besser geeignet Überprüfungen zu übernehmen.	
6.7	DKPM	<p><i>(13) ...[DKG, BÄK] Eine Lieferung gemäß § 11 Absatz 3 14 Tage nach Ende des betreffenden Quartals ist nicht erforderlich. Bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben hat innerhalb der in Satz 2 genannten Fristen eine zusätzliche Lieferung von Teil A an die zuständige Landesaufsichtsbehörde zu erfolgen.</i></p> <p>Solange eine quartalsweise Übermittlung der Nachweise sechs Wochen nach Quartalsende erfolgt, sollte eine zusätzliche Lieferfrist zwei Wochen nach Quartalsende bei Nichteinhaltung entfallen. Aktuell sind die Einrichtungen organisatorisch kaum in der Lage die Zwei-Wochen-Frist nach § 11 Abs. 3 einzuhalten. Die zu hohen bürokratischen Anforderungen in der Umsetzung dieser Richtlinie würden zumindest an dieser Stelle ein Stück weit gemindert. Die Übernahme des Vorschlags der DKG würde daher der Akzeptanz und Umsetzbarkeit der Richtlinie dienen.</p>	<p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Siehe Kommentar zu Nr. 5.7.</p>
6.8	DKPM	<p>Zu §12 Veröffentlichungspflichten für Krankenhäuser</p> <p><i>Die Erfüllung der Mindestvorgaben insgesamt und für die einzelnen Berufsgruppen (die tatsächliche Personalausstattung und der Umsetzungsgrad) ist für die einzelnen Berufsgruppen sowie zur Anwendung gebrachte Ausnahmetatbestände nach § 10 sind [DKG] im</i></p>	<p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Siehe Kommentar zu Nr. 5.8.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p><i>strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser darzustellen.</i></p> <p>Die Veröffentlichungspflichten im Qualitätsbericht der Krankenhäuser sollten weiterhin Gegenstand der Beratungen im G-BA bleiben. Ob zusätzliche strukturelle Informationen der besseren Verständlichkeit der Informationen zur Einhaltung der Mindestvorgaben für den Patienten tatsächlich dienlich sind, kann zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht gesagt werden. Gleichzeitig schließt eine Nichtberücksichtigung der Vorschläge des GKV-SV in der PPP-RL nicht aus, dass die Veröffentlichung weiterer struktureller Informationen künftig im Qualitätsbericht beschlossen wird, wenn zu einem späteren Zeitpunkt entsprechende Erkenntnisse vorliegen. Die Vorschläge des GKV suggerieren, dass solche Erkenntnisse bereits vorliegen. Das ist nicht der Fall. Daher sollten nur die Ergänzungen der DKG in diesem Absatz übernommen.</p>	
6.9	DKPM	<p>Zu § 16 Übergangsregelungen</p> <p><i>(1) Die Mindestvorgaben nach § 6 müssen ab dem 1. Januar 2024 erfüllt werden. Für die Übergangszeit gilt folgendes gestuftes Verfahren:</i></p> <p><i>1. Die Mindestvorgaben nach § 6 müssen ab dem 1. Januar 2020 zu 85 Prozent erfüllt sein.</i></p>	<p>DKG: Der Bedarf nach weiteren Übergangsregelungen für die Psychosomatik wird im Rahmen der Überprüfungen der Mindestvorgaben und der Kategorien geprüft.</p> <p>GKV-SV: Siehe Kommentar zu Nr. 5.9.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>2. Die Mindestvorgaben nach § 6 müssen ab dem 1. Januar 2022 zu 90 Prozent erfüllt sein.</p> <p>3. Die Mindestvorgaben nach § 6 müssen ab dem 1. Januar 2023 zu 95 Prozent [GKV-SV] erfüllt sein.</p> <p>Das DKPM wertschätzt die vorzeitige und einvernehmliche Änderung des § 16 Abs. 4 mit der Aussetzung von Sanktionen und Aussetzung der Lieferung von Nachweisen zur Einhaltung der Mindestvorgaben für die Psychosomatik in 2022.</p> <p>Damit wurde den 275 psychosomatischen Einrichtungen (Stand 2019) in Deutschland ein wichtiges Signal gegeben, dass die Behandlungsbereiche sich noch in der Anpassung befinden. Eine voreilige, potentiell disruptive und medizinisch nicht gerechtfertigte Anpassung der psychosomatischen Behandlungskonzepte wird dadurch verhindert.</p> <p>Für die Psychosomatische Medizin sollte mit dem Inkrafttreten der Mindestvorgaben 2025 ebenfalls eine Übergangsregelung mit stufenweisem Vorgehen beginnend mit 85% und einer jährlichen Anpassung von 5% gewählt werden.</p>	
6.10	DKPM	<p>(8) [DKG] Eine Anrechnung gemäß § 8 Absatz 3 Satz 4 ist bis zum 31. Dezember 2022 auch bei Übernahme von Aufgaben der jeweiligen</p>	<p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Siehe Kommentar zu Nr. 5.10.</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 Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p><i>Berufsgruppe außerhalb der Regelaufgaben gemäß Anlage 4 möglich.</i></p> <p>Das DKPM begrüßt den Vorschlag der DKG, der durch die gegenseitige Anrechenbarkeit der Berufsgruppen auch außerhalb der Regelaufgaben den Kliniken mehr therapeutische Flexibilität ermöglicht.</p>	
6.11	DKPM	<p>Zur Anlage 1 Minutenwertetabellen</p> <p>Eine Anpassung der Minutenwerte (P2, P3, P4) bzw. die Einführung von Minutenwerten für die neuen Behandlungsbereiche P5 und P6 ist ohne die Personalausstattung in den psychosomatischen Einrichtungen zu kennen und über eine ausreichende Datenbasis zu verfügen, medizinisch nicht vertretbar. Die Veröffentlichung von Personalminuten, auch wenn noch keine Sanktionsmaßnahmen drohen führt zwangsläufig dazu, dass Einrichtungen versuchen diesen Vorgaben zu entsprechen. Dies ist aufgrund eines disruptiv-konzeptsprenghenden Potentials der Versorgungslandschaft unbedingt zu verhindern. Das DKPM lehnt die Änderungen bzw. Festlegung neuer Mindestvorgaben zum jetzigen Zeitpunkt ab.</p> <p>Selbst wenn die neuen Behandlungsbereiche P5 und P6 evidenzbasierte Vorschläge darstellen würden, berücksichtigen sie die besondere Situation der Psychosomatischen Medizin nicht ausreichend. Die Stärkung der Psychotherapie in den Behandlungsbereichen P5,</p>	<p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Siehe Kommentar zu Nr. 5.11.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>P6 erfolgt ausschließlich durch die Festlegung höherer Minutenwerte für die Berufsgruppe der nicht-ärztlichen Psychotherapeuten. Die Verteilungen der psychotherapeutischen Aufgaben zwischen den ärztlichen und nicht-ärztlichen Psychotherapeuten ist von vielen Faktoren abhängig, wobei auf eine ausreichende ärztliche psychotherapeutische Kompetenz im stationären Kontext zu achten ist. Eine einseitige Aufstockung der Minutenwerte für nicht-ärztliche Psychotherapeuten halten wir daher zur Sicherstellung der Behandlungsqualität für nicht angemessen.</p> <p>Gleichzeitig erfolgt eine deutliche Kürzung der Minutenwerte der Pflegefachkräfte in P5, P6. Dies impliziert, dass PatientInnen mit einem hohen psychotherapeutischen Bedarf nicht auch einen vergleichbaren Bedarf für allgemeine und spezielle therapeutische Pflege zeigen. Dies mag für bestimmte Patientengruppen zutreffen, bildet jedoch nicht das Spektrum von PatientInnen mit intensivierten Psychotherapiebedarf ab. Eine Anpassung der Behandlungsbereiche reduziert auf diesen Sachverhalt bildet somit das komplexe Versorgungsgeschehen nicht ab.</p> <p>Ferner wird eine Anpassung der Minutenwerte für die Pflege in den teilstationären Bereichen vorgenommen. Bislang waren die Minutenwerte für Pflegefachkräfte im stationären und teilstationären Bereich für P2 und P4 identisch, was fehlerhaft war. Die Anpassung ist</p>	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>sachgerecht und sinnvoll.</p> <p>Grundlage für die angepassten Minutenwerte ist eine Berücksichtigung der 5 statt 7 Tage Woche sowie der Wegfall des Spätdienstes in den Tageskliniken. Dennoch weist die Berechnung in unseren Augen Ungenauigkeiten auf, da die Personalausstattung in der Pflege z.B. an Wochenenden und im Spätdienst geringer ist als in den Kernarbeitszeiten während der Woche. Dies wird in der Berechnung nicht berücksichtigt und führt somit vermutlich zu Verzerrungen.</p> <p>Es ist davon auszugehen, dass die Minutenwerte für die Pflege in der jetzt vorliegenden Version der PPP-RL im Behandlungsbereich P3 mit 329 Minuten zu hoch, im Behandlungsbereich P4 mit 201 Minuten tendenziell zu niedrig kalkuliert sind.</p> <p>Die Personalmindestvorgaben für die Tagesklinik aus der stationären Behandlung 1:1 zu übernehmen ohne weitere Besonderheiten der Tageskliniken zu berücksichtigen ist nicht sinnvoll (z.B. Spezialisierungen, Unterschiede zwischen „stand alone“ Tageskliniken und Tageskliniken, die auf Stationen integriert sind). Ferner ist fraglich, ob überhaupt drei tagesklinische Behandlungsbereiche erforderlich sind.</p> <p>Vor diesem Hintergrund fordern wir für die Tageskliniken zunächst die Schaffung einer angemessenen Datengrundlage.</p>	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
6.12	DKPM	<p>Anlage 2 Eingruppierungsempfehlungen</p> <p>P. Psychosomatik</p> <p>P2 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung (auch P4, P5, P6)</p> <p>Die Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung setzt die Struktur- und Mindestmerkmale des OPS-Code 9-63 voraus. Der OPS-Code 9-62 steht für eine „psychotherapeutische Komplexbehandlung“ und erfüllt somit nicht die Mindestmerkmale. Eine psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung erfordert eine entsprechende Facharztqualifikation für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Wir fordern daher die Streichung des OPS-Code 9-62 für den Behandlungsbereich P2. Gleiches gilt für die Behandlungsbereiche P4, P5 und P6.</p> <p>Als weiteres psychotherapeutisches Grundverfahren wurde die Systemische Therapie in die Psychotherapie Richtlinie aufgenommen. Somit ist die Systemische Therapie als Grundverfahren in der Tabelle „Behandlungsmittel“ wie folgt aufzunehmen: „Komplexe psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung unter Einsatz eines psychodynamisch, kognitiv-behavioralen oder systemischen Grundverfahrens als reflektierter multiprofessioneller Mehrpersoneninteraktionsprozess...“</p>	<p>DKG: Von einer Reduktion der Komplexbehandlungskategorien auf den OPS-Code 9-63 wird abgesehen, da diese Kategorien sowohl psychosomatisch-psychotherapeutische als auch psychotherapeutische Komplexbehandlung umfassen sollen. Im Rahmen der Weiterentwicklung der Mindestvorgaben und einer weiteren Ausdifferenzierung der Behandlungskategorien werden wir eine Trennung an dieser Stelle prüfen.</p> <p>Zustimmung zur Aufnahme der Systemischen Therapie in die Behandlungsmittel. Der Vorschlag wurde umgesetzt.</p> <p>GKV-SV: Siehe Kommentar zu Nr. 5.12.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
6.13	DKPM	<p>P5/ P6 Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung stationär/teilstationär</p> <p>Die Einführung neuer Behandlungsbereiche ohne empirisch geprüfte Minutenwerte wird sehr kritisch gesehen. Siehe hierzu auch § 3.</p>	<p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Siehe Kommentar zu Nr. 5.13.</p>
6.14	DKPM	<p>Anlage 4 Regelaufgaben</p> <p>3. Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) – Psychosomatik</p> <p>Das DKPM schließt sich der Position von GKV-SV, BÄK in der Formulierung der Regelaufgaben und Tätigkeitsprofile der Berufsgruppen a und c an.</p> <p>Es gehört die Weiterbildung zu den Tätigkeitsprofilen der Assistenzärzte. Es ist nicht sachgerecht, nur die Fortbildung aufzuführen, da die Weiterbildung der Assistenzärzte in den Kliniken im Rahmen der Arbeitszeit erfolgt. Somit ist die Weiterbildung integraler Bestandteil des Tätigkeitsprofils der Assistenzärzte auf Station (gemäß §2 Abs. 10 PPP-RL ist die (interne) Weiterbildung in den Minutenwerten auch enthalten).</p> <p>Die Forderung der BPtK, dass PsychotherapeutInnen (nicht ärztlich) Visiten leiten sowie Gesamtbehandlungspläne erstellen, wird der Situation von schwer psychosomatisch erkrankten Patientinnen und</p>	<p>DKG: Die Regelaufgaben wurden insbesondere dahingehend überarbeitet, der wachsenden Bedeutung der Psychotherapie Rechnung zu tragen. Da es sich jedoch um ein spezifisches Verfahren handelt, wird die Trennung in medizinische und psychotherapeutische Grundversorgung mit jeweils eigener Ausdifferenzierung der Aufgaben abgelehnt. Inhaltlich sind jedoch alle Aufgaben auch im DKG-Vorschlag enthalten.</p> <p>Weiterbildung ist von der folgenden Aufgabe umfasst: <i>Teilnahme an hausinternen Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung, Supervision als Teil der Fort- und Weiterbildung, Balintgruppen/ IFA-Gruppen</i></p> <p>GKV-SV: Siehe Kommentar zu Nr. 5.14.</p> <p>BPtK: Die häufigsten in der stationären Psychosomatik behandelten Erkrankungen sind unipolare Depressionen (57 Pro-</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>Patienten in einem Krankenhaus nicht gerecht.</p> <p>Sowohl Visiten als auch die Erstellung von Gesamtbehandlungsplänen erfordern ärztlich-medizinische Kompetenzen in der somato-medizinischen Diagnostik, Differentialdiagnostik und Behandlung, einschließlich der Pharmakotherapie somatischer Komorbiditäten sowie dem frühzeitigen Erkennen von gefährlichen Verläufen, die durch die Wechselwirkung von psychischen und körperlichen Faktoren entstehen. Diese Qualifikation ist bei nicht-ärztlichen PsychotherapeutInnen nicht gegeben und würde somit zu erheblichen Einschränkungen in der Versorgung der Patienten führen. Im Bereich der Psychosomatischen Medizin, die sich mit somatischen Manifestationen von psychischen Erkrankungen (z.B. Essstörungen, somatoforme Störungen) oder auch psychischer Komorbidität bei chronischen körperlichen Erkrankungen (z.B. Depression bei Herz-Kreislaufkrankungen)) befasst, ist eine ärztlich-medizinische Kompetenz im Rahmen der Visite und für die Gesamtbehandlungsplanung essentiell.</p>	<p>zent) sowie zu fast gleichen Teilen Angst- und Zwangserkrankungen (8 Prozent), Anpassungsstörungen (9 Prozent) und somatoforme Störungen (8 Prozent). Patienten mit diesen Diagnosen machten 82 Prozent der Behandlungen in der Psychosomatik im Jahr 2013 aus (Quelle: Statistisches Bundesamt, Tiefgegliederte Diagnosedaten 2013, eigene Auswertung). Die Behandlung von unipolaren Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen erfordert nicht in dem Maße psychosomatische Kompetenzen, wie es in der Stellungnahme dargestellt wird. Die Übertragung der Kompetenzen Vertragspsychotherapeuten, die in der ambulanten Versorgung Facharztstatus haben und die Behandlungsverantwortung übernehmen, ist somit auch für die stationäre Psychosomatik gerechtfertigt. Zumal durch die Festlegung der Regelaufgaben § 107 SGB V unberührt bleibt. Siehe auch die Tragenden Gründe der BPTK zu den Regelaufgaben.</p>
6.15	DKPM	<p>Zusammenfassung und Schlussbemerkung</p> <p>Der Entwurf, Stand 02.06.2021 nach Sitzung des UA QS, der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit</p>	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik- Richtlinie/PPP-RL) weist einige notwendige Änderungen und Präzisierungen auf, die das DKPM als wissenschaftliche Fachgesellschaft unterstützt und mit trägt. Es finden sich im Entwurf jedoch auch einige Feststellungen, die wegen ihrer Bedeutung für eine qualitativ hochwertige und sachgerechte Patientenversorgung Adaptationen benötigen:</p> <p>4. Der Personalaufwand in der Psychosomatik orientiert sich in erster Linie an der Intensität der psychotherapeutischen Leistung (Therapieeinheiten, „TE´s“) sowie dem somatisch-medizinischen Versorgungsaufwand. Vor diesem Hintergrund ist für die Festlegung der Personalmindestvorgaben sowie die Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche zusätzlich eine Erfassung der therapeutischen Leistungen als auch des medizinisch-somatischen Aufwands erforderlich. Diese Daten werden im Rahmen der PPP-RL Nachweise nicht erfasst. Im Rahmen der EPPIK-Studie wird eine geeignete und für die Einrichtungen repräsentative Datenbasis erstellt, die als Grundlage für die erstmalige Festlegung von Personalmindestvorgaben in der Psychosomatische Medizin genutzt werden sollte.</p>	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>5. Die Stärkung der Psychotherapie durch die Festlegung von Mindestvorgaben für Psychotherapeuten muss den Gegebenheiten des Fachgebietes Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Rechnung tragen und ärztliche und nicht-ärztliche Psychotherapeuten angemessen berücksichtigen. Die Festlegung der Minutenwerte für Psychotherapie in den verschiedenen Behandlungsbereichen sollte datenbasiert vorgenommen werden.</p> <p>6. Eine weitere Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche der Psychosomatischen Medizin ist dringend erforderlich. Hierzu braucht es aber eine angemessene empirische Datenbasis als Voraussetzung für die Ableitung von angemessenen Personalmindestvorgaben. Eine willkürliche Festlegung von Minutenwerten für die vorgeschlagenen Behandlungsbereiche P5 und P6 ist unangemessen und steht im Widerspruch zu den Zielen der PPP-RL.</p> <p>7. Die Differenzierung der Berufsgruppen gemäß §5 und der Anrechnungsmöglichkeiten gemäß § 8 ist im Hinblick auf eine qualitativ hochwertige und leitliniengerechte psychosomatische Behandlung von erheblicher Bedeutung. Hier würde die Zusammenfassung der Berufsgruppen nach Buchstabe d, e und f mehr therapeutisch sinnvolle Flexibilität ermöglichen und die Versorgungsqualität gegenüber der jetzt kleinteiligen Differenzierung</p>	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>(die eine starre Vorhaltung von Personal, das im Einzelfall gar nicht benötigt wird, vorschreibt) erheblich verbessern. Ansonsten droht die Vernachlässigung bestimmter Patientengruppen.</p> <p>8. Die Aussetzung der Ermittlung und Umsetzung der Personalmindestvorgaben sowie der Sanktionsmaßnahmen für psychosomatische Einrichtungen wird über den 31.12.2022 erforderlich sein, da erst im Jahr 2024 mit den Ergebnissen der EPPIK-Studie und damit der empirischen Grundlage für Personalmindestzeiten in verschiedenen Behandlungsbereichen gerechnet werden kann.</p> <p>9. Die spezialisierte Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung in den Behandlungsbereichen P2 und P4 (künftig ggf. P5, P6) kann qualitativ sachgerecht und leitliniengemäß nur durch einen Facharzt/-ärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erbracht werden, so wie es auch in der entsprechenden OPS-Prozedur 9-634 festgelegt ist (in Anlage 2 der PPP-RL zu präzisieren).</p>	
7	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN), 2. Juli 2021		
7.1	DGPPN	<p>Allgemeiner Hinweis: Die DGPPN befürwortet eine Erhöhung der Minutenwerte ärztlicher</p>	<p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>sowie nicht-ärztlicher Psychotherapeuten entsprechend dem Vorschlag der BÄK. Eine Ausweitung von Aufgaben nicht-ärztlicher Psychotherapeuten, für die eine entsprechende Qualifikation fehlt, wird abgelehnt. Ebenso abgelehnt werden das Behandlungsverbot bei Unterschreitung der Mindestvorgaben, da dies der regionalen Versorgungsverpflichtung widerspricht, sowie die Verlängerung der quartalsweisen Lieferpflicht um ein weiteres Jahr und die Verschärfung der Mindestvorgaben. Unterstützt wird eine Erweiterung der Anrechenbarkeit von Berufsgruppen.</p>	
7.2	DGPPN	<p>1. Psychotherapie in Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie Zu § 5 („Berufsgruppen“): Die Position von GKV-SV/DKG bzw. GKV-SV/DKG und BÄK wird unterstützt. Begründung: Psychotherapie wird von Fachkräften mit ärztlicher oder psychologischer Grundausbildung erbracht. Die unterschiedlichen zusätzlichen Kompetenzen der Berufsgruppen sollten durch die Zusätze „ärztlich“ bzw. „nicht-ärztlich“ eindeutig gekennzeichnet werden. Zu Anlage 1 („Minutenwertetabelle“):</p>	<p>DKG/GKV-SV/PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>DKG/GKV-SV zu den Anmerkungen zu Anlage 1:</p>

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

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellung- nehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>Die Position der BÄK hinsichtlich der Minutenwerte in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene sowie die Position der BÄK in den Tragenden Gründen zur Anpassung der Minutenwerte für die Psychotherapie wird unterstützt.</p> <p>Begründung:</p> <p>Das von der BÄK in den Tragenden Gründen vorgelegte Berechnungsschema für die Ermittlung des Zeitaufwands für die Erbringung von Psychotherapie erscheint plausibel: Zu dem patientenbezogenen Bedarf an Psychotherapie (in der Regel 100 Minuten Einzelpsychotherapie und 180 Minuten Gruppenpsychotherapie) [1-9] müssen, abhängig von der Sitzungs-häufigkeit und Gruppengrößen, Zeiten für Vor- und Nachbereitung berücksichtigt werden. Die Sitzungsdauer und -Frequenz sind von Patientenmerkmalen abhängig.</p> <p>Da sowohl ärztliche als auch nicht-ärztliche Berufsgruppen Psychotherapie gleichermaßen kompetent erbringen sollten die zusätzlichen Minutenwerte für Psychotherapie, wie von der BÄK vorgeschlagen, gleichmäßig auf beide Berufsgruppen verteilt werden. Die Austauschbarkeit der Berufsgruppen hinsichtlich der Erbringung von Psychotherapie bleibt davon unberührt.</p> <p>Es darf nicht, wie von der BPtK vorgeschlagen, zu einer einseitigen</p>	<p>Wir teilen die Auffassung, dass eine Verschiebung psychotherapeutischer Aufgaben allein zu nicht-ärztlichen Psychotherapeuten/-innen negative Auswirkungen hätte.</p> <p>Eine deutliche Erhöhung der Minutenwerte und damit der Mindestvorgaben wird jedoch vor dem Vorliegen jeglicher Informationen über die Einhaltung der Mindestvorgaben und den tatsächlichen Personaleinsatz sowohl in der Berufsgruppe der Ärzte/-innen auch als der Psychotherapeuten/-innen bzw. Psychologen/-innen abgelehnt, da eine Einschätzung über die Auswirkungen in der Praxis kaum möglich ist.</p> <p>BPtK: Der Vorschlag der BPtK sieht keine einseitige Verschie-</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>Verschiebung psychotherapeutischer Aufgaben hin zu nicht-ärztlichen Psychotherapeuten kommen. Eine solche Verschiebung würde die bei vielen, insbesondere schwereren Krankheitsbildern wichtigen zusätzlichen Kompetenzen ärztlicher Psychotherapeuten der Behandlung entziehen und einen ganzheitlichen biopsychosozialen Behandlungsansatz konterkarieren.</p>	<p>lung der Psychotherapie auf die psychotherapeutische Berufsgruppe vor. Gemäß der in der Realität auf Klinikebene bereits umgesetzten kooperativen Arbeitsteilung und Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen sieht der Vorschlag der BPtK lediglich eine Umverteilung von Minutenwerten vor, in deren Ergebnis Ärzte und Psychotherapeuten nahezu gleiche Minutenwerte pro Patient und Woche zur Verfügung haben. Aufgrund des breiteren Überlappungsbereich der Kompetenzen und Tätigkeitsprofile von Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen im Vergleich zu „Psycholog*innen“ bleibt den Ärzt*innen nach dem Vorschlag der BPtK sogar mehr Zeit für die psychotherapeutische Tätigkeit. Auch die Austauschbarkeit der beiden Berufsgruppen bleibt im Vorschlag der BPtK erhalten.</p>
7.3	DGPPN	<p>2. Regelaufgaben von Ärzten sowie von Psychotherapeuten Zu Anlage 4, Nummer 1 Buchstabe a („Regelaufgaben“): Die Positionen der DKG hinsichtlich der Regelaufgaben von Ärztinnen und Ärzten wird unterstützt. Begründung: Im Vorschlag der GKV-SV werden medizinische und psychothera-</p>	<p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. GKV-SV: Wir prüfen gerne Änderungsvorschläge der DGPPN und bitten um konkrete Formulierungsvorschläge.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>peutische Grundversorgung voneinander getrennt und einzeln beschrieben. Diese Trennung ist künstlich und nicht sinn-voll. Im Klinikalltag greifen medizinisch-somatische, psychiatrische und psychotherapeutische Aspekte ineinander und müssen regelhaft und zwingend im Zusammenhang betrachtet werden. Die Erhebung einer Fremdanamnese gehört regelhaft zur Diagnostik und die umfassende Therapieplanung erfolgt in der Gesamtbetrachtung medizinischer und psychosozialer/psychotherapeutischer Aspekte. In patientenbezogenen Verlaufsbesprechungen werden sowohl medizinische als auch psychotherapeutische Aspekte erörtert und insbesondere auch die möglichen Zusammenhänge reflektiert. Aktenführung und Entlassbericht spiegeln gerade diese Komplexität wider, die das Hauptmerkmal der psychiatrisch-psychotherapeutischen Grundversorgung durch Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus ist. Eine künstliche Trennung der beiden Aspekte wird der Komplexität nicht gerecht.</p>	
7.4	DGPPN	<p>Zu Anlage 4, Nummer 1 Buchstabe c:</p> <p>Die Positionen der BÄK hinsichtlich der Regelaufgaben von nicht-ärztlichen Psychotherapeuten wird unterstützt. Die Positionen der BPtK, inklusive Doppelbuchstabe cc („leitende Psychotherapeuten“), werden abgelehnt.</p>	<p>DKG/PatV/BÄK: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme sowie Verweis auf Nr. 7.3.</p>

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

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellung- nehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>Bei Buchstabe c, Nummer 2: Die „Bearbeitung gutachterlicher Fragestellungen auch in Bezug auf sozialrechtliche, familienrechtliche, strafrechtliche Fragestellungen“ wird abgelehnt.</p> <p>Bei Buchstabe c, Nummer 2: Die „Abklärung medizinischer, ..., juristischer und anderer Fragen“ wird abgelehnt.</p> <p>Begründung:</p> <p>Im Vorschlag der BPtK werden Ausweitungen in den Regelaufgaben nicht-ärztlicher Psychotherapeuten ohne eine Einschränkung auf psychotherapeutische Aspekte vorgenommen. Dies ist aus fachlichen Gründen abzulehnen. Nicht-ärztliche Psychotherapeuten können keine komplette Therapieplanung (Gesamtbehandlungsplan) vornehmen, da diese neben psychotherapeutischen Aspekten immer auch medizinisch-psychiatrische Aspekte, wie z. B. pharmakologische oder somatische Behandlungsmethoden, berücksichtigen muss, worin nicht-ärztlichen Psychotherapeuten eine entsprechende Qualifikation fehlt. Aus gleichem Grund sind auch ein „Monitoring und eine Anpassung der Behandlung im Rahmen von Visiten“ sowie die „Dokumentation der Erstaufnahme, des Verlaufs, Aktenführung, E-Berichte“ ohne Einschränkung auf psychotherapeutische Aspekte als Regelaufgaben für nicht-ärztliche Psychotherapeu-</p>	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>ten abzulehnen. Schließlich ist die Installierung von Parallelstrukturen von "Visiten der ltd. Psychotherapeut*in" abzulehnen.</p> <p>Auch die „Abklärung medizinischer, psychotherapeutischer, juristischer und anderer Fragen“ und die „Bearbeitung gutachterlicher Fragestellungen auch in Bezug auf sozialrechtliche, familienrechtliche, strafrechtliche Fragestellungen“ sind aufgrund einer fehlenden Qualifikation in den entsprechenden Bereichen als Regelaufgaben für nicht-ärztliche Psychotherapeuten abzulehnen.</p>	
7.5	DGPPN	<p>3. Behandlungsverbote</p> <p>Zu § 2 Abs. 2 („Behandlungsverbote“):</p> <p>Die Position von DKG/BÄK wird unterstützt.</p> <p>Begründung:</p> <p>In § 2 Abs. 2 der Richtlinie wird geregelt, dass die Behandlung nur zulässig ist, wenn die verbindlichen Mindestvorgaben eingehalten werden. Diese Regelung steht im Widerspruch zur regionalen Versorgungsverpflichtung der psychiatrischen Krankenhäuser. Dieser Widerspruch muss dringend aufgelöst werden. Die DGPPN unterstützt daher die Position von DKG/BÄK, diesen Absatz zu streichen.</p> <p>Maßnahmen zur Durchsetzung der Mindestvorgaben der Richtlinie</p>	<p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Der Kommentar bezieht sich auf einen bereits gelten Paragrafen, der den Kern der Richtlinie ausmacht: nämlich dass zur Behandlung von Patienten Mindestanforderungen an die Ausstattung mit therapeutischem Personal zu erfüllen sind. Mindestanforderungen sind Mindestanforderungen sind Mindestanforderungen. Das Krankenhaus hat über die Personalplanung dafür zu sorgen hat, dass Notfälle medizinisch fachlich korrekt behandelt werden. Ein chirurgischer Notfall mit OP-Indikation kann auch nur von einem Chirurgen operiert werden. Sollte sich die Anzahl der Aufnahmen mit einer gesetzlichen Unterbringung häufen, greift zudem der Ausnahmetatbestand nach § 18 Abs. 2.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>sind grundsätzlich sinn-voll – aber sie müssen dazu führen, dass zeitnah wieder eine ausreichende Personalbesetzung erreicht werden kann. Es ist jedoch die implizite Logik der PPP-RL, dass bei einer Unterschreitung der Personal-Untergrenzen die notwendigen Anstrengungen zur Wiederherstellung einer an Qualitätskriterien orientierten Behandlung nicht getroffen werden, sondern direkt eine Reduktion der Versorgung erfolgen muss. Patienten sollen dann an andere Krankenhäuser verwiesen werden. Dies widerspricht jedoch allen etablierten und erfolgreichen Grundsätzen einer gemeindeintegrierten Versorgung. Denn für Menschen mit psychischen Erkrankungen ist es in vielen Fällen aus medizinischen und sozialen Gründen nicht zumutbar, eine Behandlung weit abseits des eigenen Lebensumfeldes aufzusuchen – so sie überhaupt verfügbar wäre. Denn dort wäre zum einen die notwendige therapeutische Kontinuität und die erforderliche Nähe zum bestehenden sozialen Umfeld nicht mehr gegeben, zum anderen würde ein anderes Krankenhaus allein durch die Aufnahme von zusätzlichen Patientinnen und Patienten gegebenenfalls sogar selbst unter die Schwelle der Mindestbesetzung rutschen. Hier zeigt sich ein falsch verstandener Begriff von therapeutischer Leistung, der nur auf scheinbare Effizienz und Effektivität setzt. Behandlungsabbrüche mit fatalen Folgen für die Patienten sind in einem solchen System zu erwarten. Der Abbau von Behandlungskapazitäten in den Krankenhäusern bei gleichzeitigem</p>	<p>PatV: Dank und Kenntnisnahme. Im Prinzip eine nachvollziehbare Argumentation.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		Fehlen von alternativen Versorgungsstrukturen wird die Versorgung gefährden und droht, zu einem Rückfall in überholte und gefährliche Versorgungsstrukturen der 1970er Jahre zu führen.	
7.6	DGPPN	<p>4. Anrechnung</p> <p>Zu § 8 Abs. 3 („Anrechnung von Psychologen auf (z. B.) Spezialtherapeuten wird ermöglicht“):</p> <p>Die Position von DKG/BÄK/DPR wird unterstützt.</p> <p>Begründung:</p> <p>Der Vorschlag von DKG/BÄK/DPR bringt den Einrichtungen eine gewisse (notwendige) Flexibilität zur Umsetzung moderner Behandlungskonzepte und entspricht den Realitäten vor Ort, wo Regelaufgaben nicht immer von der primär dafür vorgesehenen Berufsgruppe übernommen werden. Eine Erweiterung der Anrechnungsmöglichkeiten ist daher zu begrüßen.</p>	<p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Ablehnung. Aufgrund der Rückmeldungen aus den Häusern, dass das Versorgungsgeschehen komplexer ist, als in den bisherigen Behandlungsbereichen abgebildet, die Conclusio zu ziehen, dass nun die Anrechnungsmöglichkeiten zwischen den Berufsgruppen großzügigst geöffnet werden, ist nicht zielführend. Es ist geradezu schädlich, da die Mindestvorgaben für die einzelnen Berufsgruppen außer Kraft gesetzt und die Richtlinie ad absurdum geführt wird; Höchstgrenzen für die Anrechnungen werden nicht vorgesehen. Der Nachweis, der die Aufwände für die einzelnen Berufsgruppen abfragt, wird verwässert und es damit fehlt künftig die empirische Grundlage für erforderlichen Änderungen der Minutenwerte und der Richtlinie.</p> <p>Der GKV-SV verweist zudem hier auch noch mal auf die Tragenden Gründe:</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
			<p>„Mit dem Vorschlag der DKG soll Rückmeldungen psychosomatischer Einrichtungen Rechnung getragen werden, dass die Mindestvorgaben, die von der Psychosomatik selbst vorgeschlagen worden sind, in den bisherigen Behandlungsbereichen nun doch häufig in der Pflege nicht erreicht werden, dafür jedoch häufig in der Berufsgruppe der PsychologInnen überfüllt werden.</p> <p>Die DKG schlägt nun vor, dass die Berufsgruppe der Psychologinnen und Psychologen auf die Berufsgruppe der Pflegefachpersonen, der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten der Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten und der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen angerechnet werden kann.</p> <p>Der GKV-SV verweist darauf, dass das Plenum bereits mit der RL-Änderung in § 16 Abs. 4 im Mai 2021 das Problem in der Psychosomatik adressiert hat (Verlängerung der Aussetzung der Ermittlung der Mindestvorgaben, des Umsetzungsgrades und der Sanktionen bei Nichteinhaltung in der Psychosomatik um ein Jahr bis zum 31.12.2022).</p> <p>Eine weitere Änderung in diesem Jahr ist nicht notwendig und sollte erst auf der Basis der empirischen Nachweisdaten erfolgen. Ggf. sind dann die Minutenwerte für die einzelnen Berufsgruppen anzupassen.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
7.7	DGPPN	<p>5. Nachweisverfahren</p> <p>Zu § 11 Abs. 13 („Nachweisverfahren“):</p> <p>Die Position der DKG wird unterstützt.</p> <p>Begründung:</p> <p>Die quartalsweise Lieferung der Nachweise stellt viele Krankenhäuser vor enorme Herausforderungen und verursacht unverhältnismäßige Aufwände in den Einrichtungen. Da auch für das Jahr 2020 bereits Nachweise zu liefern waren, ist der ursprünglich angedachte Sinn der Übergangsregelung insgesamt auch erfüllt und es liegen genügend Daten zur kurzfristigen Interpretation für die anstehenden Weiterentwicklungen zur Verfügung. Die von der GKV-SV geforderte Verlängerung der quartalsweisen Lieferpflichten um ein weiteres Jahr wird daher abgelehnt.</p>	<p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Gerade, weil die Situation in den Einrichtungen aufgrund der Corona-Pandemie derzeit von einer gewissen Unübersichtlichkeit geprägt ist, wird die Übergangszeit für das Nachweisverfahren und damit die quartalsweise Berichterstattung um ein Jahr verlängert. So kann der G-BA schneller auf Unwuchten oder die von der dgkjp angesprochene höhere Inanspruchnahme in der Pflichtversorgung reagieren.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
7.8	DGPPN	<p>6. Übergangsregelungen</p> <p>Zu § 16 Abs. 1 („Übergangsregelungen“):</p> <p>Die Position der DKG wird unterstützt.</p> <p>Begründung:</p> <p>Die Einrichtungen sind trotz aller Widrigkeiten bestrebt den Perso-</p>	<p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Ablehnung. Von einer Verschärfung der Mindestvorgaben zu sprechen, wenn zwischen den geforderten 90 % zum 1.1.2022 und 100 % zum 1.1.2024 die Stufe 95 % zum 1.1.2023 eingezogen wird, ist zumindest eine interessante</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>naleinsatz zu erhöhen. Dabei benötigen die Einrichtungen Planungssicherheit und müssen sich auf angekündigte Schritte verlassen können. Personalaufbau ist eine mittel- bis langfristige Angelegenheit und keine kurzfristige Reaktion. Die Verschärfung der Mindestvorgaben stellt viele Strategien in Frage und führt zu einer unverhältnismäßigen und unnötigen Verschärfung der Lage, da viele Krankenhäuser bis jetzt noch mit den Folgen von Corona zu kämpfen hatten und erst lang-sam in der Lage sind, sich weitergehend mit der PPP-RL auseinander zu setzen. Die Verschärfung, die Mindestvorgaben ab dem 1.1.23 zu 95 % zu erfüllen, ist daher abzulehnen. Der bisherige Zeitplan ist ohnehin ambitioniert genug.</p>	<p>These. Die Schärfe der Wortwahl deutet auf genau das hin, was dem GKV-SV aus den Kliniken zurückgemeldet wird: dass der Personalaufbau in den Kliniken nicht so voranschreitet, wie es notwendig wäre, um die Mindestanforderungen zum 01.01.2024 zu 100 Prozent zu erfüllen. Umso dringlicher ist die Einführung der neuen Stufe.</p>
7.9	DGPPN	<p>Die DGPPN schließt sich ansonsten den Positionen der Bundesärztekammer an.</p>	<p>GKV-SV/ DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
7.10	DGPPN	<p>Quellenangaben 1. Bandelow B, Lueken U, Wolff J et al (2016) Leitliniengerechte stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische/psychosomatische Behandlung von Angst-krankungen. Der Nervenarzt 87:302–310. https://doi.org/10.1007/s00115-016-0085-1 2. Berger M, Wolff J, Normann C et al (2015) Leitliniengerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung: Normative Personalermittlung</p>	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>am Beispiel Depression. Nervenarzt 86:542–548. https://doi.org/10.1007/s00115-015-4310-0</p> <p>3. Bohus M, Schmahl C, Herpertz SC et al (2016) Leitliniengerechte stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Der Nervenarzt 87:739–745. https://doi.org/10.1007/s00115-016-0132-y</p> <p>4. Hauth I (2016) Leitliniengerechte stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung. Der Nervenarzt 87:276–277. https://doi.org/10.1007/s00115-016-0092-2</p> <p>5. Kiefer F, Koopmann A, Godemann F et al (2016) Personalbedarfsermittlung für eine leitliniengerechte stationäre Qualifizierte Entzugsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit. Der Nervenarzt 87:295–301. https://doi.org/10.1007/s00115-015-0053-1</p> <p>6. Klein JP, Zurowski B, Wolff J et al (2016) Leitliniengerechte stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der Zwangsstörung. Der Nervenarzt 87:731–738. https://doi.org/10.1007/s00115-016-0112-2</p> <p>7. Mehl S, Falkai P, Berger M et al (2016) Leitlinienkonforme psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung für Patienten mit Schizophrenie. Der Nervenarzt 87:286–294. https://doi.org/10.1007/s00115-015-0056-y</p> <p>8. Pfennig A, Conell J, Ritter P et al (2017) Leitliniengerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung bei bipolaren Störungen: Welche Ressourcen werden dafür benötigt? Der Nervenarzt 88:222–233. https://doi.org/10.1007/s00115-016-0083-3</p>	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		9. Schnell K, Hochlehnert A, Berger M et al (2016) Leitlinienentsprechende stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der chronischen Depression. Der Nervenarzt 87:278–285. https://doi.org/10.1007/s00115-016-0084-2	
8	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V. (DFPP), 2. Juli 2021		
8.1	DFPP	<p>Allgemeiner Hinweis [...]</p> <p>Die vorliegenden Eingaben bezüglich der Anpassung der Minutenwerte dokumentieren sehr unterschiedliche Interessenslagen und teilweise auch eher frivole Forderungen der Einbringer. Für die Berufsgruppe der Pflegefachpersonen sind keinerlei Erhöhungen der Minutenwerte vorgesehen. Dabei haben sich in den vergangenen Jahren die Pflegebedarfe und Pflegeaufwände stark erhöht, was bislang nicht ausreichend abgebildet ist. Auch beziehen sich die aktuellen Minutenwerte der Pflege auf die Psych-PV-Tätigkeiten, und nicht das erweiterte Handlungsspektrum, das die Pflege heute übernimmt. Die DFPP hofft im Interesse der Patienten sehr, dass deren realen Hilfebedarfe und nicht die Aushandlungsgeschick einzelner Verbandvertreter am Ende maßgeblich für die Anpassungen der Minutenwerte sind.</p> <p>Bei den vorgeschlagenen Aktualisierungen der Tätigkeitsprofile fällt</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme. Wir begrüßen es sehr, wenn die DFPP zeitnah ihren Vorschlag zur Aktualisierung der Tätigkeitsprofile in die Arbeit der AG einbringt.</p> <p>BPTK: Die BPTK zeigt sich verwundert über die Wortwahl „frivole Einbringungen“ und weist diese als unsachlich zurück.</p> <p>Dass sich die eingebrachten Vorschläge bei dieser Richtlinienweiterentwicklung vornehmlich auf die Psychotherapeut*innen beziehen ist der Tatsache geschuldet, dass es einen gesetzlichen Auftrag zur Mindestvorgaben für Psychotherapeut*innen einschließlic der Anpassungen der Regelaufgaben mit Frist gibt. Auch die BPTK hält es für erforderlich die anderen Berufsgruppen und Regelaufgaben zu einem späteren Zeitpunkt zu überarbeiten und an die heutigen Kompetenzprofile anzupassen.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme zur Forderung der Anpassung der Minutenwerte für alle Berufsgruppen,</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>auf, dass die durch Kammer vertretenden Berufsgruppen umfangreiche Änderungen vortragen, während für Pflegefachpersonen und Spezialtherapeuten keine Aktualisierungen vorgesehen sind. Wir begegnen diesem Sachverhalt mit großem Unverständnis. Die DFPP hatte bislang in JEDER Stellungnahme zur PPP-RL deutlich auf diesen Aktualisierungsbedarf hingewiesen. Die Ausweitung der Tätigkeiten der Pflege in der Krankenhausbehandlung wurden in einigen jüngeren Studien beschrieben^{1,2,3}.</p>	<p>wie von der PatV gefordert.</p>
8.2	DFPP	<p>Zu § 2 Absatz 1 „jederzeit“ streichen ??? Die DFPP schließt sich dem GKV-SV, PatV und BPTK an. „evidenzbasiert und“ einfügen Die DFPP schließt sich der DKG an. Begründung: Die DFPP schließt sich den TG des GKV-SV an. Der Begriff „Leitliniengerecht“ beinhaltet „evidenzbasiert“ und empfiehlt darüberhinaus „konsentiert Evidenz“ zu implementieren.</p>	<p>DKG zu „jederzeit“: Der Begriff muss beibehalten werden. Um die Mindestvorgaben einhalten zu können, müssen die Krankenhäuser kontinuierlich nicht nur das Personal, sondern auch die Patientenbelegung steuern. Eine psychiatrische Fachklinik oder Fachabteilung in einem Allgemeinkrankenhaus kann jedoch auf die Akutaufnahmen (häufig über 70%), von denen die meisten als Notfall deklariert sind, kaum Einfluss nehmen. Um Mindestvorgaben auch bei Personalausfällen etc. einrichtungs- und quartalsbezogen einhalten zu können, müssen sie über das Personal für eine leitliniengerechte Versorgung verfügen. Krankenhäuser haben zudem den Anspruch nicht nur im Tagdienst sondern jederzeit eine leitliniengerechte Versorgung sicherzustellen. Dies ist nur mit der Vereinbarung von ausreichend Personal sicherzustellen.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
			<p>DKG zu „evidenzbasiert und“: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
8.3	DFPP	<p>Zu § 2 Absatz 2 (Streichung)</p> <p>Die DFPP schließt sich der GKV-SV und der PatV an.</p> <p>Begründung:</p> <p>Die aktuelle Formulierung lautet, dass eine Behandlung „grundsätzlich“ nur zulässig sei, wenn Mindestvorgaben erfüllt sind, denn dieser Passus nennt grundlegende Prinzipien. Die Argumente der DKG beziehen sich auf die konkrete Operationalisierung/Ausgestaltung, die an anderer Stelle geregelt wird und die natürlich Belegungsschwankungen und haftungsrechtlichen Fragen gerecht werden muss.</p>	<p>DKG: Insbesondere, da es sich um einen Grundsatz der Richtlinie handelt, ist dieser zu streichen. Der Grundsatz wird mit keiner darauffolgenden Regelung aufgehoben. Die in § 10 PPP-RL aufgeführten Ausnahmetatbestände sind die einzigen Fälle, in denen eine Nichteinhaltung der Mindestvorgaben nicht sanktioniert wird. Neben den Sanktionen ist auch die Ausgestaltung der Mindestvorgaben nicht mit dieser Regelung vereinbar. Vor dem Hintergrund von § 6 Absatz 4 PPP-RL ist erst am Ende des Quartals die Mindestvorgabe bekannt, da erst am Ende sicher gesagt werden kann, ob die Mindestvorgabe auf Basis des Vorjahresquartal oder des aktuellen Quartals zu ermitteln war. Zu dem Zeitpunkt wurden womöglich schon Notfälle aufgenommen, deren Aufnahme laut § 2 Absatz 2 verboten – gleichzeitig in Anbetracht der regionalen Pflichtversorgung aber auch verpflichtend war.</p> <p>GKV-SV/PatV: Zustimmungende Kenntnisnahme.</p>
8.4	DFPP	<p>Zu § 3</p> <p>Ergänzung neuer Behandlungsbereiche A8, P5 und P6</p>	<p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Kenntnisnahme und Verweis auf Kommentar zu Nr.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>Die DFPP plädiert für die Einführung des zusätzlichen Behandlungsbereichs A8.</p> <p>Die DFPP plädiert gegen die Einführung der zusätzlichen Behandlungsbereiche P5 und P6.</p> <p>Begründung:</p> <p>Die Notwendigkeit für Behandlungsbereich A8 ist unstrittig.</p> <p>Die Notwendigkeit für die Behandlungsbereiche P5 und P6 erschließt sich uns nicht, wir folgen den TG der DKG.</p>	<p>5.3.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
8.5	DFPP	<p>Zu § 5 Absatz 1</p> <p>b):</p> <p>Die DFPP schlägt geringfügig modifizierten Text nahe dem Vorschlag des DPR und der PatV vor.</p> <p>„Pflegefachpersonen mit einer Weiterbildung im Bereich Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie oder mit Hochschulabschluss (Bachelor/Master) im Bereich der Psychiatrie/Psychosomatik.“</p> <p>Begründung:</p> <p>Wünschenswert ist, dass mittelfristig auch in Deutschland Master-</p>	<p>AG zu b): Der Vorschlag zur Aufnahme des Masters wird gerne umgesetzt.</p> <p>GKV-SV/PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>Absolvent:innen in der direkten Patientenversorgung tätig sind. In absehbarer Zeit wird auch die Weiterbildung noch hohe Relevanz haben.</p> <p>a, c): Die DFPP schließt sich Vorschlag des GKV-SP, des DPR, der BÄK und der PatV an.</p> <p>Begründung: siehe TG.</p>	
8.6	DFPP	<p>Zu § 5 Absatz 2</p> <p>Die DFPP schließt sich Vorschlag des GKV-SP, des DPR, der BÄK und der PatV an.</p>	<p>DKG/GKV-SV/PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>
8.7	DFPP	<p>Zu § 6 Absatz 1</p> <p>Die DFPP schließt sich Vorschlag des GKV-SV an.</p>	<p>DKG: Kenntnisnahme, aber keine Übernahme (siehe Tragende Gründe der DKG zu § 6 Absatz 1).</p> <p>GKV-SV: Dank und Zustimmung.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
8.8	DFPP	<p>Zu § 7 Absätze 1 und 6</p> <p>Die DFPP unterstützt die vorgeschlagenen Änderungen.</p>	<p>DKG/GKV-SV/PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
8.9	DFPP	<p>Zu § 8 Absatz 3</p> <p>Die DFPP weist alle Überlegungen, ärztliche und psychologische Mitarbeiter:innen auf Stellen der Pflege anzurechnen mit ausgesprochener Verwunderung zurück. Die DFPP schließt sich somit dem Vorschlag des GKV-SV an.</p> <p>Begründung:</p> <p>Pflege nimmt eine Vielzahl von Aufgaben wahr und hält ihr Angebot an Patienten 24/7 aufrecht. Die Breite des Kompetenzprofils befähigt Pflegefachpersonen in der engmaschigen Krisenbegleitung, in der Alleinverantwortung nachts oder am Wochenende, bei der Bewältigung akuter Konflikte, beim Umgang mit hoher Symptomlast und in weiteren herausfordernden Situationen die richtigen Angebote zu machen. Der Pflege die „therapienahen“ Aufgaben abzunehmen und Pflegehandeln auf kompensatorische Hilfen und Sicherheit zu reduzieren, schadet den gesamten Prozessen während der Krankenhausbehandlung. Möglicherweise wissen einige Personen nicht, dass Krankenhauspatienten auch nach 16:30 Uhr und an Wochenenden große Nöte, akute Krisen und drängende Bedürfnisse aufweisen und schnelle und wirksame Angebote brauchen. Außerdem: führen Pflegefachpersonen edukative oder cotherapeutische Ange-</p>	<p>DKG: Das Ziel dieser Regelung ist die Schaffung von mehr Flexibilität bei gleichzeitiger Vermeidung von Fehlanreizen. Keineswegs sollen der Pflege „therapienahe“ Aufgaben abgenommen werden. Die Regelung stellt ausschließlich eine Möglichkeit zur Berücksichtigung verschiedener Behandlungskonzepte dar. Dass 24/7 ausreichend Pflege zur Verfügung stehen muss, steht außer Frage. Zu berücksichtigen ist, dass die Mindestvorgaben jedoch den Tagdienst betreffen. Die Regelaufgaben der Pflege sollen in einem nächsten Schritt der Weiterentwicklung überarbeitet und an die heutige Versorgungsrealität angepasst werden. Hierbei sollen auch die therapeutischen Aufgaben noch stärker berücksichtigt werden. Eine Reduktion dieser Aufgaben findet mit der neuen Möglichkeit der Anrechnung nicht statt und ist auch für die Zukunft nicht vorgesehen.</p> <p>DKG/DPR zum Vorschlag der Anrechnung auf die Berufsgruppe der Ärzte: Wir danken für den Hinweis und werden diesen bei der Weiterentwicklung der Richtlinie berücksichtigen.</p> <p>GKV-SV/BÄK/PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme für den ersten Teil Ihres Kommentars. Eine Anrechnung von</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>boten durch, geben sie diesen oft andere Impulse, da Hilfebedarfs- erfassung und Begleitung Lebensweltbezug und Alltagshandeln im Fokus haben. Zudem begleiten Pflegefachpersonen den Transfer der Therapieimpulse in das Alltagshandeln der Patienten. Neben dem aufgezeigten Schaden für die Patientenversorgung führt droht auch eine weiteren Deprofessionalisierung der personenstärksten Berufsgruppe, wenn andere Berufsgruppen „therapienahe“ Aufgaben aus der Pflege her-ausschneiden. Und sofern die Berufsgruppen diese Leistungen nicht 24/7 erbringen wollen, gefährden sie auch die Aufrechterhaltung der 24/7-Dienstplanung.</p> <p>Neben diesen Argumenten schlagen wir vor, dass folgender Zusatz §8 Absatz 5 ergänzt wird: (dass) „Berufsgruppe nach § 5 Absatz 1 Buchstabe a und Absatz 2 Buchstabe a: 10 % der VKS-Mind“ Hilfskräfte (angerechnet werden können).</p> <p>Begründung:</p> <p>Die Gefahr einer grenzenlosen Anrechnung der Berufsgruppen zwischen a und c und allen anderen ohne die Möglichkeit Hilfskräfte in a) anzurechnen zu können besteht darin, dass eine Anrechnung von z.B. b) nach a) missbräuchlich genutzt wird um Anrechnungen für Hilfskräfte zu ermöglich. Dies muss unbedingt vermieden werden. Schon in den Nachweisen der alten PsychPV gab es genügend</p>	<p>Hilfskräften auf Ärzte unterstützt der GKV-SV nicht. Delegation von Leistungen und Anrechnung von Berufsgruppen sind darüber hinaus voneinander zu trennen.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>Schlupflöcher um Unterstützungsleistungen aus allen möglichen Bereichen auf den Pflegedienst anzurechnen. Sollte diese Regelung so kommen, handelt es sich um einen handfesten Skandal.</p> <p>Grundsätzlich halten wir eine Regelung zur Anerkennung über die Berufsgruppen hinweg für sinnvoll, wenn dies mit Leitplanken und klaren Regelungen und Grenzen einhergeht.</p>	
8.10	DFPP	<p>Zu § 8 Absatz 6</p> <p>Die DFPP enthält sich.</p>	<p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
8.11	DFPP	<p>Zu § 11 Absatz 8</p> <p>Die DFPP schließt sich der DKG und der BÄK an.</p>	<p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>
8.12	DFPP	<p>Zu § 11 Absatz 13</p> <p>Die DFPP enthält sich.</p>	
8.13	DFPP	<p>Zu § 12</p> <p>Die DFPP enthält sich.</p>	<p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
8.14	DFPP	<p>Zu § 16 Absatz 1</p> <p>Die DFPP schließt sich im gesamten § 16 den Vorschlägen von GKV-</p>	<p>DKG: Die Erhöhung der Mindestvorgabe wird abgelehnt, da bisher keine Daten bezüglich der Umsetzung der Mindestvorgaben vorliegen, so dass eine Erhöhung der Mindestvorgaben</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>SV und PatV an.</p> <p>Begründung:</p> <p>Die DFPP schließt sich den TR des GKV-SV an.</p>	<p>in der Übergangszeit bis 2024 eine unangemessene Verschärfung ohne jegliche Bewertungsgrundlage darstellt.</p> <p>GKV-SV/PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>
8.15	DFPP	<p>Zu Anlage 1 – Minutenwerte</p> <p>Die DFPP verweist auf die Studie der BFLK (20204), nach der die Berufsgruppe der Pflege in den meisten Settings deutlich mehr Personal braucht. Am stärksten muss die Personalbemessung für Intensivpatienten*, gerontopsychiatrische und demente (oder anderweitig funktional deutlich eingeschränkte) Patienten sowie für tagesklinische Patienten nach oben angepasst werden (*die mit der Einführung der PPP-RL vollzogene Erhöhung um 10% wird den tatsächlich gewachsenen Bedarfen nicht gerecht). Zudem werden die aktuellen Minutenwerte nicht dem erweiterten Handlungsspektrum der Pflege gerecht (die Minutenwerte basieren auf dem veralteten Tätigkeitskatalog der Psych-PV).</p> <p>Daher fordern wir die Minutenwerte für die Pflege den sicher ebenfalls notwendigen Anpassungen der Minutenwerte in allen Berufsgruppen prozentual anzupassen.</p> <p>Vollkommen ungerechtfertigt sind die Minutenvorgaben für die tagesklinische Behandlung. Sie liegen für die A6, S6 und G6-Patienten</p>	<p>DKG/GKV-SV: Die PPP-RL regelt Mindestvorgaben an die Personalausstattung und keine Personalbemessungsgrundlage. Eine über die Mindestvorgaben hinaus für leitliniengerechte Versorgung erforderliche Personalausstattung ist gemäß § 2 Absatz 10 PPP-RL auf der Ortsebene zu vereinbaren. Die große Herausforderung, die dadurch entsteht, dass derzeit ausschließlich eine Mindestvorgabe und kein Personalbemessungsstandard zur Verfügung steht, muss in der Zukunft behoben werden. Dies erfolgt jedoch nicht durch eine Erhöhung der Mindestvorgaben auf Niveau eines Personalbemessungsstandards.</p> <p>Eine Anpassung der Minutenwerte und der Tätigkeitsprofile wird jedoch im Rahmen der Weiterentwicklung der Richtlinie geprüft.</p> <p>BPtK: Danke für die Hinweise. Eine Anpassung der Minutenwerte für die Pflege sollte zeitnah bei den nächsten Weiterentwicklungen der Richtlinie berücksichtigt werden.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>schon längst abenteuerlich weit unter den realen Bedarfen. Es besteht Einigkeit, dass die Tageskliniken heute eine ganz andere Klientel versorgen, als zu Zeiten in denen die Psych-PV verabschiedet wurde. Die Patienten der Tageskliniken weisen mehr funktionale Beeinträchtigungen auf sowie akutere Krisen mit höherer Symptomlast – beides geht in besonderem Maße mit höheren Pflegebedarfen einher.</p> <p>Absolute Unkenntnis der Sachlage dokumentiert der Rechenweg für die Minutenwerte der neuen Tageskliniksettings. Hier wurde ausgehend von der Regelbehandlung (über 7 Tage und 14 Std am Tag) prozentual auf die Tagesklinik-Therapiezeiten heruntergerechnet (und noch nicht mal eine Orientierung an den Öffnungszeiten der Tagesklinik vorgenommen). Pflegeminuten wurden mit dem Faktor $40 / 101,5 = 0,3941$ gerechnet. Das unterstellt, dass Pflegebedarfe und Pflegeaufgaben sich an 7 Tage und 14 Std am Tag gleichbleibend sind. Ignoriert wird, dass Gesprächs- und Hilfebedarfe, denen Pflegenden im stationären Setting während 14 Std. gerecht werden können, sich in den 8,5 h Anwesenheit in der Tagesklinik kumulieren. Ignoriert wird, dass Pflege viele Aufgaben gemeinsam mit Therapeuten oder im Kontext von Therapieangeboten wahrnimmt, also im Zeitraum zw. 8 und 16:30 Uhr. Ignoriert wird, dass in einigen Settings die Pflegebedarfe an Wochentagen höher sind, als an Wochenenden.</p>	<p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme, insbesondere zu der Forderung, „die Minutenwerte für die Pflege den sicher ebenfalls notwendigen Anpassungen der Minutenwerte in allen Berufsgruppen prozentual anzupassen“. Wie von der PatV gefordert.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		Die DFPP fordert die Neukalkulation der Minutenwerte für alle Tageskliniken, insbesondere für die Bereiche A8 und P6, auf Basis eine Prüfung von realen Bedarfen.	
8.16	DFPP	<p>Zu Anlage 4 – Regelaufgaben</p> <p>Die vorliegenden Tätigkeitsprofile der Psych-PV entstammen dem Berufsbild der Pflege der 1980er Jahre und ignorieren den Professionalisierungsschub der Berufsgruppe wie auch die Weiterentwicklungen der Psychiatrischen Versorgung und die Änderungen der Hilfebedarfe der Patienten. Immerhin war die Entwicklung der Psych-PV noch von einem umfänglichen Konsentierungsprozess begleitet, was für die Personalbedarfsbemessung der Psychosomatik nicht zutrifft (das dokumentiert schon allein der anachronistische und peinliche Begriff „Schwestern-Visite“!). Aktuelle Beschreibungen der Tätigkeiten der Pflege liegen vor^{1,2,3}.</p> <p>Die DFPP fordert, die Berechnung der Minutenwerte für die Pflege anhand zeitgemäßer und patientenorientierter Aufgabenbeschreibungen vorzunehmen.</p>	<p>DKG/GKV-SV /BPtK: Die Regelaufgaben der Pflege sollen im kommenden Jahr geprüft und angepasst werden.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Wie von der PatV gefordert.</p>
		Quellen	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>(1) Scheydt, S., & Holzke, M. (2018). Aufgaben und Tätigkeiten der Pflege in der stationären Allgemeinpsychiatrie - eine Literatursynthese. <i>HeilberufeScience</i>, 9(3-4), 59-65. https://doi.org/10.1007/s16024-018-0317-3</p> <p>(2) Scheydt, S., Holzke, M., & Sauter, D. (2019). Aufgaben und Tätigkeiten der Pflege in der stationären Allgemein-psychiatrie - Ergebnisse einer Delphi-Studie [Tasks and Activities of Nurses in Inpatient General Psychiatry - Results of a Delphi-Study]. <i>Psychiatrische Praxis</i>, 46(6), 324-329. https://doi.org/10.1055/a-0853-0187</p> <p>(3) Sauter, D., Löhr, M., Scheydt, S., Anderl-Doliwa, B., & Vilsmeier, F. (2020). Die Tätigkeiten der Pflege in der klinischen Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik - ein Update. <i>Pflege & Gesellschaft</i>, 25(4), 293-306. https://doi.org/10.3262/P&G2004293</p> <p>(4) Löhr, M., & Sauter, D. (2020). Personalbedarf der Pflege in unterschiedlichen Settings der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik: Eine Studie der Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e.V. Retrieved from https://bflk.de/artikel_content/rklessmann/BFLK-Studie-2020.pdf</p>	
9	Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung e.V. (DGPSF), 2. Juli 2021		
9.1	DGPSF	<p>Allgemeiner Hinweis</p> <p>Gemäß §136a Absatz 2 SGB V ist es das Ziel der geplanten Richtlinienänderungen sicherzustellen, dass Patientinnen und Patienten mit psychischen bzw. psychosomatischen Erkrankungen ausreichend psychotherapeutisch versorgt werden, nicht zuletzt auf vor</p>	<p>BPtK: Dank und Zustimmung zur Stellungnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>dem Hintergrund entsprechender AWMF-Leitlinien. Hierfür sollen Mindestzahlen an vorzuhaltenden Psychotherapeut*innen festgelegt werden.</p> <p>Die DGPSF unterstützt dieses Ziel nachdrücklich. Die vorgeschlagenen Änderungen sind nach Einschätzung der DGPSF insgesamt gut nachvollziehbar. Zu den dissidenten Änderungsvorschlägen möchte die DGPSF im Folgenden Stellung nehmen. Diese sind jeweils mit Bezug zu den entsprechenden Änderungsvorschlägen (jeweils unterstrichen) aufgeführt bzw. es wird darauf verwiesen, welche der Änderungsvorschläge in der PPP-RL jeweils von der DGPSF befürwortet wird.</p>	
9.2	DGPSF	<p>Zu § 5 Berufsgruppen</p> <p><i>(1) c) und (2) c) „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (nicht-ärztlich)“ (s. auch Anlage 4 und an anderen Stellen)</i></p> <p>Die DGPSF befürwortet die Streichung des Zusatzes „nicht ärztlich“, da nicht erforderlich und nicht sachgerecht (vgl. Vorschlag der BPtK).</p> <p>Begründung: Da die Berufsgruppe „Ärztinnen und Ärzte (einschließlich ärztlicher Psychotherapeut-innen und Psychotherapeuten“ bereits unter (1) a) explizit genannt wird, ergibt sich unmittelbar, dass es sich bei den im Folgenden genannten Berufsgruppen nicht um Ärzt*innen handelt. Hinzukommt, dass ein Vergleich der Normen</p>	<p>DKG/GKV-SV: Der Passus „nicht-ärztlich“ wird zur Abgrenzung zu den ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verwendet. Ohne Nennung dieses Zusatzes bei gleichzeitiger Aufführung ärztlicher Psychotherapeuten/-innen in der Berufsgruppe a könnten Missverständnisse aufkommen. Es könnte sich durchaus die Frage stellen, ob ärztliche Psychotherapeuten/-innen in beiden Berufsgruppen berücksichtigt sind. Der Zusatz „nicht-ärztlich“ wird daher beibehalten.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>von SGB, StGB und PsychThG ergibt, dass der Zusatz „nicht-ärztlich“ nicht erforderlich ist. In gewisser Weise ergibt sich sogar ein Widerspruch zu den Normen des SGB (z.B. §§28 Abs.3; 87b Abs. 2; 95 Abs. 13) und des StGB (z.B. §132a Abs. Nr. 2) und des PsychThG (§1 Abs. 1). Auch wird beim gesetzlichen Auftrag gemäß § 136a Absatz 2 SGB V ausdrücklich auf Psychotherapeut*innen gemäß § 28 Absatz 3 Satz 1 SGB V, d.h. Psychologische Psychotherapeut*innen (PP), Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen (KJP) sowie Psychotherapeut*innen gemäß § 1 Absatz 1 Satz 1 des PsychThG Bezug genommen wird.</p>	
9.3	DGPSF	<p><i>(2) c)sowie Diplom-Psychologinnen und Diplom Psychologen oder Master in Psychologie.</i></p> <p>Psycholog*innen (Diplom oder Master) ohne Approbation und nicht in Ausbildung zu PP/KJP sollten nur noch für eine Übergangszeit angerechnet werden können (s.u.) und deshalb hier nicht mehr aufgeführt werden. Die DGPSF befürwortet den Änderungsvorschlag der BptK.</p>	<p>DKG: Kenntnisnahme (s. Tragende Gründe).</p> <p>GKV-SV: Kenntnisnahme und Verweis auf die Stellungnahme der dgkjp und des BDP.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>
9.4	DGPSF	<p>Zu § 8 Anrechnung von Berufsgruppen</p> <p><i>(3) und</i></p>	<p>DKG/GKV-SV: Nach wie vor arbeiten auch berufserfahrene klinische Psycholog*innen ohne Approbation in den Einrichtungen der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Aus fachlichen und arbeitsrechtlichen Gründen ist</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>(6) <i>Änderungsvorschlag BPtK</i>: „Bei der tatsächlichen Personalausstattung gemäß §7 können Diplom-Psychologinnen und Master-Diplom Psychologinnen und Psychologen, die keine Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin oder zum Psychologischen Psychotherapeuten absolvieren, auf die Berufsgruppe §5 Abs. 1 c und Diplom- und Master-Psychologinnen und -Psychologen, die keine Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten absolvieren, auf § 5 Absatz 2 Buchstabe c bis zum 1. September 2035 angerechnet werden. In begründeten Einzelfällen ist eine Anrechnung auch über diese Frist hinaus möglich.“</p> <p>Die DGPSF befürwortet die Änderungsvorschläge der BPtK.</p> <p>Begründung: Psycholog*innen ohne Approbation und nicht in Ausbildung zu PP/KJP sollten nur noch für eine Übergangszeit angerechnet werden können. Dies erscheint als Maßnahme des Bestandschutzes gerechtfertigt, auch können klinische Psycholog*innen nach Ende der Übergangszeit in gewissem Umfang weiterhin angerechnet werden.</p> <p>Die nur noch übergangsweise Anrechnung von Psycholog*innen ohne Approbation und nicht in PP-/KJP-Ausbildung ist in verschiede-</p>	<p>eine Berücksichtigung dieser Berufsgruppe nach wie vor gerechtfertigt, zumal ein „Aussterben“ des Psycholog*innenberufs mit seinen besonderen Spezialisierungen nicht zwingend zu erwarten ist. Es ist zudem unklar, wie groß die Gruppe genau ist. So dass derzeit überhaupt nicht abgeschätzt werden kann, welche Auswirkungen der Ausschluss von Psychologen/-innen ohne Approbation in der Praxis hätte. Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass die Berufsbezeichnung „Klinische Psycholog*in“ im europäischen und internationalen Vergleich wesentlich gebräuchlicher ist als die Berufsbezeichnung „Psychotherapeut*in“. Ein Ausschluss könnte sich damit auch auf zukünftigen Einsatz von ausländischem psychologischem Fachpersonal negativ auswirken.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>ner Hinsicht gut begründet und ist umsetzbar. Zum einen ist der Anteil von klinischen Psycholog*innen seit In-Kraft-Treten des PsychThG am 1.1.99 stetig zurückgegangen. Zum anderen hat die Umstellung der Studiengänge Psychologie bereits begonnen, im Sommer 2023 werden die ersten nach neuem PsychThG approbierten Absolvent*innen der entsprechenden Psychologiestudiengänge verfügbar sind.</p>	
9.5	DGPSF	<p>Zu Anlage 1: Minutenwerttabellen (S. 21 PPP-Richtlinie)</p> <p>Die DGPSF befürwortet die Änderungsvorschläge der BPTK.</p> <p>Begründung: Die Änderung der PPP-Richtlinie hat zum Ziel, die psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verbessern. Dies setzt eine entsprechende Erhöhung der Minutenwerte für Psychotherapie voraus. In der ambulanten Versorgung erhalten Patient*innen in der Regel 50 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche. Gerade weil die stationäre Behandlung dann indiziert ist, wenn eine ambulante Behandlung als nicht mehr ausreichend eingeschätzt wird, ist sachlich gut begründet, dass pro Patient im Durchschnitt 100 Minutenwerte Einzelpsychotherapie vorgehalten werden sollen. Grundsätzlich kann Psychotherapie austauschbar von Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen erbracht werden.</p>	<p>DKG/GKV-SV: Mit der PPP-RL werden Mindestvorgaben und kein Personalbemessungsstandard festgelegt. Letzterer würde umfassen, wie viel Personal durchschnittlich für leitliniengerechte Behandlung vorgehalten werden sollte. Eine Mindestvorgabe hingegen regelt, wie viel Personal verpflichtend mindestens vorgehalten werden muss. Bisher liegen keine Daten bezüglich der Umsetzung der Mindestvorgaben und den vorgenommenen Anrechnungen vor. Erst auf Basis einer Datengrundlage kann über eine Anpassung der Mindestvorgaben und deren Auswirkungen beraten werden.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>Die von der BPTK vorgeschlagenen Minutenwerte für Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen für die verschiedenen Aufgaben begründen sich in der größeren Überlappung der ärztlichen und psychotherapeutischen Aufgabenbereiche, durch u.a. Ärzt*innen bei Aufgaben in der Grundversorgung durch Psychotherapeut*innen entlastet werden können und somit auch mehr psychotherapeutische Aufgaben übernehmen können.</p>	
9.6	DGPSF	<p>Zu Anlage 4: Regelaufgaben</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) – Erwachsenenpsychiatrie 2. Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) – Kinder- und Jugendpsychiatrie <p><i>1 c sowie 2 c. Regelaufgaben der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten</i></p> <p>Die DGPSF befürwortet die Änderungsvorschläge der BPTK.</p> <p>Begründung: In Anlage 4 - 1 c) bzw. 2 c) sollen die Regelaufgaben auf Grundlage des Kompetenzprofils von Psychotherapeut*innen festgelegt werden. Hierfür sollten die Kompetenzen der Vertragspsychotherapeut*innen gemäß Richtlinien des G-BA auf die Tätigkeit im stationären Setting übertragen werden. Es sei darauf hingewiesen, dass Psychotherapeut*innen in der vertrags-ärztlichen Versorgung Facharztstatus haben, verbunden mit der Übertragung umfassender</p>	<p>DKG/GKV-SV: Die Regelaufgaben der Berufsgruppe a und c wurde an die heutigen Tätigkeitsfelder in der stationären Versorgung der Allgemeinen Psychiatrie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Psychosomatik angepasst. Dabei wurden insbesondere die gewachsene Bedeutung der Psychotherapie, die Möglichkeiten der Austauschbarkeit der beiden Berufsgruppen untereinander und die innere Kohärenz der Richtlinie beachtet. Die Erfordernisse der ärztlichen Leitung gemäß § 107 SGB V werden davon nicht berührt. Aus diesem Grund wird die Aufnahme der Regelaufgaben von leitenden Psychotherapeuten/-innen abgelehnt.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>Verordnungsbefugnisse. Es besteht kein Grund, weshalb die Regelaufgaben von Psychotherapeut*innen in Kliniken nicht analog zu deren Aufgaben in der vertragsärztlichen Versorgung festgelegt werden sollten, zumal weder im SGB V, PsychThG noch Approbationsordnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung unterschieden wird.</p> <p>Dies entspricht auch dem Willen des Gesetzgebers, der in seiner Gesetzesbegründung zu den Mindestvorgaben für Psychotherapeut*innen ausgeführt hat, dass die Berufsbilder des PP und des KJP entsprechend der dieser Berufsgruppe zukommenden Aufgabewahrnehmung in den Mindestvorgaben zu berücksichtigen sei.</p> <p>Die ärztliche Letztverantwortung durch den leitenden Arzt/Chefarzt gemäß §107 SGB V bleibt von der Festlegung der Regelaufgaben für Psychotherapeut*innen in der Klinik analog zu denen der Vertragspsychotherapeut*innen unberührt. Diese Letztverantwortung ist durch eine entsprechende Behandlungsorganisation sicherzustellen, die Festlegung der Regelaufgaben steht hierzu in keinerlei Widerspruch oder schränkt diese gar ein. Vielmehr sollte es im Interesse der Kliniken sein, Psychotherapeut*innen gemäß ihres Kompetenzprofils einzusetzen.</p> <p>Eine Einschränkung der Regelaufgaben durch Zusätze wie „in Bezug auf Psychotherapie/-Psychologie“ ist unbegründet, da es sich um</p>	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>Regelaufgaben für „Psychotherapeut*innen“ (s. Überschrift 1 c) bzw. 2 c)) handelt. Hinzukommt, dass zu den Aufgaben von Psychotherapeut*innen durchaus die Indikation für weitere Therapien gehört (s. Aufgaben der Vertragspsychotherapeut*innen). In der Approbationsordnung ist bereits geregelt, dass Psychotherapeut*innen keine somatomedizinischen Aufgaben übernehmen dürfen, dies erübrigt den jeweiligen Zusatz „in Bezug auf Psychotherapie“.</p>	
9.7	DGPSF	<p><i>1 cc: „Regelaufgaben der ltd. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ (Änderungsvorschlag BPTK (S. 91/92)</i></p> <p>Die DGPSF befürwortet den Ergänzungsvorschlag der BPTK.</p> <p>Begründung: Analog zu den Regelaufgaben von Oberärzt*innen sollten entsprechend auch die Aufgaben von leitenden Psychotherapeut*innen beschrieben werden. Dies beinhaltet weder Vorgaben zur Organisationsstruktur noch zur Anzahl von leitenden Psychotherapeut*innen und auch keine Hinterlegung mit Minutenwerten. Vielmehr dient dies der Konsistenz der Aufgabenbeschreibungen von Psychotherapeut*innen und Fachärzt*innen in Leitungsfunktion und entspricht nicht zuletzt auch dem jeweils vergleichbar gegebenen Facharztstatus.</p>	DKG/GKV-SV/PatV: Kenntnisnahme, siehe oben (Nr. 9.6).
10	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE), 5. Juli 2021		

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
10.1	DVE	<p>Allgemeiner Hinweis</p> <p>Mit großem Erschrecken und Bedauern haben wir festgestellt, dass auch in diesem vorliegenden Entwurf keinerlei Inhalte aus unseren vorangegangenen Stellungnahmen Berücksichtigung gefunden haben.</p> <p>Daher möchten wir hier zunächst das zentrale Problem aus der Perspektive der Ergotherapie noch einmal in den Fokus der Aufmerksamkeit stellen:</p> <p>Das zentrale und grundlegende Problem bleibt das Konstrukt der „Spezialtherapeuten“. Es beginnt damit, dass der Begriff der „Spezialtherapeuten“ nicht eindeutig definiert ist und in unterschiedlichen Zusammenhängen unterschiedliche Berufsgruppen umfasst (z.B. hier in der PPP-RL oder in den Komplexleistungen im OPS). Zudem ist der Begriff selbst ungeeignet, da es um spezifische therapeutische Fachleistungen geht.</p> <p>Darüber hinaus ist die derzeitige Zusammenfassung einzelner Berufsgruppen unter den Begriff der „Spezialtherapeuten“ fragwürdig: Entweder müssten alle therapeutisch tätigen Berufsgruppen hier subsumiert werden oder alle bleiben eigenständig. Die jetzige Aufteilung ist nicht begründbar.</p>	<p>DKG: Die Festlegung von Mindestvorgaben für jede unter der unter dem Begriff „Spezialtherapeuten/-innen“ subsumierten Berufsgruppe ist unmöglich und hätte fatale Auswirkungen. Der G-BA kann den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen beispielsweise keinen zwangsweisen Einsatz von tiergestützten Therapien vorschreiben. Die Möglichkeit der Berücksichtigung im Rahmen der Mindestvorgaben muss jedoch bestehen. So muss jede Einrichtung die Möglichkeit haben ihr gesamtes therapeutisches Personal anrechnen zu können. Aus diesem Grund wird von einer abschließenden Definition von Spezialtherapeuten/-innen abgesehen und dies auch zukünftig nicht festgelegt werden.</p> <p>Wir teilen jedoch die Einschätzung, dass die Regelaufgaben angepasst werden müssen. Dies ist für die nächste Stufe der Weiterentwicklung im kommenden Jahr geplant.</p> <p>GKV-SV: Der GKV-SV erkennt die Probleme mit dem Begriff SpezialtherapeutIn an, hat aber in Ermangelung einer Alternative dem Begriff zugestimmt. Eine weitere Aufteilung in einzelne Berufsgruppen wie ErgotherapeutInnen sowie Künstlerische TherapeutInnen sowie MusiktherapeutInnen usw., versehen jeweils mit Mindestvorgaben, würde zu einer derart</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>Das zusammenfassende Konstrukt der „Spezialtherapeuten“ verursacht zudem diverse Folgeprobleme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es braucht trotzdem jeweils eigenständige Tätigkeitsbeschreibungen. Es ist fachlich nicht möglich diese Tätigkeitsbeschreibung über Berufe hinweg gemeinsam zu formulieren. Die bestehende Tätigkeitsbeschreibung bezieht sich ausschließlich auf die Ergotherapie und ist fachlich vollkommen veraltet (> 30 Jahre!). Es ist absolut unzeitgemäß und fachlich falsch diese noch zu nutzen. - Die Zuweisung von Minutenwerten an eine Gesamtgruppe ignoriert die unterschiedlichen Qualitäten der verschiedenen therapeutischen Leistungen und verringert die Chancen der Patient:innen auf ein breites therapeutisches Angebot. Es konterkariert zudem die Anrechnungsthematik und birgt die Gefahr des Missbrauchs. <p>Vor diesem Hintergrund fordern wir die Abkehr von dem Konzept der „Spezialtherapeuten“. Wir fordern, dass die Klärung dieser Problematik der Anpassung der Richtlinie (§14 Abs 2) verankert wird, ebenso in Folge die Aktualisierung der Tätigkeitsbeschreibung und Anpassung der Berechnung der Minutenwerte.</p> <p><u>Vorschlag zu §14 (2)</u> → Ergänzung eines zusätzlichen Spiegelstrichs:</p>	<p>kleinteiligen Regelung führen, die insbesondere kleinere Häuser vor unlösbare Probleme stellen würden.</p> <p>Der GKV-SV setzt sich zur Klärung dieser Problematik nach wie vor in der AG dafür ein, dass es ein Expertengespräch zum Block „SpezialtherapeutInnen“ mit den betreffenden VertreterInnen gibt.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme wegen des Hinweises auf die veraltete Tätigkeitsbeschreibung der Ergotherapie.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>Dabei sind insbesondere folgende Bereiche zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen oder neu zu definieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regelaufgaben der „Spezialtherapeuten“ inklusive Überprüfung des Konstruktes „Spezialtherapeuten“ und der Begrifflichkeit 	
10.2	DVE	<p>Zu § 5 Abs. 2 d)</p> <p>Die Problematik des Konzepts der „Spezialtherapeuten“ wurde oben bereits erläutert. Entsprechend können wir die Idee der Subsumierung der Sprachtherapeuten/Logopäden unter die „Spezialtherapeuten“ so nicht unterstützen.</p>	<p>DKG: Aus den oben genannten Gründen wird auch die Subsumierung der Sprachheiltherapeuten/-innen in der Berufsgruppe der Spezialtherapeuten/-innen beibehalten. Nicht bei jeder Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist ein Bedarf an Sprachheiltherapie vorhanden und somit der Einsatz dieser Berufsgruppe in den Einrichtungen sehr unterschiedlich. Insbesondere in kleinen Einrichtungen, wie bspw. Tageskliniken stellt die Einhaltung der separaten Mindestvorgabe für Sprachheiltherapeuten/-innen und Logopäden/-innen eine große Herausforderung dar. Durch die Änderung ist es nun möglich, die ursprünglich für Sprachheiltherapie vorgesehenen Minutenwerte auch durch andere Spezialtherapien zu erbringen.</p> <p>GKV-SV: Der GKV-SV ist erkennt die Probleme mit dem Begriff SpezialtherapeutIn an, hat aber in Ermangelung einer Alternative zugestimmt.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
10.3	DVE	<p>Zu § 8 Abs. 3</p> <p>Eine gewisse Anrechnung von Berufsgruppen untereinander ist eine Notwendigkeit im Sinne der Flexibilität für die Kliniken und der Individualität des Behandlungsprozesses. Dennoch braucht es klare Grenzen, um Missbrauch zu verhindern und den Patient:innen alle Möglichkeiten der Behandlung zu bieten. Eine Anrechnung ist nur dann sinnvoll, wenn es um überschneidende Aufgabenbereiche geht. Dann muss sie allerdings auch in beide Richtungen möglich sein. Eine einseitige Anrechnungsmöglichkeit ist nicht sachgerecht und führt zu weiteren Verzerrungen.</p>	<p>DKG: Dank und Kenntnisnahme. Derzeit wird von einer beidseitigen Anrechnung abgesehen um mögliche Fehlanreize zu vermeiden. Die Möglichkeiten müssen aber nach Vorlage erster Daten aus dem Nachweisverfahren neu geprüft werden.</p> <p>GKV-SV: Zustimmungende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme wegen des Hinweises auf die veraltete Tätigkeitsbeschreibung der Ergotherapie.</p>
10.4	DVE	<p>Zu § 16 Abs. 8</p> <p>Hier unterstützen wir die Position von GKV-SV und PatV, also die Ablehnung der Anrechnung außerhalb der Regelaufgaben.</p>	<p>DKG: Wie von der DVE in Zeile 10.3 dargestellt, ist eine Anrechnung nur da sinnvoll, wo sich die Aufgabenbereiche überschneiden. Aufgrund veralteter Regelaufgaben werden heute in der Realität vorliegende Überschneidungen derzeit noch nicht in den Regelaufgaben abgebildet. Die Regelaufgaben sollen im kommenden Jahr überarbeitet werden. Ab dann ist eine Anrechnung wieder ausschließlich im Rahmen der Regelaufgaben möglich. Die Übergangslösung für nur ein Jahr gibt die Möglichkeit den Bedarf der Anrechnung in den Nachweisdaten zu betrachten und Anpassungsbedarfe und deren Auswirkungen besser beurteilen zu können.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
			GKV-SV/PatV : Zustimmungende Kenntnisnahme.
10.5	DVE	Zur Anlage 1 Die Notwendigkeit der Anpassung der Minutenwerte für Ärzt:innen, Psychotherapeut:innen und Psychologen ist gegeben – allerdings ist auch die Anpassung der Minutenwerte für die Therapieberufe ebenso notwendig. Die Ergotherapie hat durch das Konstrukt der „Spezialtherapeuten“ bereits eine tatsächliche Reduzierung der Minutenwerte erfahren – im Gegenteil ist aber eine Erhöhung notwendig. Hier müssen entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden.	DKG : Eine Veränderung der Mindestvorgaben wird vor Vorlage erster Nachweisdaten abgelehnt, da keinerlei Abschätzungen zu den Auswirkungen einer Anpassung der Minutenwerte derzeit möglich sind. GKV-SV : Eine Anpassung der Minutenwerte wird auf Grundlage der Nachweisdaten voraussichtlich im Sept. 2022 stattfinden. PatV : Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Wie von der PatV gefordert.
10.6	DVE	Zur Anlage 2 Die Anlage 2 ist weiterhin sehr inkonsistent in der Formulierung – insbesondere bei der Beschreibung der Behandlungsmittel (Spalte 4) und der Erläuterungen (Spalte 5). Berufsgruppen, Interventionsbereiche oder Einzelmaßnahmen werden hier unsystematisch und undefiniert gebraucht. Ein spezifisches Behandlungskonzept ist nicht mehr erkennbar. Hier bedarf es einer grundlegenden Überarbeitung der gesamten Anlage.	DKG/PatV : Kenntnisnahme.
10.7	DVE	Zu Anlage 4: Spezialtherapeuten	DKG/GKV-SV/PatV/BPtK : Dank und Kenntnisnahme. Wie

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>Wir anfangs schon ausgeführt, ist zum einen die Beschreibung der Ergotherapie in dem vorliegenden Entwurf weiterhin vollkommen veraltet, zum anderen wirft hier das Konzept der „Spezialtherapeuten“ das Problem der sachgerechten Darstellung der hier derzeit subsummierten Berufe auf. Eine zeitgemäße und fachlich fundierte Tätigkeitsbeschreibung wäre zudem ein Beitrag auch die Anlage 2 auf dieser Grundlage dann sachgerecht zu formulieren.</p> <p>Als Verband bedauern wir sehr, dass dringend notwendige Nachbesserungen in der PPP-RL für die Ergotherapie und ihre Klient:innen unter Berücksichtigung aktueller und internationaler Standards für eine zeitgemäße Ergotherapie bisher vollkommen unberücksichtigt geblieben sind.</p> <p>Ebenso bedauern wir die geringe Einbeziehung unserer, für die psychiatrische Versorgung so zentralen Berufsgruppe, in den Prozess der Anpassung der PPP-RL. Wir stellen unsere Expertise jederzeit gerne zur Verfügung, um eine zeitgemäße Versorgung der Klient:innen zu gewährleisten.</p>	<p>oben dargestellt, ist die Überarbeitung der Regelaufgaben für das kommende Jahr vorgesehen.</p>
11.	<p>Deutscher Verband für Physiotherapie e.V. (ZVK), 09.07.2021</p> <p><i>[Hinweis: Die Stellungnahme bezieht sich auf den Beschlussentwurf zur Änderung der PPP-RL im Herbst 2020.]</i></p>		

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
11.1	ZVK	<p>§ 2 Grundsätze (5)</p> <p><i>Vorsitzende des UA QS: In den Minutenwerten sind die Zeiten für die Ausbildung und die Fort- und Weiterbildung, Urlaub sowie sonstige Ausfallzeiten, wie etwa krankheitsbedingter Ausfall des Personals, nicht berücksichtigt. Im Rahmen seiner eigenverantwortlichen Personalplanung hat das Krankenhaus demnach sicherzustellen, dass über die vorgegebenen Minutenwerte hinaus auch entsprechendes Personal zur Abdeckung dieser Zeiten vorgehalten wird.]</i></p> <p>Diesen Zusatz unterstützen wir ausdrücklich.</p>	<p>AG: Wir danken für die erneute Übermittlung der Stellungnahme zum Beschlussentwurf zur Änderung der PPP-RL 2020. Wir verweisen hiermit auf unsere Rückmeldung zu Ihrer Stellungnahme, die Sie in den Tragenden Gründen zum Beschluss vom 15.10.2020 einsehen können.</p>
11.2	ZVK	<p>§ 5 (DKG)/§ 6 (GKV-SV/PatV) Berufsgruppen</p> <p><i>Für die Ermittlung der Mindestpersonalausstattung werden folgende Berufsgruppen definiert:</i></p> <p><i>a) Ärzte</i></p> <p><i>b) Krankenpflegepersonen, Erzieher (nur KJP)</i></p> <p><i>c) Diplom-Psychologen, Master-Psychologen [GKV-SV/PatV: Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten (nur KJP)]</i></p>	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>d) <i>Spezialtherapeuten [GKV-SV/PatV: (Ergotherapeuten, Musiktherapeuten, Kunsttherapeuten, Kreativtherapeuten)]</i></p> <p>e) <i>Bewegungstherapeuten, Physiotherapeuten</i></p> <p>f) <i>Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Heilpädagogen (nur KJP)</i></p> <p>g) <i>Sprachheiltherapeuten (nur KJP), Logopäden (nur KJP)</i></p> <p>Welche Qualifikationen wird für den Bewegungstherapeuten gezählt? Laut Bundesagentur für Arbeit gibt es kein einheitliches Berufsbild Bewegungstherapeut. Daher muss hier spezifiziert werden um welchen Berufsabschluss es sich handelt um sicherzustellen, dass eine qualitative und patientengerechte Therapie stattfinden kann.</p>	
11.3	ZVK	<p>§ 7 Anrechenbarkeit anderer Berufsgruppen</p> <p><i>[DKG] (2) Bei der tatsächlichen Personalausstattung können Fachkräfte aus den Berufsgruppen nach § 5 auf andere Berufsgruppen nach § 5 angerechnet werden, soweit diese gemäß Anlage 5 Regelaufgaben der Berufsgruppe, bei der die Anrechnung erfolgen soll, erbringen. Eine Anrechnung nach Satz 1 ist nur zwischen folgenden Berufsgruppen gemäß § 5 möglich: zwischen a und c und zwischen b,</i></p>	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p><i>d, e, f und g. Die angerechneten Fachkräfte sind als Vollkräfte gemäß Anlage 3 gesondert auszuweisen und zu erläutern.</i></p> <p><i>[GKV-SV/PatV] [in Anlage 4 verortet]</i></p> <p>Die Anrechenbarkeit anderer Berufsgruppen für die tatsächliche Personalausstattung sollte hinterfragt werden. Sollte hier nicht die Qualifikation des Personals im Vordergrund stehen, damit die Basis für eine adäquate Behandlung gegeben ist.</p> <p>In §8 Anrechnung von anderer Berufsgruppen muss mit Erfüllung der Regelaufgaben differenziert nachgewiesen werden.</p>	
11.4	ZVK	<p>Anlage 2: Minutenwertetabellen</p> <p><i>1. Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für Erwachsene</i></p> <p><i>[DKG: Zeitwerte in Minuten je Woche und Behandlungsbereich]</i></p> <p><i>2. Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für Kinder und Jugendliche</i></p>	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>Die für eine Regelbehandlung durch einen Physiotherapeuten vorgegebene Therapiezeit beträgt 28 Minuten pro Woche. Bei Intensivbehandlung 29 Minuten pro Woche. Aus wissenschaftlichen Veröffentlichungen als auch dem heutigen medizinischen Standard ist bekannt und belegt, wie wichtig regelmäßige Bewegungstherapie als auch aktive Bewegung für den Patienten sein kann. Sofern 28 Minuten auf 5 Wochentage (Arbeitstage/Woche) aufgeteilt werden, bleiben dem Patienten etwas mehr als 5 Minuten aktive Bewegungstherapie pro Tag, was für eine methodisch durchdachte Therapie einen unmöglich zu realisierenden kurzen Zeitrahmen steckt. Daher ist es fraglich wie realistisch die Minutenwerte sind.</p> <p>Ebenso stellt sich die Frage, ob die Therapie in Einzeltherapie oder auch Gruppentherapie durchgeführt werden kann und ob dies genauer definiert werden sollte.</p>	
12.	Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di), 11.07.2021		
12.1	ver.di	<p>Vorbemerkung</p> <p>Mit der Einführung der Richtlinie wurde das Ziel verfolgt, die Qualität in der psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Versorgung zu sichern. Mindestvorgaben sollen einen Beitrag zur leitliniengerechten Behandlung leisten. Mehr als</p>	<p>DKG: Die Krankenhäuser versuchen die Mindestvorgaben umzusetzen. Die Realisierbarkeit ist jedoch nicht allein von den Krankenhäusern bestimmbar. So stehen die Krankenhäuser in den Budgetverhandlungen vor großen Herausforderungen bei der Vereinbarung von ausreichend Personal. Des Weiteren ist</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>1,5 Jahre nach Inkrafttreten der PPP-RL sind nur in einigen psychiatrischen Krankenhäusern und Fachabteilungen lediglich geringfügige Verbesserungen der Personalausstattung und damit auch der Versorgungssituation erkennbar.</p> <p>Das nach 2019 von ver.di 2021 zum zweiten Mal durchgeführte Versorgungsbarometer Psychiatrie mit über 1800 Teilnehmenden zeigt, dass die Personalausstattung immer noch von 69 Prozent der Befragten – Beschäftigten der medizinisch-therapeutischen Berufsgruppen in psychiatrischen Krankenhäusern - als knapp oder viel zu gering eingeschätzt wird (2019: 77,3 Prozent).</p> <p>Dies führt einerseits zu Mängeln in der Versorgung, verstärkt andererseits die Überlastung der Beschäftigten und trägt dazu bei, dass fast drei Viertel (74 Prozent) der Befragten sich nicht vorstellen können, unter diesen Bedingungen bis zur Rente zu arbeiten. 2019 betrug der Wert 76,9 Prozent.</p> <p>Eine konsequente, vollständige (100 Prozent) Umsetzung der Richtlinie sowie die Bereitstellung des darüber hinaus gehenden erforderlichen Personals ist daher dringend geboten, um den „Pflexit“, d. h. der Abwanderung des Pflegepersonals, aber auch den Ausstieg weiterer Berufsgruppen zu beenden und Versorgungsmängel zu vermeiden.</p>	<p>lässt sich Personal in Anbetracht des bestehenden Fachkräftemangels nicht ohne weiteres kurzfristig gewinnen. Darüber hinaus widerspricht die Richtlinie in ihren Grundsätzen (u.a. Stations- und Monatsbezug, Korridorregelung in § 6 Absatz 4) der Versorgungsrealität, so dass das Personal nicht mehr nach dem Patientenbedarf orientiert eingesetzt werden kann, sondern dort eingesetzt werden muss, wo es die veralteten Vorgaben der Psych-PV fordern. Es bedarf dringend einer grundsätzlichen Überarbeitung der Richtlinie.</p> <p>Wir teilen die Einschätzung, dass es zusätzlich zur PPP-RL eines Personalbemessungsstandards bedarf, der in den Budgetverhandlungen berücksichtigt werden muss.</p> <p>GKV-SV/PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>Die Gründe für die schleppende Umsetzung liegen einerseits in den Verwerfungen im Versorgungsgeschehen durch die Pandemie. Hier tritt hoffentlich bald eine Normalisierung ein, allerdings ist von einem verstärkten Patient*innenaufkommen durch verzögerte Behandlungen und pandemiebedingte psychische Erkrankungen¹ auszugehen.</p> <p>ver.di kritisiert, dass die Umsetzung der Richtlinie durch das Krankenhausmanagement häufig verzögert angegangen wurde, da sie noch nicht mit Sanktionen versehen ist. Es ist daher zu begrüßen, dass ab 2022 die Nichterfüllung der Vorgaben Konsequenzen hat.</p> <p>ver.di spricht sich entschieden gegen eine weitere Verschiebung des Inkrafttretens des Sanktionsregimes aus und begrüßt, dass eine entsprechende Änderung nicht im Beschlussentwurf enthalten ist.</p> <p>Ein weiterer Grund der verzögerten Umsetzung der Richtlinie ist, dass die vollständige Finanzierung des einzusetzenden Personals abhängig ist vom Ergebnis der Budgetverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen. Die in der PPP-RL vorgegebenen Mindeststandards erheben jedoch weder den Anspruch, Arbeitsschutzstandards abschließend zu berücksichtigen, noch können sie eine leitliniengerechte Versorgung gewährleisten. Dafür ist ein Personaleinsatz deutlich über den Vorgaben der Richtlinie erforderlich.</p>	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>Es bleibt die Verantwortung der Krankenhausgeschäftsführungen und Krankenkassen vor Ort, die über die Richtlinie hinausgehenden Personalbedarfe entsprechend § 3 Abs. 4 Nr. 5 i. V. m. § 18 BPfIV in den Budgetverhandlungen zu berücksichtigen. Der Gesetzgeber bleibt aufgefordert, diese zusätzlichen Personalbedarfe (Stellenschlüssel und reale Kosten für die jeweiligen Stellen) verbindlich budgetwirksam unter der Bedingung eines entsprechenden Kostennachweises zu regeln.</p> <p>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.</p> <p>Die vorliegenden Änderungen gehen aus der ver.di-Perspektive grundsätzlich in die richtige Richtung. Änderungsbedarf wird im Detail gesehen und im Einzelnen ausgeführt.</p> <p>Der vorliegende Beschlussentwurf heilt jedoch nicht die grundsätzlichen, in früheren Stellungnahmen angesprochenen Mängel der PPP-RL:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es fehlt eine zeitgemäße Einstufung der Patient*innen in moderne Behandlungsbereiche bzw. nach Behandlungsbedarf unter Einbeziehung ambulanter Versorgungsformen. 	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<ul style="list-style-type: none"> - Die weitgehend aus der PsychPV übernommenen Regelaufgaben und Minutenwerte sind an die realen Aufgaben und deren erheblich gestiegenen Zeitbedarf anzupassen und sollten sich an bedarfsgerechter Behandlung orientieren (z.B. auch Umsetzung der S3- Leitlinie zur Verhinderung von Gewalt und Zwang, Recovery-Konzepte, Safewards etc.). Diese ist in einem Krankenhausbereich, in dem Menschen zum Teil zwangsweise versorgt werden, jedenfalls zu garantieren. - Es fehlt eine Regelung der Personalbesetzung im Nachtdienst, die gefährliche Alleinarbeit ausschließen muss. - Neu zu konstatieren ist, dass die Lücke, die durch die Möglichkeit der Herausnahme der Modellprojekte nach § 64b SGB V aus dem Geltungsbereich der Richtlinie gerissen wird, dringend durch adäquate Standards auch für diesen Bereich geschlossen werden muss. - Nach wie vor fehlen Regelungen, wie die Ausfallzeiten und weitere in § 2 Abs. 10 aufgeführte Personalbedarfe, die nicht durch die bisherigen Mindestvorgaben erfasst werden, zu quantifizieren und für die örtlichen Budgetverhandlungen abzubilden sind. 	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>Hier ist eine Regelung unerlässlich, um die Einhaltung der Qualitätsstandards zur Personalausstattung zu gewährleisten.</p> <p>Diese Mängel sind im Rahmen der Weiterentwicklung gezielt aufzugreifen und, solange der Gesetzgeber die Entwicklung und Erprobung eines bedarfsgerechten Personalbemessungsverfahrens für die Psychiatrien noch nicht beauftragt, im G-BA zu bearbeiten.</p> <hr/> <p>¹ Vgl. Auswertung der Nako-Gesundheitsstudie zur Zunahme psychischer Erkrankungen im ersten Corona-Lockdown: https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/118962/Umfrage-zeigt-psychosoziale-Auswirkungen-der-Pandemie</p>	
12.2	ver.di	<p>Zu § 2 Grundsätze</p> <p>ver.di lehnt beide Änderungsvorschläge ab.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Der Änderungsvorschlag der DKG läuft darauf hinaus, dass eine Behandlung grundsätzlich auch bei Unterschreitung der Mindestvorgaben zulässig ist. Das impliziert eine mangelhafte Versorgung und Überlastung des Personals und darf nicht möglich sein. Gerade in Einrichtungen, die zu einem wesentlichen Teil Patient*innen behandeln, die nicht freiwillig untergebracht sind, ist diese maßgebliche Qualitätsricht- 	<p>DKG: Die Streichung wird vor dem Hintergrund gefordert, dass ein ausreichender Personalpuffer auf der Ortsebene kaum vereinbar ist und zudem aufgrund des Fachkräftemangels kaum ausreichend Personal zur Verfügung stehen kann. Die Belegungssteuerung ist in Anbetracht einer hohen Anzahl an Aufnahmen im Rahmen der regionalen Pflichtversorgung nur sehr eingeschränkt möglich – je kleiner die Einrichtung ist, umso geringer sind die Steuerungsmöglichkeiten. Hinzu kommt, dass eine Einhaltung oder Nichteinhaltung der Mindestvorgaben erst nach Ablauf des jeweiligen Quartals ermittelt werden kann, da nicht zwangsläufig der Vorjahresbezug</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>linie unbedingt einzuhalten. Ein Personalpuffer ist vorzusehen und zu finanzieren, ein Ausfallmanagement adäquat auszugestalten. Eine Belegungssteuerung findet in der betrieblichen Praxis ohnehin statt und ist auf das Ziel der ausreichenden, bedarfsgerechten Personalausstattung hin auszurichten.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Der Änderungsvorschlag des GKV-S verstärkt die abzulehnende Regelung, dass die Richtlinie auf Stationen ggf. dauerhaft und wesentlich unterschritten werden kann, wenn an anderer Stelle mehr Personal eingesetzt ist. Das kann zu einer Unterversorgung bestimmter Patientengruppen und Überlastung des Personals auf diesen schlechter besetzten Stationen führen. ver.di setzt sich dafür ein, dass die Mindestvorgaben zumindest auf Stations- und Wochenbasis jederzeit eingehalten werden müssen. 	<p>gilt. Die größte Problematik stellen jedoch, wie in den Tragenden Gründen erörtert, die haftungsrechtlichen Fragen dar.</p> <p>GKV-SV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme zum ersten Spiegelstrich.</p> <p>Zum zweiten Spiegelstrich: Derzeit ist die PPP-RL so konstruiert, dass die Mindestvorgaben einrichtungs- und quartalsweise eingehalten werden müssen – ungeachtet davon, ob der GKV-SV dies gutheißt oder nicht. Entsprechend gilt die Änderung der Harmonisierung der RL.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>
12.3	ver.di	<p>Zu § 3: Behandlungsbereiche und Anlage 1 Minutenwerte A8</p> <p>Die Einführung des neuen Behandlungsbereiches A8 ist sachgerecht. Kritisch bewertet ver.di, dass dieser an die OPS-Codes geknüpft wird. Das PEPP-System ist noch nicht abschließend evaluiert, sein</p>	<p>DKG: Dank und Kenntnisnahme. Die Verknüpfung der Einstufung mit bestimmten OPS-Codes werden wir im Rahmen der Weiterentwicklung der Richtlinie prüfen.</p> <p>GKV-SV: A8 bezieht sich auf ein Patientenkontext, dass in einer teilstationären Behandlung strukturiert und absprachefähig</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>Beitrag zu patientengerechter Behandlung mindestens hoch umstritten. Aufgrund seines Charakters einer pauschalierten Vergütung mit hohem Einzelleistungsbezug wird PEPP von ver.di abgelehnt. Die Personalbemessung sollte keinesfalls in dieser Form an einzelne OPS-Codes geknüpft werden.</p> <p>Ebenfalls vehement abgelehnt wird der Vorschlag von GKV-S und PatV, die Minutenwerte für die Pflegefachpersonen hier auf ca. 40 Prozent (von 509 auf 201 Minuten) zu reduzieren. Eine lineare Kürzung aufgrund der geringeren Dienstzeiten, die als Begründung angeführt wird, setzt sich überhaupt nicht mit den tatsächlichen Aufgaben der Pflegekräfte in der teilstationären Versorgung auseinander. Ohne eine grundlegende (Neu)Analyse darf hier keine Anpassung nach unten vorgenommen werden.</p>	<p>genug ist, um eine hochdosiert Psychotherapie wahrzunehmen und von ihr zu profitieren. Die Kürzungen für die Pflege ergeben sich rein aus der Reduzierung der Arbeitszeit von der stationären zur teilstationären Versorgung,</p> <p>PatV: Danke für die Hinweise. Die Argumente gegen die geringeren Minutenwerte bei der neuen A8 werden von der PatV geprüft.</p>
12.4	ver.di	<p>Zu P4/P5/P6</p> <p>Die anlasslose Verringerung der Pflegeminutenwerte für die P4 lehnt ver.di ab (siehe Ausführungen zu A8).</p> <p>Die Verringerung der Pflegeminutenwerte bei der P5/P6 ist nicht hinreichend begründet. Hier ohne ausreichende Evidenz eine Verschiebung zwischen den Berufsgruppen Psychotherapeut*innen und Pflege vorzunehmen, ist nicht hilfreich. Eine echte Bedarfsermittlung hat immer noch nicht stattgefunden. In der vorliegenden</p>	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. P5 und P6 beziehen sich auf ein Patientenkontingent, dass in einer stationären oder teilstationären Behandlung strukturiert und absprachefähig genug ist, um eine intensiviertere Psychotherapie wahrzunehmen und von ihr zu profitieren. Hier liegt der Fokus der Behandlung auf der Psychotherapie durch approbierte Psychotherapeuten. Dazu kommen sicher auch cotherapeutischen Leistungen der Pflege. Die Begleitung der Patienten durch den Alltag, die</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		Form lehnt ver.di die vorgeschlagenen zusätzlichen Kategorien ab.	<p>Strukturierung des Tages und die Schaffung eines therapeutischen Milieus durch die Pflegekräfte stehen hier nicht im Focus der Behandlung.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme. Die Argumente gegen die geringeren Minutenwerte bei P4, P5 und P6 werden von der PatV geprüft.</p>
12.5	ver.di	<p>Zu § 5 Berufsgruppen, Regelaufgaben (Anlage 4), Minutenwerte (Anlage 1)</p> <p>Absatz 1b – Definition der Berufsgruppe Pflege</p> <p>ver.di befürwortet die explizite Erwähnung der psychiatrischen Weiterbildung von Pflegefachpersonen. In Zukunft ist eine Quote fachweitergebildeter oder hochschulisch weitergebildeter Pflegekräfte anzustreben. Auf eine ausreichende Präsenz praktisch ausgebildeter Pflegekräfte ist abzustellen.</p>	<p>DKG/GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>
12.6	ver.di	<p>Zu Absatz 1c/2c – Definition der Berufsgruppe Psychotherapeut*innen/Psycholog*innen.</p> <p>ver.di begrüßt die Abbildung der Berufsgruppe der Psychotherapeut*innen.</p>	<p>GKV-SV/PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>BPtK: Eine Anrechnung über 2035 hinaus ist gemäß § 8 Absatz 5 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 Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>Zum Vorschlag der BPtK (hier und §8), die Berufsgruppe der Psycholog*innen zu streichen, merkt ver.di an, dass bei einer Übernahme mindestens ein Bestandsschutz für die jetzt schon angestellten Psycholog*innen gewährleistet werden muss, ggf. auch über das Jahr 2035 hinaus.</p> <p>Die Aufnahme der Psychotherapeut*innen in Ausbildung in die Berufsgruppen nach § 5 wird von ver.di begrüßt. Es muss sichergestellt sein, dass der Vorbehalt der Anrechnung nur bei Bezahlung nach Grundberuf (§8 Abs. 2) seine Gültigkeit behält.</p>	
12.7	ver.di	<p>Zu Regelaufgaben der Berufsgruppen (Anlage 4)</p> <p>Die Überarbeitung der Regelaufgaben bleibt auf Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen beschränktes Stückwerk und kann damit nicht homogen sein. Im multiprofessionellen Team scheint eine Überarbeitung nur eines Teils der Regelaufgaben wenig sachgerecht.</p> <p>Es ist allerdings zu begrüßen, dass die dringend notwendige Überarbeitung dieses Grundbausteins einer Personalbemessung in Angriff genommen wurde. Die notwendige Erhöhung der Minutenwerte als Konsequenz aus dieser Überarbeitung muss dringend erfolgen.</p> <p>Beide Berufsgruppen (Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen)</p>	<p>DKG/GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Die Überarbeitung der Regelaufgaben der anderen Berufsgruppen soll im nächsten Schritt der Weiterentwicklung der Richtlinie erfolgen.</p> <p>PatV/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 Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>Es darf keine „Regelaufgabe“ sein, die eigenen Patient*innen zu begutachten, schon gar nicht im Rahmen von Strafverfahren. Bei beiden Berufsgruppen ist darauf zu achten, dass Behandlung und gutachterliche Tätigkeit ggf. aus Gründen der Schweigepflicht und des Vertrauensschutzes zu trennen sind. Es muss also eine saubere Trennung zwischen begutachtendem und behandelndem Ärzt*in/Psychotherapeut*in geben, erstere*r darf nur nach Entbindung von der Schweigepflicht in die Akten schauen.</p> <p>Gutachterliche Tätigkeiten, die außerhalb der Arbeitszeit angesiedelt sind (richterlicher Auftrag), sind von den Regelaufgaben auszunehmen. Die hierfür aufgewendete Zeit fließt nicht in die Erfüllung der Mindeststandards ein.</p> <p>Psychotherapeut*innen: ver.di unterstützt die vollständigere Version der Regelaufgaben, die die BPtK vorgelegt hat.</p> <p>Bei der Bearbeitung gutachterlicher Fragestellungen sind betreuungs- und unterbringungsrechtliche Fragestellungen zu ergänzen.</p> <p>Ärzt*innen: Die Trennung durch GKV-SV und BÄK in medizinische und psychotherapeutische Grundversorgung überzeugt nicht durchgehend,</p>	<p>GKV-SV: Zustimmungende Kenntnisnahme.</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 Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		weil sie die notwendige Zusammenschau z. B. von medizinischer, psychosomatischer und psychotherapeutischer Anamnese nicht verdeutlichen kann.	
12.8	ver.di	<p>Folgende Ergänzungen/Änderungen werden vorgeschlagen:</p> <p>Fremdanamnese als sehr zeitaufwändiger und sehr wichtiger Bestandteil der Anamnese sollte besser abgebildet werden: Interaktion mit gesetzlichem Betreuer, ambulanten und stationären Ärzt*innen, sozialpsychiatrischen Einrichtungen, Werkstätten für Menschen mit Behinderungen, Hausärzt*innen, Polizei, Substitutionsärzt*innen, Familienangehörigen u.a.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Im Vorschlag von GKV-S/PatV sollte die Terminologie zu Arztbrief/Entlassbericht entsprechend der Regelungen über das Entlassmanagement vereinheitlicht werden. - Bei der Abklärung von Fragen mit Stellen außerhalb des Krankenhauses sollten die hochaufwändigen Unterbringungsanträge explizit erwähnt werden. <p>Bei den Verwaltungsaufgaben sollten die hochaufwändigen Dokumentationen für Abrechnung (PEPP-Dokumentation) und ggf. MDK-Anfragen detaillierter erwähnt werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zu den Anordnungen von apparativer Diagnostik sollte die 	<p>AG: Dank für die konkreten Vorschläge, die sich in Teilen schon in der Richtlinie wiederfinden. Andere Teile sind nach Ansicht der AG zu kleinteilig, um in die Richtlinie übernommen werden zu können.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>Aufklärung über eine solche hinzugefügt werden. Diese Aufgabe wird häufig von den Psychiater*innen selbst übernommen (z. B. MRT mit Kontrastmittel).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zur Krisenintervention sollte die ggf. Anordnung und Überwachung von Zwangsmaßnahmen hinzugefügt werden. - Zu den Aufgaben der Oberärzt*innen sollte die Mentor*innenfunktion für Assistenzärzt*innen und Unterstützung bei der Weiterbildungscoordination hinzugefügt werden. <p>Explizit unterstützt werden folgende Formulierungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ad S85 GKV: „Dokumentation des körperlichen Verlaufs und der psychiatrischen Interaktion, Aktenführung, Arztbrief“. Wichtig ist, dass diese Tätigkeiten (und entsprechend die Zeit für die Interaktionsbeurteilung körperlich- psychisch) ausreichend abgebildet werden. Aus Zeitmangel erledigen Ärzt*innen diese Aufgaben z.T. nach der Regelarbeitszeit. - Ad S85 DKG: „Teilnahme an täglichen patientenbezogenen Verlaufsbesprechungen im Team (medizinische und psychotherapeutische Befunde)“ (Unterstreichung ver.di) - Ad S 87 oben: „Regelmäßige Unterweisung in (...) Reanimation“ wird als sehr wichtig erachtet. 	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
12.9	ver.di	<p>Zu Anlage 1 Minutenwerte:</p> <p>Bei einer weitreichenden Anpassung der Regelaufgaben sollen und müssen auch die entsprechenden Minutenwerte für Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen angepasst werden.</p> <p>ver.di unterstützt die Position der PatV, die Erhöhungen bei beiden Berufsgruppen vorsieht. Diese entspricht den Anpassungen der Regelaufgaben wie auch der langjährigen Evidenz (als ein Beispiel siehe die Bad Schussenrieder Tabellen u.a.).</p> <p>Zusätzlich sollten die Minutenwerte der Ärzt*innen in der Gerontopsychiatrie, speziell S1/2, an die Allgemein-/Suchtpsychiatrie angepasst werden. Die geringeren Minutenwerte sind aus Sicht von ver.di sachlich nicht begründet. Gerade in der Alterspsychiatrie gibt es z.B. einen hohen zeitlichen Aufwand schon in der Aufnahmesituation. Oft muss die Anamnese- bei dementen Patient*innen- komplett fremd erhoben werden. Dies bedeutet viele Telefonate oder vor Ort Gespräche. Des Weiteren gibt es in dieser Altersgruppe oft eine sehr hohe mitgebrachte Medikamentenzahl. Viele Patient*innen kommen über die Notaufnahme ohne jeglichen Medikamentenplan, die Recherche ist aufwändig. Auch die Medikamentenverordnung ist häufig schwierig und zeitaufwändig, wegen der Gefahr der Polypharmazie.</p>	<p>DKG: Eine Erhöhung der Mindestvorgaben wird vor dem Vorliegen jeglicher Informationen über die Einhaltung der Mindestvorgaben und den tatsächlichen Personaleinsatz sowohl in der Berufsgruppe der Ärzte/-innen auch als der Psychotherapeuten/-innen bzw. Psychologen/-innen abgelehnt, da eine Einschätzung über die Auswirkungen in der Praxis kaum möglich ist.</p> <p>GKV-SV: Eine Anpassung der Minutenwerte ist erst beim Vorliegen der ersten empirischen Daten aus den Nachweisen möglich. Dies wird voraussichtlich im Sept. 2022 der Fall sein.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>BPtK: Dank und Zustimmung, die Reduzierung der Minutenwerte in der Gerontopsychiatrie noch einmal zu prüfen.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
12.10	ver.di	<p>Zu Absatz d/g (Zusammenlegung Spezialtherapie und Logopädie in der KJP):</p> <p>Da es sich bei der Berufsgruppe der Logopäd*innen um sehr niedrige Minutenwerte handelt und die Berufsgruppen ohnehin aufeinander angerechnet werden können, ist die Zusammenlegung sachgerecht.</p>	<p>DKG/GKV-SV/PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>
12.11	ver.di	<p>Andere Anmerkungen zu § 5:</p> <p>Weiterhin fehlt die Festlegung einer Quote für approbierte Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen sowie fachweitergebildete Pflegenden, was zur Qualitätssicherung stark beitragen würde.</p>	<p>DKG: Dank und Kenntnisnahme. Auch hier gilt, dass derzeit keine Daten über die aktuelle Situation vorliegen, sodass Anpassungsbedarfe und deren Auswirkungen nicht beurteilbar sind.</p> <p>GKV-SV: Eine Festlegung von Mindestanforderungen für die Qualifikation des Personals ist ein Politikum. Der GKV-SV unterstützt dieses Anliegen sehr. Eine Festlegung ist erst beim Vorliegen der ersten empirischen Daten aus den Nachweisen möglich. Dies wird voraussichtlich im Sept. 2022 der Fall sein.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>
12.12	ver.di	<p>Zu § 6/§ 7, hier: Nachtdienste</p> <p>ver.di kritisiert, dass es weiterhin keine Vorgaben für den Nacht-</p>	<p>DKG/GKV-SV: Die Prüfung des Pflegepersonaleinsatzes in der Nacht und die Festlegung von Mindestvorgaben für den</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>dienst gibt. Diese sind dringend erforderlich. Das ver.di-Versorgungsbarometer hat besorgniserregende Zustände aufgezeigt:</p> <p>39 Prozent der Befragten, die für mehr als 20 Patient*innen zuständig waren, berichten, dass auf der Station der Nachtdienst allein arbeitet. 22 Prozent der Befragten auf Akutstationen arbeiteten im Nachtdienst allein. Das stellt aus Sicht von ver.di eine unverantwortliche Gefährdung von Patient*innen und Beschäftigten dar und muss dringend durch ein Verbot der Alleinarbeit auf psychiatrischen Stationen unterbunden werden.</p>	<p>Nachtdienst wird gemäß § 14 Absatz 2 im Rahmen der Weiterentwicklung der Richtlinie erfolgen – voraussichtlich im September 2022.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Die Mindestvorgaben im Nachtdienst werden Gegenstand der Richtlinienänderung 2022 sein.</p>
12.13	ver.di	<p>Zu § 8, Anrechnung von Berufsgruppen</p> <p>Die von der DKG vorgeschlagene weitere Ausdehnung der ohnehin schon sehr weitgehenden Anrechnungsregelungen, mit der Psychotherapeut*innen auch auf die anderen nichtärztlichen Berufsgruppen angerechnet werden könnten, wird von ver.di entschieden abgelehnt. Solche Anrechnungsmöglichkeiten gehen im Zweifel zu Lasten der Pflegenden, ohne dass die angerechneten Berufsgruppen tatsächlich die Aufgaben der Pflege, geschweige denn den von der Pflege geleisteten Schicht- und Wochenenddienst, übernehmen. Wenn zusätzliche Psychotherapeut*innen über die PPP-RL hinaus da sind, verweist das nicht darauf, dass diese andere Berufsgruppen ersetzen können oder sollen, sondern darauf, dass die Minutenwerte</p>	<p>DKG: Eine Anrechnung ist abgesehen von der Übergangsregelung von einem Jahr weiterhin nur in dem Rahmen möglich, in dem Regelaufgaben der anderen Berufsgruppe übernommen werden. Nur im Jahr 2022 soll diese Regelung für die Anrechnung von Psychotherapeuten/-innen aufgebrochen werden, da in dieser Zeit eine Überarbeitung der Regelaufgaben stattfindet, so dass eine Beschränkung auf die veralteten Regelaufgaben nicht sachgerecht wäre.</p> <p>GKV-SV/PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Siehe auch Kommentar zu Nr. 5.5..</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 Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		dieser Berufsgruppe nach oben angepasst werden müssen, um bedarfsgerechte Behandlung zu ermöglichen und sicherzustellen (s.o.).	
12.14	ver.di	Zu § 11 Nachweisverfahren Absatz 8 Die Änderung, dass Korrekturen des Nachweises an den ursprünglichen Empfängerkreis gesendet werden, ist sachgerecht und sollte eigentlich selbstverständlich sein.	AG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Wir schließen uns hier dem Vorschlag an.
12.15	ver.di	Zu § 12 Veröffentlichungspflichten der Krankenhäuser ver.di setzt sich für eine möglichst hohe Transparenz hinsichtlich der Versorgungsqualität ein. Sowohl die Strukturinformationen der Anlage 3 als auch die Ausnahmetatbestände für eine Nichterfüllung sollten benannt werden.	DKG: Da unklar ist um welche Strukturinformationen es sich handelt und da die Festlegung den Qb-R obliegt, wird die Ergänzung weiterhin abgelehnt. GKV-SV/PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.
12.16	ver.di	Zu § 16 Übergangsregelungen Absatz 1 ver.di fordert eine unverzügliche, vollumfängliche (100 Prozent), verbindliche Umsetzung der Richtlinie und der darüber hinaus gehenden Personalbedarfe. Insofern wird der Vorschlag von GKV-SV	DKG: Da bisher keine Daten bezüglich der Umsetzung der Mindestvorgaben vorliegen, stellt eine Erhöhung der Mindestvorgaben in der Übergangszeit bis 2024 eine unangemessene Verschärfung ohne jegliche Bewertungsgrundlage dar. Aus diesem Grund wird dem Vorschlag nicht gefolgt.

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		und PatV, die Umsetzung ab dem 1.1.2023 zu 95 Prozent festzuschreiben, als Schritt in die richtige Richtung, jedoch nicht weitgehend genug bewertet.	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>
12.17	ver.di	<p>Zu Absatz 7</p> <p>Eine Ausweitung der Anrechnungsmöglichkeiten wird von ver.di abgelehnt. Statt weitere Anrechnungsmöglichkeiten für die unzureichenden Mindestvorgaben vorzusehen, ist endlich die Überarbeitung der Regelaufgaben für alle Berufsgruppen in Angriff zu nehmen.</p>	<p>DKG: Die Überarbeitung der Regelaufgaben der anderen Berufsgruppen soll im nächsten Schritt der Weiterentwicklung der Richtlinie erfolgen.</p> <p>GKV-SV/PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>
12.18	ver.di	<p>Zu Anlage 3</p> <p>Ein Ausweis der Trägerschaft und des Bundeslandes wird zu Auswertungszwecken von ver.di unbedingt unterstützt.</p> <p>Ebenso ist die Erfassung der Modellvorhaben eine wichtige Ergänzung. Diese sollte nicht in groben Kategorien, sondern in einer Prozentzahl angegeben werden.</p> <p>Da die Modellvorhaben – für ver.di in dieser Konsequenz unverständlich – in der Nachweisvereinbarung vom Nachweis ausgenommen wurden, ist es wesentlich zu erfassen, ob/welcher Teil des Per-</p>	<p>DKG: Da durch diese Information keine zusätzlichen Erkenntnisse bezüglich der Einhaltung der Mindestvorgaben oder der Weiterentwicklung der PPP-RL gewonnen werden, wird die Ergänzung von Trägerschaft und Bundesland abgelehnt.</p> <p>GKV-SV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Entgegen der Vereinbarung nach § 9 Abs. 1 Nr. 8 BPfIV zur Ausgestaltung des Nachweises nach § 18 Abs. 2 Satz 3 BPfIV (Psych-Personalnachweis-Vereinbarung) unterscheidet die Richtlinie im Anwendungsbereich nicht zwischen Modell- und Regelkrankenhäusern. Im § 1 Abs. 2 der PPP RL heißt es dazu:</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>sonals im Modellvorhaben tätig ist. Dieses Personal darf für die Umsetzung der Richtlinie selbstverständlich nicht angerechnet werden. Dringend notwendig ist eine Personalbemessung bzw. Mindeststandards – in der Versorgungsform angepasster Weise – auch für die Modellprojekte und andere integrierte Versorgungsformen. Denn auch hier ist eine bedarfsgerechte Personalausstattung wichtige Bedingung, um eine gute Versorgungsqualität zu gewährleisten. Durch die pauschalierte Finanzierung besteht ein Anreiz, am Personal zu sparen. Wird diese Lücke bei den Mindestvorgaben nicht geschlossen, droht eine Flucht aus der PPP-RL in die Modellvorhaben - nicht um die guten versorgungspolitischen Ansätze der Modellvorhaben in die Fläche zu übertragen, sondern um die Mindeststandards zu umgehen.</p>	<p>Zu berücksichtigen ist jedoch, dass gemäß § 63 Absatz 3 SGB V bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben gemäß § 64b SGB V von den Vorschriften des 4. und 10. Kapitels des SGB V (und damit den Vorgaben der PPP-RL des G-BA) abgewichen werden kann, soweit es für die Modellvorhaben erforderlich ist.</p> <p>Die Entscheidung über ein Abweichen von Vorschriften ist somit im Rahmen der Vereinbarung durch die Vertragsparteien vor Ort zu treffen. Es ist zu prüfen, ob sich die Inhalte der Leistungen im Modellprojekt anders darstellen als in der Regelversorgung und diese Abweichungen erforderlich sind für die Zielerreichung der Modellvorhaben</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>
15	Bundesdirektorenkonferenz (BDK), 14.07.2021		
15.1	BDK	<p>Allgemeiner Hinweis:</p> <p>Die BDK schließt sich den Positionen der Bundesärztekammer an. Insbesondere wird eine Erhöhung der Minutenwerte ärztlicher sowie nicht-ärztlicher Psychotherapeuten befürwortet.</p> <p>Die Ausweitung von Aufgaben nicht-ärztlicher Psychotherapeuten</p>	<p>DKG/GKV-SV: Da bisher keine Daten bezüglich der Umsetzung der Mindestvorgaben vorliegen, stellt eine Erhöhung der Mindestvorgaben eine unangemessene Verschärfung ohne jegliche Bewertungsgrundlage dar. Aus diesem Grund wird dem Vorschlag nicht gefolgt.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		über den Bereich hinaus, wofür sie ausgebildet und qualifiziert sind, wird abgelehnt.	<p>GKV-SV: Eine Überprüfung der Minutenwerte ist darüber hinaus auf der Grundlage der empirischen Daten des Nachweises vom G-BA geplant.</p> <p>BPtK: Die Regelaufgaben für Psychotherapeut*innen bilden das Kompetenzprofil dieser Berufsgruppe ab und gehen nicht über den Bereich hinaus, für den sie ausgebildet wurden. Psychotherapeut*innen haben in der ambulanten Versorgung Facharztstatus und übernehmen Behandlungsverantwortung und Fallführung für ihre Patient*innen. Es gibt keine Begründung dafür, warum diese Aufgaben nicht auch in der stationären Versorgung übernommen werden können. Auf Klinikenebene haben sich längst Organisationsstrukturen entwickelt, in denen Psychotherapeut*innen in Kooperation mit den ärztlichen Kolleg*innen Oberarztfunktionen übernehmen. Dies sollte sich nun auch in den Regelaufgaben abbilden.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme zur Erhöhung der Minutenwerte wie von der PatV gefordert.</p>
15.2	BDK	<p>§ 5 („Berufsgruppen“):</p> <p>Die BDK unterstützt die Position von GKV-SV/DKG bzw. GKV-SV/DKG und BÄK.</p>	<p>DKG/GKV-SV/PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>BPtK: Die Differenzierung in „ärztliche“ und „nicht-ärztliche“ Psychotherapeut*innen ist aus den in den Tragenden Grün-</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>Psychotherapie ist eine Methode bzw. eine Säule der stationären Behandlung im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans. Diese Methode wird von Ärztinnen/Ärzten und Therapeutinnen/Therapeuten mit psychologischer Grundausbildung angewandt. Die zwei Berufsgruppen haben darüber hinaus verschiedene zusätzliche Kompetenzen und Schwerpunkte. Diese werden am besten durch die Zusätze „ärztlich“ bzw. „nicht-ärztlich“ gekennzeichnet.</p>	<p>den dargestellten Gründen weder sachgerecht noch erforderlich.</p>
15.3	BDK	<p>§ 2 Abs. 2 („Behandlungsverbote“): Die BDK unterstützt die Position von DKG/BÄK. Nach § 2 Abs. 2 der Richtlinie wäre eine Behandlung grundsätzlich nur dann zulässig, wenn die verbindlichen Mindestvorgaben beim Personal eingehalten werden. Die BDK begrüßt zwar die Intention der Durchsetzung der Mindestvorgaben. Eine resultierende Reduktion von Behandlungskapazitäten, z.B. bei Schwierigkeiten offene Personalstellen zu besetzen, könnte jedoch verheerende Auswirkungen auf die Versorgung der Bevölkerung haben. Sie würde auch im Widerspruch zur regionalen Versorgungsverpflichtung der psychiatrischen Kliniken stehen. Die ambulanten Versorgungsstrukturen sind nicht so aufgebaut, dass sie die Bettenreduktion kompensieren könnten. Insgesamt sind die Regelungen nach § 2 Abs. 2 der Richtlinie zwar „gut gemeint“, aber nicht gut gemacht.</p>	<p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. GKV-SV: Siehe Kommentar zu Nr. 5.2. PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
15.4	BDK	<p>§ 8 Abs. 3 („Anrechnung von Psychologen auf (z. B.) Spezialtherapeuten wird ermöglicht“):</p> <p>Die BDK unterstützt die Position von DKG/BÄK/DPR.</p> <p>Eine Erweiterung der Anrechnungsmöglichkeiten bedeutet mehr Flexibilität.</p>	<p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Siehe Kommentar zu Nr. 5.5.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
15.5	BDK	<p>§ 11 Abs. 13 („Nachweisverfahren“):</p> <p>Die BDK unterstützt die Position der DKG.</p> <p>Die quartalsweise Lieferung der Nachweise stellt die Kliniken vor enorme Herausforderungen und verursacht unverhältnismäßige Aufwände durch die Bürokratie.</p>	<p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Siehe Kommentar zu Nr. 7.7.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
15.6	BDK	<p>§ 16 Abs. 1 („Übergangsregelungen“):</p> <p>Die BDK unterstützt die Position der DKG.</p> <p>Die Kliniken brauchen zumindest in einigen Regionen langfristig greifende Strategien um den Personalstand zu erhöhen. Aus Sicht der BDK ist die Verschärfung der Mindestvorgaben (95% ab dem 1.1.23) dabei eine zusätzliche nicht zielführende Barriere.</p>	<p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Siehe Kommentar zu Nr. 7.8.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
15.7	BDK	<p>Anlage 1 („Minutenwertetabelle“):</p> <p>Die BDK unterstützt die Position der BÄK hinsichtlich der Minutenwerte in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene sowie die Position der BÄK in den Tragenden Gründen zur Anpassung der Minutenwerte für die Psychotherapie.</p> <p>Das Berechnungsschema der BÄK (s. Tragende Gründen) für den Zeitaufwand für die Erbringung von Psychotherapie ist plausibel: Zu den Psychotherapiestunden selbst - mit bedarfsabhängig variabler Dauer und Frequenz - kommen die Zeiten für Vor- und Nachbereitung hinzu. Die Psychotherapie wird von ärztlichen und nicht-ärztliche Berufsgruppen gleichermaßen erbracht. Entsprechend sollen die zusätzlichen Minutenwerte für Psychotherapie gleichmäßig auf beide Berufsgruppen verteilt werden. Im Gegensatz dazu sieht der Vorschlag der BPtK eine einseitige Verschiebung psychotherapeutischer Aufgaben hin zu den nicht-ärztlichen Psychotherapeuten vor. Dies lehnt die BDK entschieden ab. Für diese einseitige Verschiebung gibt es keine plausible Begründung bzw. Rechtfertigung.</p>	<p>DKG/GKV-SV: Da bisher keine Daten bezüglich der Umsetzung der Mindestvorgaben vorliegen, stellt eine Erhöhung der Mindestvorgaben eine unangemessene Verschärfung ohne jegliche Bewertungsgrundlage dar. Aus diesem Grund wird dem Vorschlag nicht gefolgt.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
15.8	BDK	<p>Anlage 4, Nummer 1 Buchstabe a („Regelaufgaben“):</p> <p>Die BDK unterstützt die Positionen der DKG hinsichtlich der Regelaufgaben von Ärztinnen und Ärzten.</p>	<p>DKG/PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Siehe Kommentar zu Nr. 7.3.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>Im Vorschlag der GKV-SV werden medizinische und psychotherapeutische Grundversorgung voneinander getrennt und einzeln beschrieben. Diese Trennung ist künstlich und erscheint nicht sinnvoll. Im Klinikalltag greifen medizinisch-somatische, psychiatrische und psychotherapeutische Aspekte ineinander und müssen regelhaft und zwingend im Zusammenhang betrachtet werden. Die Erhebung einer Fremdanamnese gehört regelhaft zur Diagnostik und die umfassende Therapieplanung erfolgt in der Gesamtbetrachtung medizinischer, psychosozialer und psychotherapeutischer Aspekte. In patientenbezogenen Verlaufsbesprechungen werden die bio-psychosozialen Aspekte erörtert und insbesondere die möglichen Zusammenhänge reflektiert. Aktenführung und Entlassbericht spiegeln gerade diese Komplexität wider, die das Hauptmerkmal der psychiatrisch-psychotherapeutischen Grundversorgung durch Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus ist. Eine künstliche Trennung der beiden Aspekte wird der Komplexität nicht gerecht.</p>	
15.9	BDK	<p>Anlage 4, Nummer 1 Buchstabe c:</p> <p>Die BDK unterstützt die Positionen der BÄK hinsichtlich der Regelaufgaben von nicht-ärztlichen Psychotherapeuten. Die Positionen der BPtK werden abgelehnt. Die BPtK schlägt eine erhebliche Ausweitung der Regelaufgaben nicht-ärztlicher Psychotherapeuten vor,</p>	<p>DKG/GKV-SV/PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>BPtK: Die Regelaufgaben für Psychotherapeut*innen bilden das Kompetenzprofil dieser Berufsgruppe ab und gehen nicht über den Bereich hinaus, für den sie ausgebildet wurden. Psychotherapeut*innen haben in der ambulanten Versorgung</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>die deutlich über die Psychotherapie hinausgehen. Aus Sicht der BDK können nicht-ärztliche Psychotherapeuten mangels Grundqualifikation z.B. keine umfassende Therapieplanung (Gesamtbehandlungsplan) vornehmen, bei der neben psychotherapeutischen Aspekten immer zwingend notwendig auch medizinisch-psychiatrische Aspekte berücksichtigt werden müssen. Entsprechend können sie auch kein umfassendes „Monitoring und eine Anpassung der Behandlung im Rahmen von Visiten“ vornehmen. So können sie auch bei der „Dokumentation der Erstaufnahme, des Verlaufs, Aktenführung, E-Berichte“ nicht alle Bereiche, sondern nur die psychotherapeutischen Aspekte abdecken. Es bedarf dabei immer auch zusätzlich der diagnostischen, therapeutischen und ärztlichen Komponenten. Schließlich werden die „Bearbeitung gutachterlicher Fragestellungen auch in Bezug auf sozialrechtliche, familienrechtliche, strafrechtliche Fragestellungen“ sowie die „Abklärung medizinischer, ..., juristischer und anderer Fragen“ abgelehnt (Buchstabe c, Nummer 2). Aus Sicht der BDK fehlt es an der Qualifikation der nicht-ärztlichen Psychotherapeuten für diese Bereiche. Diese Aufgaben können deswegen keine Regelaufgaben von nicht-ärztlichen Psychotherapeuten sein.</p> <p>Erst recht lehnt die BDK die Installierung von Parallelstrukturen von „leitende Psychotherapeuten“ (Doppelbuchstabe cc) und "Visiten der ltd. Psychotherapeut*in" ab. Diese sind unnötig, unsinnig und</p>	<p>Facharztstatus und übernehmen Behandlungsverantwortung und Fallführung für ihre Patient*innen. Es gibt keine Begründung dafür, warum diese Aufgaben nicht auch in der stationären Versorgung übernommen werden können. Auf Klinikenebene haben sich längst Organisationsstrukturen entwickelt, in denen Psychotherapeut*innen in Kooperation mit den ärztlichen Kolleg*innen Oberarztfunktionen übernehmen. Dies sollte sich nun auch in den Regelaufgaben abbilden.</p> <p>Bei der Beschreibung der Regelaufgaben der ltd. Psychotherapeut*innen geht es nicht um die Einführung von Parallelstrukturen in den Kliniken sondern – analog der Beschreibung der Regelaufgaben der Oberärzt*innen – um die Abbildung von bereits existierenden Klinikstrukturen.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		auch gefährlich, weil sie zu Kommunikationsproblemen und einem Verantwortungs-Wirrwarr bei der Patientenbehandlung führen und im krassen Gegensatz zu einem ganzheitlichen Behandlungsverständnis stehen.	
16	Aktion Psychisch Kranke Vereinigung zur Reform der Versorgung psychisch Kranker e.V. (APK), 15.07.2021		
16.1	APK	<p>Vorbemerkung:</p> <p>Die durch die PPP-RL festgelegten Mindestvorgaben bilden die entscheidende Grundlage für die Sicherung der Qualität. Allerdings sieht die APK durch die Sanktionsregelungen und den Zeitplan zu deren Einführung Risiken für die Versorgungssicherheit. Kliniken könnten aus der Ungewissheit, ob sie die Mindestvorgaben erfüllen, notwendige Aufnahmen verweigern. Diese Ungewissheit ist vor allem deshalb zu befürchten, weil die Sanktionen zu einem Zeitpunkt greifen sollen, zu dem auf Grund der Coronapandemie in den Jahren 2020 und 2021 keine belastbaren und erst recht keine zwischen den Vertragspartnern abgestimmten Vergleichswerte aus Vorjahren vorliegen.</p> <p>Die APK hält trotz der einjährigen Verschiebung den vorgesehenen Zeitpunkt zur Scharfstellung der qualitätssichernden Durchset-</p>	<p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>zungsmaßnahmen immer noch für verfrüht. Vor diesem Hintergrund können zum jetzigen Zeitpunkt Verschärfungen der Personalvorgaben nicht befürwortet werden.</p> <p>Eine Ergänzung der Mindestvorgaben für die Zahl vorzuhaltender Psychotherapeuteninnen und Psychotherapeuten im Sinne der gestiegenen Bedeutung für Psychotherapie in der klinischen Behandlung ist gesetzlich vorgeschrieben.</p> <p>Eine inhaltliche Präzisierung der Mindestvorgaben wird grundsätzlich unterstützt.</p>	
16.2	APK	<p>Zu § 2 Grundsätze</p> <p>Abs. 1</p> <p>Die Evidenz einzelner therapeutischer Maßnahmen bzw. des Einsatzes spezieller Berufsgruppen im Rahmen eines Komplexleistungsprogramms ist kaum nachzuweisen. Insofern war es sinnvoll, sich in der Richtlinie auf den Begriff ‚leitliniengerecht‘ zu beschränken. Die Ergänzung der Anforderung ‚evidenzbasiert‘ wird nicht befürwortet.</p> <p>Die Vorgabe ‚jederzeit‘ ist verzichtbar, aber auch unschädlich, weil die Anforderung leitliniengerechter Behandlung jederzeit besteht.</p>	<p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Da die Anforderung an und auch der Anspruch der Krankenhäuser an sich selbst besteht, jederzeit leitliniengerecht zu behandeln, muss der Begriff „jederzeit“ jedoch bestehen bleiben.</p> <p>GKV-SV: Dank und Verweis auf Kommentar zu Nr. 12.2.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
16.3	APK	<p>Abs. 2</p> <p>Der Grundsatz, nach dem Behandlung nur zulässig ist, wenn die Mindestvorgaben erfüllt werden, bildet die Grundlage der Richtlinie und sollte nicht gestrichen werden. Allerdings weist die APK darauf hin, dass Kollisionen zwischen der Aufnahmeverpflichtung einer psychiatrischen Klinik mit Versorgungsverpflichtung und diesem Grundsatz eintreten können.</p> <p>Schon in früheren Stellungnahmen hat die APK betont, dass eine über die Nichtvergütung unbesetzter Stellen hinausgehende Sanktionierung einer Unterbesetzung zu Versorgungsproblemen führen kann. Diese Sorge verstärkt sich aufgrund der Tatsache, dass über die erforderliche Stellenbesetzung wegen pandemiebedingt fehlender abgestimmter Vergleichswerte noch weitgehend Unklarheit besteht. Auch die Daten aus dem Jahr 2021 werden aufgrund der Besonderheiten wegen der Pandemie keine geeignete Grundlage bieten. Es sollte in diesem Zusammenhang klargestellt werden, dass Abweichungen von dem oben genannten Grundsatz insbesondere in der Einführungsphase unvermeidbar sind.</p>	<p>DKG: Die von der APK beschriebenen Kollisionen zwischen der Aufnahmeverpflichtung einer psychiatrischen Klinik mit Versorgungsverpflichtung und diesem Grundsatz sind nur sicher zu vermeiden, wenn der Grundsatz gestrichen wird. Die DKG fordert daher weiterhin dessen Streichung. Wenn ein Grundsatz nur eingeschränkt gelten kann - und zum Beispiel in der Einführungsphase nicht -, kann es sich nicht um einen Grundsatz der Richtlinie handeln.</p> <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>
16.4	APK	<p>Zu § 3 Behandlungsbereiche</p> <p>Abs. 1</p>	<p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme zu Aufnahme von A8. Vor dem Hintergrund, dass die psychosomatischen Verbände die Aufnahme der Kategorien P5 und P6 mangels</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>Die Aufnahme der teilstationären psychiatrisch/psychotherapeutischen Komplexbehandlung wird begrüßt.</p> <p>Die Aufnahme der Behandlungsbereiche „Intensivierte psychosomatische/psychotherapeutischen Komplexbehandlung (P 5)“ und „Intensivierte psycho-somatische/psychotherapeutischen Komplexbehandlung teilstationär (P 6)“ wird grundsätzlich als sinnvolle Differenzierung begrüßt.</p> <p>Die Intensität bezieht sich allerdings ausschließlich auf die Anzahl der Therapieeinheiten. Es gibt allerdings auch intensive Behandlungsbedarfe mit deutlich erhöhten krankenschwangerischen Behandlungsbedarf oder durch erhebliche somatische Komorbidität.</p>	<p>jeglicher Datengrundlage vehement ablehnen, wird der Aufnahme dieser Kategorien nicht zugestimmt.</p> <p>GKV-SV/PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>
16.5	APK	<p>Zu § 5 Berufsgruppen</p> <p>Abs. 1 c und 2c</p> <p>Diplom-Psychologinnen und -psychologen und Master in Psychologie sollten in der Aufzählung enthalten bleiben, weil es für sie im Rahmen der Behandlung sinnvolle Einsatzfelder gibt.</p>	<p>DKG/GKV-SV/PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>
16.6	APK	<p>§ 8 Anrechnung von Berufsgruppen</p> <p>Eine Erhöhung der Anrechenbarkeit zwischen den Berufsgruppen ist</p>	<p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Die Möglichkeiten einer wechselseitigen Anrechnung werden wir im Rahmen der Weiterentwicklung der Richtlinie prüfen.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>sinnvoll und entspricht dem Prinzip der PsychPV, nach dem auch unterschiedliche therapeutische Schwerpunktsetzungen zulässig waren.</p> <p>Die Anrechenbarkeit sollte allerdings wechselseitig sein und auch Spezialtherapeuten einschließen.</p>	<p>GKV-SV: Eine generelle Anrechenbarkeit zwischen den Berufsgruppen unterhöhlt das Prinzip der Mindestanforderung für einzelne Berufsgruppen. Dies ist zu vermeiden.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme. Die PatV stimmt nur einer eingeschränkten Anrechnung zu.</p>
16.7	APK	<p>§ 11 Nachweisverfahren</p> <p>Abs. 13</p> <p>Eine Verlängerung des quartalsweisen Datennachweises um ein Jahr ergibt Sinn, wenn der Einsatz der Sanktionen entsprechend verschoben wird. Dies wird von der APK befürwortet (siehe Kommentar oben).</p>	<p>DKG: Dank und Kenntnisnahme. In einer Zusammenschau mit einer Verschiebung der Sanktionen könnte eine Verlängerung der Übergangsphase und damit der quartalsbezogenen Nachweise unterstützt werden. Eine Verlängerung der quartalsweisen Datenlieferungen zu einem Zeitpunkt, wo die Sanktionen schon seit zwei Jahren greifen ist hingegen nicht nachvollziehbar.</p> <p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>
17	Deutsche Psychotherapeutenvereinigung e.V. (DPtV), 16.07.2021		
17.1	DPtV	<p>A. AUSGANGSSITUATION</p> <p>Die DPtV begrüßt eine Änderung der Richtlinie zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL). Denn die Kliniken für</p>	<p>BPtK: Dank und Zustimmung.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>Psychiatrie und Psychosomatik haben zu wenig Personal zur Verfügung, um Patient*innen psychotherapeutisch so zu behandeln, wie es aktuelle wissenschaftliche Leitlinien empfehlen. Die Evidenz von Psychotherapie hat sich in den vergangenen Jahrzehnten so erheblich verändert, dass eine grundlegende Modernisierung der psychiatrischen Kliniken erforderlich ist.</p> <p>Das Fehlen von ausreichend Psychotherapeut*innen führt zu schwierigen Arbeitsbedingungen für das vorhandene Personal und hat noch drastischere Konsequenzen für die Patient*innen. Eine ausreichende Versorgung kann unter den gegebenen Bedingungen nicht gewährleistet werden.</p> <p>Eine von ver.di initiierte Umfrage¹ unter 1800 Psychiatriebeschäftigten bestätigte erhebliche Defizite in der Versorgung innerhalb verschiedener Stationsarten in der Psychiatrie. Diese Befunde sind nicht neu. Schon 2019 erhob ver.di ein solches Versorgungsbarometer, dass bereits ähnliche Misstände aufzeigte².</p> <p>Die Umfrage ergab, dass notwendige Einzel- und Gruppentherapieeinheiten aufgrund der personellen Unterbesetzung häufig ausfallen. Mehr als 60% der Befragten (2019 bei 40%) gaben an, dass Einzeltherapien in ihrer letzten Schicht „nur zum Teil“, „nur sehr eingeschränkt“ oder „nicht möglich“ gewesen sei. 68,8% (2019 77,3%) der Beschäftigten in den Psychiatrien werten die Personalausstattung</p>	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>als „knapp“ oder „viel zu gering“. Deutlich zeichnet sich der Zusammenhang von Versorgungsqualität und Personalausstattung ab: je skeptischer die Beschäftigten ihre Personalsituation einschätzen, desto stärker benennen sie auch erhebliche Defizite in der Qualität.</p> <p>Drei von fünf Beschäftigten haben in den letzten vier Wochen mindestens eine Zwangsmaßnahme miterlebt (2019 Drei von Vier).</p> <p>Ca. 50% (2019 60%) meinen, dass „ungefähr die Hälfte“ oder „fast alle“ dieser Zwangsmaßnahmen mit einer besseren Personalausstattung vermeidbar gewesen wären.</p> <p>Aus ökonomischen Gründen werden in den Kliniken Psychotherapeut*innen in Ausbildung (PiA) als geringfügig Beschäftigte eingesetzt um die bestehende Unterversorgung auszugleichen. Aufgrund des geringen Personalschlüssels erhalten die PiAs jedoch häufig kaum fachliche Anleitung. Aus Qualitätsgesichtspunkten kann dieser Zustand nicht weiter aufrechterhalten werden. Die Überlastung des vorhandenen Personals gefährdet sowohl die Gesundheit des Personals als auch der Patient*innen und wird dem tatsächlichen Behandlungsbedarf keineswegs gerecht. Die Ergebnisse der Umfrage machen deutlich, dass eine erhebliche Aufstockung der Personalausstattung mit qualifiziertem Fachpersonal dringend notwendig ist.</p>	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>Wir begrüßen daher, dass der Gesetzgeber den Handlungsbedarf erkannt hat und die Mindestvorgaben für Psychotherapeut*innen in die PPP-Richtlinie aufgenommen hat und nun verbessern will. Auch sollten die Regelaufgaben und das Qualifikationsniveau von psychotherapeutischen Behandelnden festgeschrieben werden.</p> <hr/> <p>¹ Ver.di, Versorgungsbarometer Psychiatrie 2019, einsehbar unter folgender https://gesundheit-soziales.verdi.de/themen/versorgungsbarometer, zuletzt aufgerufen 01.07.21</p> <p>² Ver.di, Versorgungsbarometer Psychiatrie 2019, einsehbar unter folgender URL: https://gesundheit-soziales.verdi.de/mein-arbeitsplatz/psychiatrie/++co++d147c286-9d97-11e9-9757-525400f67940, (zuletzt aufgerufen am 15.08.2020).</p>	
17.2	DPtV	<p>B. BEWERTUNG</p> <p>Zur Verwendung der Bezeichnung „nicht-ärztlich“ in § 5 Absatz 1c) und Absatz 2c)</p> <p>Der Zusatz „nicht-ärztlich“ zur Bezeichnung der Berufsgruppe ist nicht notwendig und nicht fachgerecht. Denn eine begriffliche Klarstellung erfolgt bereits in den Vorschriften des Berufs- und Vertragsarztrechts. Dort wird mit den Begriffen „Psychotherapeutin“ und „Psychotherapeut“ jemand bezeichnet, der nicht Arzt ist³. Dementsprechend werden die Begriffe „Psychotherapeutin“ und „Psychotherapeut“ nicht nur im PsychThG, sondern auch im SGB V und in § 132a Abs. 1 Nr. 2 StGB verwendet.</p>	<p>DKG/GKV-SV: Der Passus „nicht-ärztlich“ wird zur Abgrenzung zu den ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verwendet. Ohne Nennung dieses Zusatzes bei gleichzeitiger Aufführung ärztlicher Psychotherapeuten/-innen in der Berufsgruppe a könnten Missverständnisse aufkommen. Es könnte sich durchaus die Frage stellen, ob ärztliche Psychotherapeuten/-innen in beiden Berufsgruppen berücksichtigt sind. Der Zusatz „nicht-ärztlich“ wird daher beibehalten.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>Auch spricht gegen die Verwendung des Zusatzes „nicht-ärztlich“, dass ein solcher Zusatz vor dem Hintergrund der Aufzählung der Berufsgruppen in § 5 PPP-RL redundant und nicht notwendig ist. Aus der Aufzählung der Berufsgruppen in § 5 PPP-RL wird erkennbar, dass mit der Berufsgruppenbezeichnung „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ keine Ärztinnen und Ärzte gemeint sind. Die Berufsgruppe der „Ärztinnen und Ärzte“ steht an erster Stelle der in § 5 PPP-RL aufgezählten Berufsgruppen. Damit wird bereits eingangs erkennbar, dass alle nachfolgenden Berufsgruppen keine Ärztinnen und Ärzte sind, folglich auch nicht die Berufsgruppe der „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“.</p> <hr/> <p>³ §1 PsychThG</p>	
17.3	DPtV	<p>Unterscheidung Psycholog*innen vs. Psychotherapeut*innen</p> <p>Auch weiterhin findet keine Unterscheidung zwischen Psycholog*innen vs. Psychotherapeut*innen in der PPP-RL statt, obwohl sich die rechtliche Rahmenbedingung inzwischen massiv verändert haben.</p> <p>Diplom- / und Master-Psycholog*innen, die weder über eine Approbation verfügen noch eine Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeut*in (in der Kinder- und Jugendpsychiatrie auch zur Kinder-</p>	<p>DKG/GKV-SV: Nach wie vor arbeiten auch berufserfahrene klinische Psycholog*innen ohne Approbation in den Einrichtungen der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Aus fachlichen und arbeitsrechtlichen Gründen ist eine Berücksichtigung dieser Berufsgruppe nach wie vor gerechtfertigt, zumal ein „Aussterben“ des Psycholog*innenberufs mit seinen besonderen Spezialisierungen nicht zwingend</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>und Jugendlichenpsychotherapeut*in) absolvieren, fallen nicht unter die Berufsgruppe „Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen“. Sie sind in den Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik nur noch eine kleine Gruppe. Das Berufsbild der Psychotherapeut*in – d. h. der Psychologischen Psychotherapeut*innen (PP) und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen (KJP) – war in der Psych-PV aus dem Jahr 1991 nicht abgebildet. Auch bei der Überführung der Regelungen der Psych-PV in die PPP-Richtlinie wurde aus Zeitgründen auf eine Berücksichtigung dieser Berufsgruppe mit einem eigenen Aufgaben- und Tätigkeitsprofil (Regelaufgaben) verzichtet. Dabei unterscheidet sich das Kompetenz- und Aufgabenprofil der PP und KJP grundlegend vom Kompetenz- und Aufgabenprofil der „Psycholog*innen“, wie es in der Psych-PV auf Basis des damals existierenden Berufsbildes festgelegt wurde. PP und KJP erwerben im Gegensatz zu Psycholog*innen nach dem Studium in einer drei- bis fünfjährigen Ausbildung eine Approbation und sind Angehörige eines akademischen Heilberufs. In der ambulanten Versorgung entspricht das damit erworbene Qualifikationsniveau dem Facharztstatus. Psychotherapeut*innen werden während ihrer Ausbildung umfassend für die Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen qualifiziert. Entsprechend ihres breiteren Kompetenzprofils übernehmen Psychotherapeut*innen in der stationären Versorgung andere und verantwortlichere Aufgaben, als in</p>	<p>zu erwarten ist. Es ist zudem unklar, wie groß die Gruppe genau ist. So dass derzeit überhaupt nicht abgeschätzt werden kann, welche Auswirkungen der Ausschluss von Psycholog/-innen ohne Approbation in der Praxis hätte. Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass die Berufsbezeichnung „Klinische Psycholog*in“ im europäischen und internationalen Vergleich wesentlich gebräuchlicher ist als die Berufsbezeichnung „Psychotherapeut*in“. Ein Ausschluss könnte sich damit auch auf zukünftigen Einsatz von ausländischem psychologischem Fachpersonal negativ auswirken.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>

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

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellung- nehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>den Regelaufgaben der Psych-PV für die psychologische Berufsgruppe festgeschrieben wurde. Diese Entwicklung seit dem Jahr 1999 muss in der PPP-Richtlinie angepasst werden.</p> <p>Zudem kann festgestellt werden, dass mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung die Grundlage zur Qualifikation der zukünftigen Fachpsycho-therapeut*innen geschaffen worden ist. Demnach werden ab 2022 die ersten Absolvent*innen ihr Studium der Psychotherapie mit der Approbation als Psychotherapeut*in abschließen und ihre Weiterbildung zur Fachpsychotherapeut*in in den Kliniken beginnen. Diese Berufsgruppe wird perspektivisch in Zukunft vorwiegend die psychotherapeutische Versorgung in den Kliniken leisten.</p> <p>Die Anzahl der Psychologischen Psychotherapeut*innen (PP) und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen (KJP) wird in den Kliniken mit der Zeit abnehmen. Bis zum 1. September 2035 wird es für Psycholog*innen noch möglich sein, sich zu PP und KJP zu qualifizieren. Aus diesem Grund erscheint eine Übergangsfrist bzgl. der Anrechnung auf die Berufsgruppe gemäß § 5 Absatz 1 Buchstabe c von Diplom- und Master-Psychologinnen und -Psychologen auf § 5 Absatz 2 Buchstabe c bis zum 1. September 2035 sachgerecht.</p> <p>Sollte sich über die Nachweise der PPP-RL herausstellen, dass die</p>	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		Gruppe der „Psycholog*innen“ ohne Ausbildung zum PP/KJP entgegen der getroffenen Annahme eine substanzielle Größe in Kliniken darstellt, besteht gemäß § 8 Absatz 5 die Möglichkeit, „Psycholog*innen“ in einem Umfang von bis zu 10% auf die Berufsgruppe der Psychotherapeut*innen anzurechnen.	
17.4	DPtV	<p>Zu Hilfskräften gemäß § 8 Absatz 5</p> <p>Die DPtV sieht die Anrechenbarkeit von Hilfskräften und nicht-aprobierten Personal entsprechend § 5 Abs.1 und 2 b, d, e und f auf die Berufsgruppe der Psychotherapeut*innen kritisch. Psychotherapeutische Behandlung ist hochqualifizierte Tätigkeit und erfordert ein Hochschulstudium, postgraduale Aus- und Weiterbildung und die Approbation. Wir fordern daher das Einhalten von Qualifikationsstandards zur Qualitätssicherung und Patient*innen-Sicherheit.</p>	<p>DKG: Auch die Regelaufgaben der Psychotherapeuten/-innen umfassen u.a. Dokumentationsaufgaben, die von Hilfskräften übernommen werden können, sodass Psychotherapeuten/-innen mehr Zeit für die direkte Patientenbehandlung haben. Eine Anrechnung ist zudem nur möglich, wenn das anzurechnende Personal eine ausreichende Qualifikation zur Übernahme der jeweiligen Regelaufgaben hat.</p> <p>GKV-SV: Eine Anrechnung ist nur möglich, wenn das anzurechnende Personal eine ausreichende Qualifikation zur Übernahme der jeweiligen Regelaufgaben hat. Sie ist begrenzt auf 10 Prozent.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>
17.5	DPtV	<p>Zur Anlage 1 Minutenwerttabellen</p> <p>Die DPtV schließt sich der Empfehlung der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) an und befürwortet die gesamte Übernahme der</p>	<p>DKG: Eine Erhöhung der Mindestvorgaben um teilweise über das dreifache wird vor dem Vorliegen jeglicher Informationen</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>vorgeschlagenen Minutenwerte durch die BPtK. Nach § 136a Absatz 2 SGB V soll die Psychotherapie gemäß ihrer Bedeutung für die Behandlung psychisch und psychosomatisch Erkrankter durch die Mindestvorgaben für Psychotherapeut*innen abgebildet werden. Zur Stärkung der Psychotherapie sollen deshalb die Minutenwerte entsprechend erhöht werden. Dieser Aspekt ist zentral.</p>	<p>über die Einhaltung der Mindestvorgaben und den tatsächlichen Personaleinsatz abgelehnt, da eine Einschätzung über die Auswirkungen in der Praxis kaum möglich ist. Zudem ist fraglich, ob es sich bei der Erhöhung noch um Mindestvorgaben oder eher um Anhaltzahlen handelt. Gemäß § 1 Absatz 1 werden verbindliche Mindestvorgaben und keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung festgelegt.</p> <p>GKV-SV: Die Minutenwerte der Psychotherapeuten sind mit Einführung der PPP-RL um 60 Prozent erhöht worden. Eine weitere Erhöhung der Mindestvorgaben um teilweise über das dreifache wird vor dem Vorliegen jeglicher Informationen über die Einhaltung der Mindestvorgaben und den tatsächlichen Personaleinsatz abgelehnt. Es müssen zunächst empirische Daten aus den Nachweisen vorliegen, um Auswirkungen analysieren zu können. Die Erhöhung der Minutenwerte muss außerdem an die Erfüllung der Leistung (hier Therapieeinheiten) geknüpft werden und kann nicht pauschal erfolgen.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
17.6	DPtV	<p>Sicherstellen von individueller Einzelbehandlung</p>	<p>DKG: Um dem Personal die Möglichkeit zu geben immer auf die individuellen Patientenbedarfe einzugehen, werden in der</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>Die Entscheidung des Behandlungssettings (Einzel- versus Gruppentherapie), darf nicht aufgrund von ökonomischem Druck erfolgen. In einer Gruppenpsychotherapie ist der Patient*innen-Psychotherapeut-Personalschlüssel aus ökonomischer Sicht effizienter, da zeitgleich mehr Patient*innen versorgt werden. Doch in der Gruppenpsychotherapie werden nicht bloß mehrere Einzeltherapien zusammengefasst – sie ist ein spezifisches Behandlungskonzept. Sie kann die Einzeltherapie nicht ersetzen, aber deutlich erweitern und bereichern und sollte daher stets inhaltlich-indikationsgeleitet eingesetzt werden, statt sich ökonomischen Faktoren zu unterwerfen. Behandlungszeit sollte deshalb explizit auch Minutenwerte für Einzelpsychotherapie erfassen, damit Behandlungsbedürfnisse der Patient*innen sichergestellt werden können.</p>	<p>PPP-RL keine Zeitvorgaben für bestimmte Leistungen getroffen, stattdessen werden Mindestvorgaben für die Personalausstattung festgelegt. Vorgaben zu Therapiezeiten finden sich bereits in den OPS-Codes. Bei der PPP-RL handelt es sich hingegen nicht um leistungsbezogene, sondern einrichtungs- und quartalsbezogene Mindestvorgaben mit dem Ziel eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen.</p> <p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>
17.7	DPtV	<p>Zur Anlage 4 Regelaufgaben</p> <p>Die DPtV spricht sich eindeutig für die Aufnahme von Regelaufgaben von Leitenden Psychotherapeut*innen in die PPP-RL aus gemäß dem Vorschlag der BPtK. Gemäß des hohen Qualifikationsniveaus von Psychotherapeut*innen gehen damit auch Kompetenzen für Leitungsaufgaben einher. Auch hat eine Umfrage⁴ unter über 1426 angestellten Psychotherapeut*innen ergeben, dass über 21% der</p>	<p>DKG/GKV-SV: § 107 SGB V sieht die Erfordernis einer ärztlichen Leitung vor. Die Aufnahme von leitenden Psychotherapeut*innen widerspricht dieser gesetzlichen Vorgabe und wird daher abgelehnt.</p> <p>Siehe dazu auch die anderen Stellungnahmen.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>Befragten schon über 10 Jahre approbiert seien und somit über fundierte Berufserfahrung in den Kliniken verfügen.</p> <hr/> <p><small>⁴ DPtV-Angestelltenumfrage, veröffentlicht in Psychotherapie Aktuell 2021-01, online unter https://www.deut-schepsychotherapeutenvereinigung.de/gesundheitspolitik/aktuelle-meldungen/news-bund/news/mehr-psycho-therapeutinnen-in-klinische-fuehrungspositionen/, zuletzt abgerufen 01.07.21</small></p>	
17.8	DPtV	<p>C. HANDLUNGSBEDARF</p> <p>Auf Basis der o.g. Sachlage sprechen wir uns für folgende Änderungen in der PPP-RL aus:</p> <p>Rot = Änderung Rot = Streichung</p> <p>§ 2 Grundsätze</p> <p>(1) Über die Vorgaben in § 107 Absatz 1 SGB V hinaus haben die Krankenhäuser im Sinne von § 1 Absatz 2 jederzeit das für die Sicherstellung einer evidenzbasierten und leitliniengerechten Behandlung der Patient*innen erforderliche Personal vorzuhalten.</p>	<p>DKG: Die Krankenhäuser haben den Anspruch jederzeit leitliniengerechte Versorgung sicherzustellen. Zudem kann nur auf diese Weise gewährleistet werden, dass auch die Mindestvorgaben auch bei Personalschwankungen eingehalten werden können. Unklar ist hingegen, was eine evidenzbasierte Behandlung abweichend von einer leitliniengerechten Behandlung sein soll. Die Leitlinien greifen die bestverfügbare Evidenz auf, sodass es unmöglich ist auf weitere „Evidenz“ zu verweisen.</p> <p>GKV-SV/PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
17.9	DPtV	<p>§ 5 Berufsgruppen</p> <p>(1) c) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten [keine Übernahme von „nicht-ärztlich“] Dazu zählen Diplom-Psychologinnen</p>	<p>DKG/GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Der Vorschlag wird aus den oben genannten Gründen nicht übernommen.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>und Diplom Psychologen oder Master in Psychologie, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten, Diplom-/Master-Psychologinnen in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin und Diplom-/Master-Psychologen in Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 1. September 2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes sowie Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten für Erwachsene</p>	<p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
17.10	DPtV	<p>(2) c) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten [keine Übernahme von „nicht-ärztlich“]</p> <p>(Dazu zählen Diplom Psychologinnen und Diplom Psychologen oder Master in Psychologie, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Diplom-/Master- Psychologinnen in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin und Diplom-/Master-Psychologen in Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten, Diplom-/Master-Psychologinnen oder/bzw. (Sozial-) Pädagoginnen in Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und Diplom-/Master-Psychologen oder/bzw. (Sozial-) Pädagogen in Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Psychotherapeutinnen</p>	<p>DKG/GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Der Vorschlag wird aus den oben genannten Gründen nicht übernommen.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		und Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 1. September 2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes sowie Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche	
17.11	DPtV	(6) Bei der tatsächlichen Personalausstattung gemäß § 7 können Diplom- und Master-Psychologinnen und -Psychologen, die keine Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin oder zum Psychologischen Psychotherapeuten absolvieren, auf die Berufsgruppe gemäß § 5 Absatz 1 Buchstabe c, und Diplom- und Master-Psychologinnen und -Psychologen, die keine Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten absolvieren, auf § 5 Absatz 2 Buchstabe c bis zum 1. September 2035 angerechnet werden Es besteht gemäß § 8 Absatz 5 die Möglichkeit, Fachkräfte aus anderen Berufsgruppen, in diesem Fall „Psycholog*innen“ in einem Umfang von bis zu 10% auf die Berufsgruppe der Psychotherapeut*innen anzurechnen.	<p>DKG/GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Der Vorschlag wird aus den oben genannten Gründen nicht übernommen.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
17.12	DPtV	<p>Anlage 1 Minutenwerttabellen</p> <p><i>[Die DPtV schließt sich vollständig der Empfehlung der BundespsychotherapeutenKammer an und befürwortet die gesamte Übernahme der vorgeschlagenen Minutenwerte durch die BPTK.]</i></p>	<p>DKG/GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Der Vorschlag wird aus den oben genannten Gründen nicht übernommen.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
17.13	DPtV	<p>Anlage 4 Regelaufgaben</p> <p>1. Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) - Erwachsenenpsychiatrie</p> <p>c) Regelaufgaben der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Psychologinnen und Psychologen gemäß § 5 Absatz 1</p> <p>1. Klinisch-psychologische Psychotherapeutische Grundversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mitwirkung bei Anamnese und Befunderhebung, inkl. Anwendung standardisierter Instrumente, Fremdanamnese - Therapieplanung (einschließlich Indikationsstellung für Spezialtherapien, z.B. Ergotherapie), Dokumentation der (Erst-)aufnahme (insbesondere Testdiagnostik und handlungsorientierte Diagnostik) sowie bei der Therapieplanung - Verlaufskontrolle Verlaufsuntersuchungen und, Monitoring und Anpassung der Behandlung auch im Rahmen von Visiten, Teilnahme an Visiten - Dokumentation der Erstaufnahme Dokumentation des Verlaufs, Aktenführung, Berichte Entlassberichte entlassbrief - Teilnahme an täglichen Verlaufsbesprechungen im Team (patientenbezogenen Teambesprechungen) 	<p>DKG/GKV-SV: Mit den Änderungen sollen insbesondere die gewachsene Bedeutung der Psychotherapie berücksichtigt werden. Zudem sollen die Möglichkeiten der Austauschbarkeit der beiden Berufsgruppen untereinander verdeutlicht werden. Die Vorschläge zu leitenden Psychotherapeuten/-innen werden aus den oben genannten Gründen nicht übernommen.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<ul style="list-style-type: none"> - Teilnahme Oberarztvisite/Visite der ltd. Psychotherapeut*in/Kurvenvisite <p>2. Einzelfallbezogene Behandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einzelgespräche, Einzelpsychotherapie einschließlich spezieller Trainingsprogramme/Expositionen - Krisenintervention - Familiengespräche/Familientherapie - Abklärung Abklärung medizinischer, psychotherapeutischer, juristischer und anderer Fragen - Patientenbezogene Zusammenarbeit mit Stellen außerhalb des Kranken-hauses - Rehabilitations- und Nachsorgeplanung - Bearbeitung gutachterlicher Fragestellungen auch in Bezug auf sozial-rechtliche, familienrechtliche, strafrechtliche Fragestellungen Bearbeitung gutachterlicher Fragestellungen auch in Bezug auf sozial-rechtliche, familienrechtliche, strafrechtliche Fragestellungen <p>3. Gruppentherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gruppenpsychotherapie 	<p>GKV-SV: Die Bearbeitung gutachterlicher Fragestellungen auch in Bezug auf sozial-rechtliche, familienrechtliche, strafrechtliche Fragestellungen werden in der Regel gerichtlicherseits eigens honoriert und dürfen nicht in der Regelarbeitszeit durchgeführt.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<ul style="list-style-type: none"> - einschließlich spezieller Therapie- und Trainingsprogramme in Gruppen, z.B. Psychoedukation inkl. Gruppennachbesprechung - Teilnahme an Stationsversammlungen - Angehörigengruppen auf der Station <p>4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teilnahme an den Ärzte-/Psychotherapeutenlogenkonferenzen - Teilnahme an Therapiekonferenzen - Einzelfallsupervision/Teamsupervision - Konzeptbesprechungen im Team - Teilnahme an hausinternenMaßnahmen zur Fort- und Weiterbildung einschließlich Supervision, Balintgruppen - Teilnahme an Außenkontakten (ambulante und komplementäre Dienste, Selbsthilfe- und Angehörigengruppen) - Durchführung von Fort- und Weiterbildung einschließlich Supervision im Rahmen der stationären Weiterbildung (zu leisten nur von Psychologische Psychotherapeut*innen und Fachpsychotherapeut*innen) 	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<ul style="list-style-type: none"> - Regelmäßige Unterweisungen (Hygiene, Arbeitssicherheit, Brandschutz, Mentoring, Reanimation etc.) <p>cc. Regelaufgaben der lfd. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten</p> <p>1. Stationsbezogene Tätigkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Visiten der lfd. Psychotherapeut*innen - Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechung im Team - Begleitung und Kontrolle von Diagnostik und Therapie der psychischen Erkrankung - Aktive Beteiligung an Therapien (Einzel, Familie, Gruppe) - Gesamtbehandlungsplan in Bezug auf die psychische Erkrankung, einschließlich Spezialtherapien, Therapieplanung - Akten- und Dokumentationskontrolle - Teilnahme/Leitung Stationsversammlungen/Angehörigen-gruppe auf der Station - Supervision (Einzelfallsupervision und Teamsupervision) <p>2. Stationsübergreifende Tätigkeiten</p>	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<ul style="list-style-type: none"> - Teilnahme an den Konferenzen des therapeutischen Personals, Klinikorganisation, Klinikgremien - Teilnahme an Leitungsbesprechungen, interne Koordination - Bearbeitung von Anfragen, Beschwerden - Verwaltungsaufgaben - Teilnahme an Fortbildung und Durchführung von Fort- und Weiterbildung im Rahmen der stationären Weiterbildung - Qualitätssicherungsaufgaben <p>3. Außenkontakte</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mitwirkung an der Entwicklung und Durchführung der Zusammenarbeit in der psychiatrischen Versorgung <p>1. Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) – Kinder- und Jugendpsychiatrie</p> <p>c) Regelaufgaben der Psychologinnen und Psychologen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gemäß § 5 Absatz 2</p> <p>1. Psychotherapeutische Klinisch-psychologische Grundversorgung</p>	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<ul style="list-style-type: none"> — Mitwirkung bei Anamnese und Befunderhebung, inkl. Anwendung standardisierter Instrumente, unter Berücksichtigung familienpsychologischer und entwicklungspsychologischer Zusammenhänge, Fremdanamnese unter Einschaltung der Bezugspersonen (Familien, Entwicklungs- und Erkrankungsanamnese), ggfls. psychometrische Untersuchungen einschließlich Auswertung, - Therapieplanung, - Verlaufsuntersuchungen, Monitoring und Anpassung der Behandlung auch im Rahmen von Visiten - Dokumentation der (Erst-)aufnahme, des Verlaufs, Aktenführung, E-Berichte. (insbesondere Testdiagnostik und handlungsorientierte Diagnostik) unter Berücksichtigung familienpsychologischer und entwicklungspsychologischer Zusammenhänge, sowie bei der, Therapieplanung - Verlaufsuntersuchungen, Monitoring und Anpassung der Behandlung auch im Rahmen von Visiten, Befunderstellung und Befundauswertung Verlaufskontrolle, Teilnahme an Visiten — Dokumentation des Verlaufs, Aktenführung, Entlassbrief Berichte 	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<ul style="list-style-type: none"> - Teilnahme an täglichen Verlaufsbesprechungen im Team (patientenbezogene Teambesprechungen) - Teilnahme Oberarztvisite/Visite der ltd. Psychotherapeut*in/Kurvenvisite <p>2. Einzelfallbezogene Behandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einzelgespräche/,-Einzelpsychotherapie einschließlich spezieller Trainingsprogramme/Expositionen - Krisenintervention - Familiengespräche/Familientherapie, Anleitung der Bezugspersonen des Kindes/Jugendlichen, Familientherapie - Abklärung medizinischer, psychotherapeutischer, juristischer und anderer Fragen, Patientenbezogene Zusammenarbeit mit Stellen außerhalb des Krankenhauses - Rehabilitations- und Nachsorgeplanung - Bearbeitung gutachterlicher Fragestellungen auch in Bezug auf sozialrechtliche, familienrechtliche, strafrechtliche Fragestellungen <p>3. Gruppentherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gruppenpsychotherapie 	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<ul style="list-style-type: none"> - -, einschließlich spezieller Therapie- und Trainingsprogramme in Gruppen, z.B. Psychoedukation inkl. Gruppennachbesprechung - -Teilnahme an Stationsversammlungen - -Eltern- bzw. Angehörigengruppen auf der Station <p>4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teilnahme an den Ärzte-/Psychotherapeutenlogenkongferenzen - Teilnahme an Therapiekongferenzen - Einzelfallsupervision/ Teamsupervision - Konzeptbesprechungen im Team - Teilnahme an hausinternen Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung einschließlich Supervision, Balintgruppen - Teilnahme an Außenkontakten (ambulante und komplementäre Dienste, Selbsthilfe- und Angehörigengruppen) - Durchführung von Fort- und Weiterbildung einschließlich Supervision im Rahmen der stationären Weiterbildung (zu leisten nur von Psychologische Psychotherapeut*innen, Kinder- 	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>und Jugendlichenpsychotherapeut*innen und Fachpsychotherapeut*innen)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teilnahme an Außenkontakten (ambulante und komplementäre Dienste, Selbsthilfe- und Angehörigengruppen) - Regelmäßige Unterweisungen (Hygiene, Arbeitssicherheit, Brandschutz, Mentoring, Reanimation etc.) <p>cc. Regelaufgaben der ltd. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten</p> <p>1. Stationsbezogene Tätigkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Visiten der ltd. Psychotherapeut*innen - Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechung im Team - Begleitung und Kontrolle von Diagnostik und Therapie der psychischen Erkrankung - Aktive Beteiligung an Therapien (Einzel, Familie, Gruppe) - Gesamtbehandlungsplan in Bezug auf die psychische Erkrankung, einschließlich Spezialtherapien, Therapieplanung - Akten- und Dokumentationskontrolle - Teilnahme/Leitung Stationsversammlungen/Angehörigengruppe auf der Station 	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<ul style="list-style-type: none"> - Supervision (Einzelfallsupervision und Teamsupervision) <p>2. Stationsübergreifende Tätigkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teilnahme an den Konferenzen des therapeutischen Personals, Klinikorganisation, Klinikgremien - Teilnahme an Leitungsbesprechungen, interne Koordination - Teilnahme an Fortbildung und Durchführung von Weiterbildung - Bearbeitung von Anfragen, Beschwerden - Verwaltungsaufgaben - Teilnahme an Fortbildung und Durchführung von Fort- und Weiterbildung im Rahmen der stationären Weiterbildung - Qualitätssicherungsaufgaben <p>3. Außenkontakte</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mitwirkung an der Entwicklung und Durchführung der Zusammenarbeit in der psychiatrischen Versorgung <p>2. Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) – Psychosomatik</p>	

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

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellung- nehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>Regelaufgaben der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gemäß § 5 Absatz 1</p> <p>1. Psychotherapeutische Grundversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anamnese und Befunderhebung, inkl. Anwendung standardisierter Instrumente, Fremdanamnese - Therapieplanung (einschließlich Indikationsstellung für Spezialtherapien, z.B. Ergotherapie), - Verlaufsuntersuchungen, Monitoring und Anpassung der Behandlung auch im Rahmen von Visiten, Teilnahme an Visiten - Dokumentation der Erstaufnahme des Verlaufs, Aktenführung, E-Berichte - Teilnahme an täglichen Verlaufsbesprechungen im Team - Teilnahme Oberarztvisite/Visite der ltd. Psychotherapeut*in/Kurvenvisite <p>2. Einzelfallbezogene Behandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einzelgespräche / Einzelpsychotherapie einschließlich spezieller Trainingsprogramme / Expositionen - Krisenintervention 	

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

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellung- nehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<ul style="list-style-type: none"> - Familiengespräche / Familientherapie - Abklärung medizinischer, psychotherapeutischer, juristischer und anderer Fragen mit Stellen außerhalb des Krankenhauses, - Rehabilitations- und Nachsorgeplanung - Bearbeitung gutachterlicher Fragestellungen auch in Bezug auf sozialrechtliche, familienrechtliche, strafrechtliche Fragestellungen <p>3. Gruppentherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gruppenpsychotherapie - Therapie und Trainingsprogramme in Gruppen, z.B. Psychoedukation inkl. Gruppennachbesprechung - Teilnahme an Stationsversammlungen - Angehörigengruppen auf der Station <p>4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teilnahme an den Ärzte-/Psychotherapeutenkonferenzen - Teilnahme an Therapiekonferenzen - Einzelfallsupervision/ Teamsupervision 	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<ul style="list-style-type: none"> - Konzeptbesprechungen im Team - Teilnahme an Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung einschließlich Supervision, Balintgruppen - Durchführung von Fort- und Weiterbildung einschließlich Supervision im Rahmen der stationären Weiterbildung (zu leisten nur von Psychologische Psychotherapeut*innen und Fachpsychotherapeut*innen) - Teilnahme an Außenkontakten (ambulante und komplementäre Dienste, Selbsthilfe- und Angehörigengruppen) - Regelmäßige Unterweisungen (Hygiene, Arbeitssicherheit, Brandschutz, Mentoring, Reanimation etc.) <p>Regelaufgaben der ltd. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten</p> <p>1. Stationsbezogene Tätigkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Visiten der ltd. Psychotherapeut*innen - Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechung im Team - Begleitung und Kontrolle von Diagnostik und Therapie der psychischen Erkrankung - Aktive Beteiligung an Therapien (Einzel, Familie, Gruppe) 	

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

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellung- nehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<ul style="list-style-type: none"> - Gesamtbehandlungsplan in Bezug auf die psychische Erkrankung, einschließlich - Spezialtherapien, Therapieplanung - Akten- und Dokumentationskontrolle - Teilnahme/Leitung Stationsversammlungen/Angehörigengruppe auf der Station - Supervision (Einzelfallsupervision und Teamsupervision) <p>2. Stationsübergreifende Tätigkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teilnahme an den Konferenzen des therapeutischen Personals, Klinikorganisation, Klinikgremien - Teilnahme an Leitungsbesprechungen, interne Koordination - Bearbeitung von Anfragen, Beschwerden - Verwaltungsaufgaben - Teilnahme an Fortbildung und Durchführung von Fort- und Weiterbildung im Rahmen der stationären Weiterbildung - Qualitätssicherungsaufgaben <p>3. Außenkontakte</p>	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<ul style="list-style-type: none"> - Mitwirkung an der Entwicklung und Durchführung der Zusammenarbeit in der psychiatrischen Versorgung 	
18	<p><u>Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP), 16.07.2021</u> <i>[Hinweis: Es handelt sich um die Stellungnahmen, die zu den Beschlussentwürfen zur Erstfassung der PPP-RL 2019 und zur Änderung der PPP-RL im Herbst 2020 übermittelt wurden.]</i></p>		
18.1	DGSP	<p>Allgemeiner Hinweis:</p> <p><i>[...] im Mai 2016 haben wir in einer Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (Psych-VVG) unsere grundlegenden Erwartungen an eine zeitgemäße personenzentrierte, lebensfeld- und verlaufsbezogene, sektorenübergreifende, „trialogisch“ begleitete, in jedem Einzelfall flexibel zu entwickelnde psychiatrische Behandlung von Menschen mit komplexem Hilfebedarf dargelegt.</i></p> <p><i>An der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie und der Änderung der Richtlinie haben wir in unseren Stellungnahmen vom 10. Juli 2019 und 2. September 2020 kritisiert, dass damit weder Mindestvorgaben zur Personalausstattung vorgelegt wur-</i></p>	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p><i>den, die evidenzbasiert sind und zu einer leitliniengerechten Versorgung beitragen, noch die Belange der psychisch erkrankten und behandlungsbedürftigen Menschen im Vordergrund stehen. Maßgebliche Änderungen, die unsere in den Stellungnahmen formulierten Forderungen aufgreifen würden, sind in der jetzigen Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie nicht enthalten. Daher verweisen wir auf unsere letzten Stellungnahmen, die ich Ihnen im Anhang nochmal zuschicke.</i></p>	
18.2	DGSP	<p>Stellungnahme vom 10.07.2019</p> <p>[...] die Möglichkeit der Stellungnahme der DGSP e.V. zu dem Beschlussentwurf wurde erst nach einem Widerspruchsverfahren unserem Verband gestattet. Wir erhielten mit Schreiben vom 20. Juni 2019 von dem Beschlussentwurf Kenntnis. Der Zeitrahmen zur Erarbeitung einer differenzierten an den einzelnen Paragraphen orientierten Stellungnahme war somit äußerst begrenzt, weshalb wir nachfolgend in einer generalisierten Form zu dem Beschlussentwurf Stellung nehmen werden.</p> <p>Die aktuell gültigen Regelungen der 30 Jahre alten und damit von den Realitäten in den psychiatrischen Kliniken überholten PsychPV laufen zum Ende dieses Jahres aus. Der G-BA ist beauftragt, ein Sys-</p>	<p>AG: Wir danken für die erneute Übermittlung der Stellungnahmen zu den Beschlussentwürfen zur Änderung der PPP-RL 2019 und 2020. Wir verweisen hiermit auf unsere Rückmeldungen zu Ihren Stellungnahmen, die Sie in den Tragenden Gründen zu den Beschlüssen vom 19.09.2019 und 15.10.2020 einsehen können.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>tem der neuen Personalbemessung zu entwickeln, dass den zukünftigen Anforderungen der klinisch psychiatrischen Versorgung gerecht wird. Das vorliegende Papier wird diesem Anspruch nicht gerecht. Es hinterlässt durch breiten Dissens bei den einzelnen Regelungen den Eindruck, dass hier nicht die Belange der psychisch erkrankten und behandlungsbedürftigen Menschen im Vordergrund stehen, sondern ökonomische Partialinteressen.</p> <p>Es wird die Systematik der PsychPV mangels alternativer Modelle fortgesetzt. Wir bezweifeln angesichts der sich weiter entwickelnden Bedarfe und Versorgungsformen, besonders im Bereich der Psychotherapie und der komplexen regionalen Vernetzung die Tauglichkeit dieses Ansatzes für die Zukunft. Ausrichtung und Ausstattung der Hilfen müssen von den Bedarfen der einzelnen betroffenen Menschen und ihrer Angehörigen gedacht werden, im Krankenhausbereich ebenso wie in ambulanter Therapie und Wiedereingliederung. Wir sehen aus fachlichen Gründen die psychiatrischen Kliniken als Teil der Gemeindepsychiatrie an. Damit verbunden ist das Bemühen, einen lebensweltorientierten Ansatz zu praktizieren, um die Hilfen bedürfnisangemessen und damit effektiv zu gestalten. Damit lassen sich bestehende Tendenzen der „Drehtürpsychiatrie“, der Fehl- und/oder Unterversorgung u. E. überwinden. Ohne eine solche Verbindung sind auch Personalzahlen wenig aussagekräftig.</p>	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>Es bleibt schlussendlich unklar, ob es sich um eine Qualitätsrichtlinie i. S. von Qualitätsentwicklung oder aber Qualitätssicherung oder um eine Richtlinie für die Personalbemessung handelt. Dies zu klären wäre u.E. die vorrangige Aufgabe der Verhandlungspartner. Hier auf die weitere Entwicklung i.R. einer „zweiten Stufe“ der Personalbemessung zu hoffen, birgt die Gefahr in sich, dass notwendige Entscheidungen zum Nachteil der Patientinnen und Patienten verschleppt werden.</p> <p>Wir lehnen im Interesse der Menschen mit einer psychischen Erkrankung eine Absenkung der Mindestvorgaben auf eine 80-Prozentgrenze ab!</p> <p>Die Transparenz hinsichtlich der Umsetzung der Personalausstattungs-Richtlinie ist eine unabdingbare Maßnahme, um eine leitlinienorientierte Behandlung und Versorgung sicherzustellen. Das Prozedere, wie diese Meldungen zu erfolgen haben, muss nach seiner Wirksamkeit gestaltet, erprobt und beurteilt werden. Unterschreitungen der Bemessungsgrenze sollten zwingend kurzfristig aufgehoben werden und als Chance begriffen werden, um über die Versorgungs- und Behandlungsqualität zu reflektieren. Dies sollte unter Einbezug der Vertreter der beteiligten Gruppen – auch der Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen partizipativ – erfolgen. Durchset-</p>	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>zungsmaßnahmen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben sollten sich an der Wirksamkeit orientieren und nicht dazu führen, dass bei Unterschreitung der Mindestanforderungen auf Grund der Verweigerung der Kostenerstattung Krankenhauskapazitäten geschlossen werden. Dies ließe befürchten, dass eine im Interesse der Patientinnen/Patienten und deren Angehörige wohnortnahe Versorgung mitsamt den Behandlungsangeboten in ihrer Existenz gefährdet würden.</p> <p>Die Anhaltszahlen für die Gruppe der Pflegefachpersonen sollten mit dem Anspruch geplant werden, dass durch den angemessenen Personaleinsatz dieser Berufsgruppe im Wesentlichen das stationäre Milieu geprägt wird. Unterbesetzungen können dazu führen, dass sich das Stationsklima negativ entwickelt und sich belastend für die Patienten und Patientinnen und die Mitarbeitenden auswirkt. Mit angemessen Personaleinsatz läßt sich eine mögliche Gefährdungssituation deeskalieren und so Eingrenzungen unter Einsatz von Gewalt verhindern. Freiheitsentziehende Maßnahmen sind nach höchstrichterlichem Urteil nach einem festgelegten patientenorientierten Ablauf zu gestalten. Auch dies ist nur erfüllbar, wenn die Personalausstattung stimmig ist. Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass durch die Vorgaben der S3 Leitlinie "Psychosoziale The-</p>	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>rapien bei schweren psychischen Erkrankungen" und der UN-Behindertenrechtskonvention Zeitaufwände für Konzeptentwicklungen und Kooperationsmassnahmen einzuplanen sind.</p> <p>Die Behandlungsqualität ist neben der Personalpräsenz auch von der fachlichen und sozialen Kompetenz der Mitarbeitenden abhängig. Die Gestaltung hilfreicher/heilsamer/unterstützender und förderlicher Beziehungen sehen wir als wesentliches Moment psychiatrischer Tätigkeit an. Dies entspricht der von uns für psychiatrisch Tätige geforderte sozialpsychiatrischen Grundhaltung. Um dieser Notwendigkeit zu entsprechen sind neben einer guten grundständigen Qualifikation kontinuierliche Weiterbildung und Reflektionsmöglichkeiten wie z.B. Teamcoaching, Supervision u. a. in ausreichendem Umfang in Qualitätsrichtlinien und Personalanhaltszahlen verbindlich zu berücksichtigen.</p> <p>Wir begrüßen sehr die Einbindung von EX-IN-Genesungsbegleiter i.R. der Richtlinie bzw. deren Berücksichtigung bei der Personalbemessung. Eine verbindliche Regelung wird die breite Etablierung dieser für die Umsetzung des Recoveryansatzes wichtigen Unterstützungspersonen befördern.</p> <p>Die Einbindung von Fachkräften für Kunst- und Musiktherapie ist ebenfalls zu begrüßen, da hiermit alternative bzw. ergänzende The-</p>	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		rapieformen zur pharmakologischen Behandlung angeboten werden können, deren Wirksamkeit in anderen Kontexten (NICE) nachgewiesen wurde.	
18.3	DGSP	<p>Stellungnahme vom 02.09.2020</p> <p>Die Richtlinien-Fassung vom 05.08.2020 wird aus Sicht der DGSP weiterhin dem gesetzlichen Auftrag gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V an den G-BA nicht gerecht, Mindestvorgaben zur Personalausstattung vorzulegen, die evidenzbasiert sind und zu einer leitliniengerechten Versorgung beitragen. Es werden lediglich Mindestvorgaben im Sinne einzuhaltender Untergrenzen beschrieben. Die Minutenwerttabellen in Anlage 1 sind ausschließlich für teilstationäre psychosomatische Leistungen ausgeweitet worden. Die Regelversorgung ist auf dem Stand der aktuell geltenden Richtlinie vom Vorjahr.</p> <p>Das notwendigerweise ausreichend vorhandene Personal der verschiedenen Fachdisziplinen sowie die Genesungsbegleiter sind die wichtigste Ressource zur Unterstützung von Menschen in psychischen Krisen. Das Personal begleitet, behandelt und schützt Menschen in Krisen und steht jederzeit mit hoher Verantwortung unterstützend zur Verfügung. Es geht nicht nur darum, die Psych-PV zu</p>	AG: Siehe Kommentar zu Nr. 18.2.

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>überarbeiten, es geht darum, Menschen die bestmögliche Unterstützung in schwierigen Lebenssituationen anbieten zu können.</p> <p>Wir können nicht erkennen, in wie weit die hier vorgeschlagene Änderung die Belange von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Krisensituationen verbessern kann. Vielmehr sehen wir durch die vielfältigen Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben die stationäre Versorgung besonders für schwerst erkrankte Menschen erheblich gefährdet. Dabei muss beachtet werden, dass durch die Arbeitsmarktsituation in vielen Regionen gar nicht ausreichend Personal zur Verfügung steht. Andererseits gibt es ökonomische Anreize, die Personalkosten gering zu halten, sei es durch eine quantitative Geringbesetzung, sei es durch qualitative Einschränkungen. Es fehlen nach dem Scheitern der sogenannten Wittchen-Studie vor allem weiterhin wissenschaftliche Erkenntnisse als Grundlage der Richtlinie.</p> <p>Allgemein erweckt die Richtlinie den Eindruck, dass hier nicht die Belange der psychisch erkrankten und behandlungsbedürftigen Menschen im Vordergrund stehen, sondern ökonomische Partialinteressen. Besonders deutlich wird das in den zahlreichen Dissenspunkten bei den Folgen der Nichteinhaltung in § 13.</p> <p>Weiterhin bleibt es mit der Änderung die Richtlinie bei der grundsätzlich begrüßenswerten Anerkennung von Genesungsbegleitern</p>	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>sehr unverbindlich. Eine verbindliche Regelung wird die breite Etablierung dieser für die Umsetzung des Recoveryansatzes wichtigen Unterstützungspersonen befördern.</p> <p>Demgegenüber wird die Psychosomatik gestärkt, wobei hier einige Punkte nicht klar begründet werden: die Bereiche der Psychosomatik P3 und P4 stellen keine Trennschärfe zwischen Psychiatrie und Psychosomatik dar. Es gibt auch keinen erkennbaren Grund der Aufspaltung der Bereich P1 und P2, was sich auch in der fast wortgleichen Begründung zeigt.</p> <p>Die Nachweispflichten sollten auch wenn die DKG dies aus Gründen des höheren Verwaltungsaufwands ablehnt, stationsbezogen sein, um sicherzustellen, dass Personal auch wirklich dort ankommt, wo es hingehört. Außerdem befürchten wir einen zu großen Gestaltungszeitraum bezüglich Urlaubs- und Fortbildungszeiten. Diese müssten klar zu benennen und mit den tatsächlichen Bedarfen zu begründen sein.</p> <p>Ausrichtung und Ausstattung der Hilfen müssen von den Bedarfen der einzelnen betroffenen Menschen und ihrer Angehörigen gedacht werden, im Krankenhaus ebenso wie in ambulanter Therapie und Wiedereingliederung. Die DGSP fordert einen Prozess der grundlegenden Erarbeitung von Personalbedarfen in den psychiatri-</p>	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>schen Hilfssystemen über die stationäre Akutversorgung hinaus. Dabei schließen wir uns der Forderung des Bundesverbands der Angehörigen psychisch Kranker (BApK) nach der umfassenden Beteiligung einer trialogischen Expertengruppe mit Vertretern aus Wissenschaft und Praxis an. Dazu sollte baldmöglichst eine Nachfolgestudie zur Wittchen-Studie erstellt werden.</p> <p>Andere Modelle der Personalbemessung wie die Psych-PV plus von Ver.di oder das Plattform-Modell der DGPPN können Anhaltspunkte für eine grundlegende Neufassung sein. Die DGSP wird sich daran oder an einer trialogischen Expertenkommission gerne beteiligen.</p> <p>Außerdem wird auch die Fachkraftquote in der Pflege in der Richtlinie nicht berücksichtigt. Eine Fachkraftquote von 30-50 Prozent, idealerweise auch eine Akademisierungsrate von 10 Prozent sollte sichergestellt sein, um eine hochwertige Versorgung und Patientensicherheit zu gewährleisten sowie Zwangshandlungen zu vermeiden.</p> <p>Allgemeiner Hinweis:</p> <p>Des Weiteren möchten wir auf unsere Stellungnahme vom 10. Juli 2019 verweisen.</p> <p>Der begrenzte Zeitraum zwischen der Veröffentlichung der Änderung am 20. August 2020 und die Frist zur Einreichung der Stellung-</p>	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		nahme bis 3. September 2020 lässt kaum Raum für unsere verbandsinterne Kultur der gemeinsamen Meinungsbildung und dem dazu gehörigen Abstimmungsprozess.	
19	Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V., 16.07.2021		
19.1	Dachverband Gemeindepsychiatrie	<p>Allgemeiner Hinweis:</p> <p>Der Dachverband Gemeindepsychiatrie nimmt nachfolgend mit einigen Änderungsvorschlägen Stellung zur vom Unterausschuss Qualitätssicherung am 02.06.2021 vorgelegten Änderungsfassung der PPP-RL. An den bereits in unserer Stellungnahme vom 3. September 2020 zur Erstfassung der PPP RL formulierten Grundsatzpositionen halten wir fest.</p> <p>Wir schlagen folgende Änderungen vor:</p>	
19.2	Dachverband Gemeindepsychiatrie	<p>1. Schnittstellen und sektorenübergreifende Arbeit</p> <p>Wir betonen als Dachverband von Anbietern vornehmlich ambulanter Behandlung, wie therapeutisch bedeutsam für die Patientinnen und Patienten der Erwachsenenpsychiatrie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Psychosomatik die Sicherstellung aller notwendigen Formen der Zusammenarbeit zwischen den beiden Sekto-</p>	<p>GKV-SV: Der gesetzliche Rahmen sieht eine Richtlinie vor, die Mindestvorgaben für das stationäre behandelnde Personal vorsieht. Ambulant tätiges Personal ist durch die Richtlinie leider nicht umfasst.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>ren ist. Die psychische oder psychosomatische Erkrankung eines stationär behandlungsbedürftigen Menschen verlangt immer die ambulant und stationär geeinte Behandlung. Diese sektorenübergreifende Schnittstellenarbeit muss in der PPP-RL als eigener abrechenbarer Aufwand abgebildet und berücksichtigt werden. Spätestens bei den stufenweisen weiteren Erhöhungen der Minutenwerte aller therapeutischen Berufsgruppen in den kommenden Jahren zur Anpassung der PPP-RL sind daher deren Regelaufgaben anzupassen und Minutenwerte entsprechend auszuweisen.</p> <p>Die systematische Einbeziehung der ambulanten Vor- und Weiterbehandlung der Patientinnen und Patienten in den Therapieprozess fehlt aber in der Richtlinie und in ihrer Anpassung. Dies, obwohl sie zur Pflichtleistung des „Entlass-Management“ gehört und auf den Therapieerfolg einen erheblichen Einfluss ausübt. Bei nahezu allen stationär behandelten Patientinnen und Patienten liegen ambulante Vorbehandlungen vor. Vielfach dient die Klinik nur zur Krisenintervention. Nur mit einer ambulanten Weiterbehandlung und/oder psychosozialer Begleitung kann sich ein Therapieerfolg einstellen. Bei sorgfältiger und korrekter Ausführung des Entlass-Managements ist daher die Einbeziehung der ambulanten Behandler und Träger psychosozialer Hilfen zwingend notwendig, ggf. auch zeitaufwändig, liegt aber eindeutig im therapeutischen Interesse der Patientinnen und Patienten. Neben dem Entlass-Management sind 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 Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>die Beteiligung nicht-klinischer Behandler an der Erbringung von StäB-Leistungen, Soziotherapie, psychiatrische häusliche Krankenpflege, Psychotherapie, Beteiligung der Kliniken an Netzverbänden gemäß § 92 Abs. 6b SGB V sowie ambulante probatorische und abrechenbare Leistungen im Krankenhaus zu nennen. Hier offenbart die PPP-RL einen erheblichen Nachhol- und Modernisierungsbedarf.</p> <p>Unsere Forderung: Die systematische Einbeziehung des vor- und nachsorgenden Umfelds ist in die Liste der Behandlungsmittel aufzunehmen und bei der Bemessung der Minutenwerte der damit befassten Berufsgruppen (Ärzte/ Ärztinnen, Pflege, Psychotherapie, Sozialarbeit) zu berücksichtigen.</p>	<p>AG: Dank und Zustimmung. Die Anregung wird bei den Beratungen zur Weiterentwicklung der PPP-RL berücksichtigt.</p>
19.3	Dachverband Gemeindepsychiatrie	<p>2. Genesungsbegleitung</p> <p>Die Genesungsbegleitung soll aus einer bloßen Empfehlung des § 9 in die Berufsgruppen des § 5 Abs. 1 übernommen und in der Anlage 1 mit Zeitvorgaben und Regelaufgaben versehen werden. Sie ist künftig als Behandlungsmittel in der Anlage 2 zu berücksichtigen. Die Richtlinie soll bereits jetzt eine zeitliche Vorgabe für die gestufte bundesweite Implementation von Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleitern vorsehen.</p>	<p>DKG/GKV-SV: Genesungsbegleiter/-innen übernehmen bereits in vielen Einrichtungen eine wichtige Rolle in der Versorgung der Patienten/-innen, es gibt derzeit jedoch noch keine einheitliche Ausbildungsform dieser Berufsgruppe. Vor diesem Hintergrund wird der Einsatz von Genesungsbegleitern/-innen nicht als Beruf unter den Mindestvorgaben dieser Richtlinie verortet. Genesungsbegleiter/-innen sind jedoch gemäß § 2 Abs. 10 bei den Vereinbarungen auf Ortsebene zu berücksichtigen. Der Einsatz von Genesungsbegleitern/-innen wird</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>Unsere Forderung: Ab 01.01.2024 haben alle Behandlungseinrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie einen eigenen Dienst der Genesungsbegleitung mit mindestens zwei Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern im Umfang von 2 Vollzeit-Äquivalenten einzurichten. Bei Nichterfüllung können Sanktionen folgen. Entsprechende Minutenwerte und Regelaufgaben sind spätestens zum 01.01.2024 durch den G-BA vorzulegen.</p>	<p>jedoch im Rahmen der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 14 überprüft.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Regelungen zu Genesungsbegleitung werden Gegenstand der Beratungen zur RL-Änderung 2022 sein.</p>
19.4	Dachverband Gemeindepsychiatrie	<p>3. Mindestvorgaben umsetzen</p> <p>Wir stimmen der Forderung der Einhaltung der Mindestvorgaben an therapeutischem Personal (§ 2 Abs. 2 i. V. mit §§ 7 Abs. 4, 13 und 16) grundsätzlich zu. Die Krankenhäuser (Behandlungseinrichtungen) müssen in einem gestuften Verfahren die 100% Mindestvorgabe der PPP-RL für ihr therapeutisches Personal erfüllen. Dies entspricht dem Interesse der Patientinnen und Patienten.</p> <p>Die Nachweispflicht auf der Ebene einzelner Stationen bzw. Tagesklinikeneinheiten führt nach den Erfahrungen der Krankenhausträger unter unseren Mitgliedsorganisationen allerdings zu absurden, in ihrer therapeutischen Wirkung für die Patienten negativen Situationen wie z. B. ständig wechselndem Personal zur Abdeckung urlaubs- und krankheitsbedingter Ausfälle.</p>	<p>DKG: Dank und Zustimmung bezüglich der Sorgen zu den Auswirkungen des Stations- und Monatsbezugs. Den Vorschlag kleine Einheiten von den Sanktionen auszunehmen begrüßen wir und werden wir prüfen. Wir sehen jedoch den Bedarf der grundsätzlichen Überarbeitung der Mindestvorgaben und ihrer Systematik. Auch größere Einrichtungen sollen ihr Versorgungskonzept nicht mit dem Ziel die Mindestvorgaben einzuhalten verschlechtern und Setting-übergreifende Ansätze aufgeben müssen um Sanktionen zu entgehen. Um diese Absurdität zu vermeiden bedarf es einer längeren sanktionsfreien Übergangszeit.</p> <p>GKV-SV: Zustimmende Kenntnisnahme. Die Krankenhäuser müssen die Mindestvorgaben erfüllen. Die sollten sie auch auf den Stationen tun, damit das Personal auch tatsächlich bei</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>Uns geht es dabei insbesondere um solche Klinikeinheiten, die integriert in gemeinde-psychiatrischen Versorgungsstrukturen arbeiten, also vor allem kleine Einheiten „vor Ort“, wie Tageskliniken mit Institutsambulanzen oder die aufsuchende Behandlung durch StäB. Das gilt besonders für Klinikeinheiten im ländlichen Raum, die die ambulante Versorgung dort sicherstellen, wo die Regionen KV-seitig unter- oder gar nicht fachärztlich und psychotherapeutisch versorgt sind. Deren Existenz darf durch die PPP-RL nicht gefährdet werden.</p> <p>Unsere Forderung: Verlagerung der Nachweispflicht auf größere Einheiten mit ausreichenden Beschäftigtenzahlen, beispielsweise Fachabteilungen. Für gemeindenahen Einrichtungen, die durch die jetzigen Vorschriften existenzgefährdet wären, sind flexible Regelungen zu treffen. Wir schlagen vor, kleine psychiatrische Krankenhauseinheiten (z. B. bis zu 30 Betten bzw. Tagesklinikplätzen), die in gemeindepsychiatrischen Verbänden arbeiten, von Sanktionen bei Nichterfüllung in einer Bandbreite von bis zu 10% Nichterfüllung auszunehmen.</p>	<p>den Patienten ankommt. Der Einrichtungsbezug bei den Mindestanforderungen sollte daher wegfallen und durch den Stationsbezug ersetzt werden.</p> <p>Die Problematik kleiner Einrichtungen ist dem G-BA bekannt und wird im Zuge der Überarbeitung der PPP-RL adressiert werden.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme zur Forderung der Einhaltung der Mindestvorgaben. Eine an der Größe und Art der Einrichtung angepasste Nachweispflicht halten wir aus Sicht der PatV für nachvollziehbar, darf aber auch dort nicht zu einer Unterschreitung der Personalmindestausstattung führen.</p>
19.5	Dachverband Gemeindepsychiatrie	<p>4. Dokumentation und Nachweisverfahren</p> <p>Unverkennbar ist der Dokumentations- und damit Misstrauensaufwand durch die beschlossenen Nachweisverfahren der Richtlinie</p>	<p>DKG: Dank und Zustimmung. Ein großer Anteil der Bürokratie könnte bereits durch einen Wegfall des Stationsbezugs reduziert werden. Wir werden entsprechende Vorschläge zum Bü-</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>stark gestiegen. Dies führt auch bei unseren vornehmlich ambulanten Behandlern und Versorgern zu negativen Auswirkungen, da die zeitlichen Ressourcen der klinischen Behandler spürbar verengt werden. Für die bereits genannten kleinen, regional integrierten Einheiten ist der Aufwand besonders unverhältnismäßig.</p> <p>Wir verweisen auf die 2015 in den Empfehlungen des Nationalen Kontrollrats zusammen mit Destatis und verschiedenen Verbänden, u.a. dem GKV-SV, formulierten Vorschläge zum Bürokratieabbau im ambulanten ärztlichen Bereich. Sie sollten analog für die klinische Psychiatrie und Psychosomatik übernommen werden.</p> <p>Unsere Forderung: GKV-SV, DKG, BÄK und BptK sollten gemeinsam die Initiative für einen Bürokratieabbau in der PPP-RL ergreifen und Vorschläge zur Vereinfachung von Verfahren und Prozessen in den stationären und teilstationären Behandlungseinrichtungen entwickeln. Insbesondere sind kleine Einheiten rasch von entbehrlichen, für sie irrelevanten Dokumentationspflichten zu entlasten.</p>	<p>rokratieabbau im Rahmen der Weiterentwicklung der Richtlinie erarbeiten.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>
19.6	Dachverband Gemeindepsychiatrie	<p>5. Sicherheitsdienste im Krankenhaus</p> <p>Ebenso wie der BPE in seiner Anhörung zur Erstfassung der PPP-RL lehnt der Dachverband Gemeindepsychiatrie den Einsatz von internen oder externen Sicherheitsdiensten im psychiatrischen Bereich</p>	<p>DKG: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV/PatV: Dank und zustimmende 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 Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>grundsätzlich ab. Wir plädieren durchaus für Sicherheit im Krankenhaus, erwarten aber, dass diese ausschließlich durch geschultes klinikeigenes Fachpersonal und ggf. durch hierfür geeignete Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter sichergestellt wird.</p> <p>Unsere Forderung: Grundsätzlich ist für die Belange der Sicherheit von Patientinnen und Patienten, von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie von Besucherinnen und Besucher nur hauseigenes, durch Deeskalationstraining qualifiziertes psychiatrisch-therapeutisches Personal einzusetzen. In Extremsituationen ist die Polizei einzuschalten. Leiharbeitskräfte, externe Hilfskräfte und private Sicherheitsfirmen lehnen wir aus Gründen der Qualitätssicherung hierfür ab. Wir fordern, dies in die tragenden Gründe aufzunehmen.</p>	
20	Wissenschaftlichen Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien e.V. (WKFT), 16.07.2021		
20.1	WKFT	<p>1) Als WFKT vertreten wir insgesamt die Künstlerischen Therapien (wie Kunst-, Musik-, Theatertherapie) und engagieren uns für deren wissenschaftlich fundierten Einsatz in der leitliniengerechten Behandlung, so auch innerhalb der Psychiatrie und Psychosomatik. Eine einheitliche Begriffsführung in den Regelwerken (wie OPS, KTL, Behandlungs-Leitlinien) erachten wir daher als relevant. Ausgehend</p>	<p>DKG/GKV-SV: Wir danken für den Hinweis und setzen den Vorschlag zur einheitlichen Schreibweise gerne um.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		davon sehen wir es als sehr positiv, dass in der vorliegenden Änderung im gesamten Dokument die Bezeichnung „ Künstlerische Therapien “ verwendet wird. In den Anlagen wird z.T. noch eine andere Schreibweise („künstlerische Therapien“) genutzt, die noch zu ändern bzw. anzupassen ist.	
20.2	WKFT	2) Wir sehen weiterhin den dringenden Bedarf, neben der Prüfung und entsprechenden Konkretisierung der Aufgaben und Zeitbudgets (Minutenwerte) der Psychologischen Psychotherapie, dies auch für die Künstlerischen Therapien vorzunehmen. Unsere formulierte Stellungnahme zum ersten Beschlussentwurf für diese Richtlinie enthält dezidierte Ausführungen zu den Aufgaben und damit zur Einordnung der Künstlerischen Therapien. Die Aufnahme entsprechender Inhalte/ Textpassagen halten wir für sehr erforderlich.	<p>DKG/GKV-SV: Der G-BA hat sich gemäß § 14 PPP-RL zur Überprüfung der Mindestvorgaben nach Vorlage erster Nachweisdaten verpflichtet. Zudem wird in einem nächsten Schritt die Überarbeitung der Regelaufgaben aller weiteren Berufsgruppen und damit auch der Spezialtherapeuten/-innen erfolgen. Hier werden wir Ihre Vorschläge berücksichtigen.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>
20.3	WKFT	3) Die Künstlerischen Therapien sind in den vorliegenden Änderungen den Spezialtherapien zugeordnet bzw. werden unter diesem Obergriff u.a. zusammen mit der Ergotherapie geführt. Diese undifferenzierte Bündelung halten wir grundlegend für kritisch. Sie führt aus unserer Sicht eher zu einer inhaltlichen und vor allem professionellen Verwässerung, anstatt die jeweilige Spezifik der Therapieansätze und Interventionen zu präzisieren. Künstlerische Therapien bieten durch ihren professionellen Einsatz künstlerischer Mittel und	<p>DKG/GKV-SV: Es handelt sich bei den in § 5 Buchstabe d aufgeführten Berufsgruppen um eine beispielhafte, nicht um eine abschließende Aufzählung, da nicht alle Therapeutinnen und Therapeuten eine ergotherapeutische Grundqualifikation besitzen oder den künstlerischen Therapien zugeordnet werden können. Es gibt weitere Berufsgruppen, die immer häufiger in der Versorgung psychisch kranker Menschen eingesetzt werden, wie zum Beispiel in der Tiertherapie. Entscheidend</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		Medien erweiterte Zugänge zur klinischen Diagnostik und Behandlung.	<p>hierbei ist, dass die Tätigkeiten im Rahmen des therapeutischen Konzeptes erfolgen. Eine weitergehende Definition des Begriffs der Spezialtherapien ist somit nicht möglich.</p> <p>Die Berücksichtigung von Künstlerischen Therapien wird jedoch im Rahmen der Überarbeitung der Regelaufgaben überprüft.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
20.4	WKFT	4) Letztlich befürworten wir überzeugend die in der Anlage 2 von der GKV-SV vorgeschlagene Einfügung der Künstlerischen Therapien in die Eingruppierungsempfehlungen im Bereich der KJP (Spalte „Behandlungsmittel“, S. 44). Ebenso unterstützen wir die vorgeschlagene Einfügung der Künstlerischen Therapien in die Spalte „Erläuterungen“ KJ 5 (S. 48). Hier möchten wir jedoch die folgende Formulierung vorschlagen: „Die pflegerischen, betreuerischen und heilpädagogischen Maßnahmen werden durch Ergotherapie und Künstlerische Therapien ergänzt.“	AG: Dank, zustimmende Kenntnisnahme und Übernahme in die Richtlinie.
21	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP), 16.07.2021		
21.1	BDP	Vorbemerkung	GKV-SV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>Der Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) vertritt mit seinen Fachsektionen (u.a. mit dem Verband Psychologischer Psychotherapeuten -VPP- und seiner Jahrzehnte alten Sektion Klinische Psychologie) die Interessen aller Psychologinnen und Psychologen, sowohl solcher die approbiert sind, als auch solcher, die z.B. in Kliniken und psychiatrischen Einrichtungen auch ohne Approbation mit spezifischen klinischen Kompetenzen seit Jahrzehnten wertvolle Arbeit leisten. In dieser Doppelvertretung sind dem BDP mit seinen Sektionen aus beiden Bereichen Überschneidungen und Unterschiede in den Kompetenzprofilen sehr deutlich.</p> <p>Die Leitlinienorientierung (§ 1 Abs.1 PPP-RL) lässt grundsätzlich erwarten, dass die spezifischen Kompetenzen nicht nur der Berufsgruppe, sondern auch der beteiligten Untergruppen Berücksichtigung findet. Insbesondere für die schwer psychisch Kranken ist für eine hochwertige Versorgung durch Approbierte mit Fachkunde zu sorgen.</p> <p>Ein erster und der wichtigste Ansatz einer neuen PPP-Richtlinie ist aber – wie es der BDP schon mit seinen Stellungnahmen zur PsychThG-Novelle eindrücklich forderte -, die Psychotherapeut:innen in ihrem Werdegang endlich an der richtigen Stelle angemessen abzuholen: Sie werden während der Aus- und zukünftig während</p>	<p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme, insbesondere zu dem Gesichtspunkt „Psycholog*innen nicht ersatzlos zu streichen“.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>der Weiterbildung zu Psychotherapeut:innen als Psycholog*innen und als Akademikerinnen entsprechend ihrer erworbenen akademischen Kompetenzen und ihres alltäglichen Einsatzes bewertet. Mit dem Maßstab der in einem Psychologiestudium erworbenen Kompetenzen wird ein hochwertiges psychologisches Profil für alle anerkennungsfähigen Studienabsolventen aus dem In und Ausland beibehalten. Insoweit ist dieses Ziel (für die o.g. Gruppen in Aus- und Weiterbildung) mit dem Formulierungsvorschlag des GKV-SV in § 5 erfüllt und wird dahingehend begrüßt.</p> <p>Weitere Aspekte schließen sich logisch an. Erstens bleiben Psycholog:innen mit ihrem Einsatz auch dann in dieser Verwendung, wenn die Phase der „praktischen Tätigkeit“ endet, ohne dass die Approbation – später synonym das Fachpsychotherapeut:innen-Niveau – schon erteilt bzw. erreicht ist; möglicherweise ergibt sich das auch längerfristig oder dauerhaft, sollte die Approbation (bzw. später das Fachpsychotherapeut:innen-Niveau) nicht, nicht mehr oder noch nicht angestrebt werden. Schon deswegen gibt es keinen Anlass, die Psycholog*innen ersatzlos zu streichen, aber auch weil sie eine fachliche Größe darstellen, die andernfalls in der PPP-RL keine Erwähnung fände. Der fachlichen Realität entsprechend müssen beide Berufsgruppen erfasst werden.</p>	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
21.2	BDP	<p>1) Zu § 5 Abs.1 c) PPP-RL-E</p> <p>a. Der BDP befürwortet den Vorschlag des GKV-SV, die Berufsbezeichnungen „Psychologe, Psychologin“ in dieser Berufsgruppe aufzuführen. Begründung:</p> <p>i. Der Psycholog:innenberuf ist Jahrzehnte alt und bewährt, zudem einer der beliebtesten Studiengänge mit sehr hohem NC. Im europäischen und internationalen Vergleich ist die Berufsbezeichnung „Klinische Psycholog:in“ wesentlich gebräuchlicher als die Berufsbezeichnung „Psychotherapeut:in“; im Gegenteil zeigt sich die Berufsbezeichnung „Psychotherapeut:in“ im internationalen Vergleich ohne eindeutiges Kompetenzniveau und ist letztlich nur in Deutschland auf hohem Niveau etabliert, andernorts (z.B. Österreich und Frankreich) aber nur ein Gesundheitsfachberuf auf nichtakademischem Niveau. Wenn zukünftig in Psychiatrien auch ausländisches psychologisches Fachpersonal, nicht zuletzt wegen Sprachkompetenzen, benötigt wird, kann die Berücksichtigung des Kompetenzprofils von Psycholog:innen neben den Psychotherapeut*innen sehr sachdienlich sein.</p> <p>ii. Hier ist das „EuroPsy“-Zertifikat zu benennen (www.europsy.de). Es gewährleistet in ausreichender Breite und Tiefe psy-</p>	<p>DKG/GKV-SV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>BPtK: Zu iv) Es ist nicht nachvollziehbar, warum es in den nächsten ein bis zwei Jahrzehnten nicht zu einem nennenswerten Zuwachs an Psychotherapeut*innen nach dem reformierten PsychThG kommen soll. Im Herbst 2022 werden die ersten Absolvent*innen der neuen Masterstudiengänge in den Berufsmarkt einsteigen.</p> <p>Mit der Reform des Psychotherapeutengesetzes ist zugleich eine Umstellung der Psychologie-Studiengänge an den Universitäten verbunden. Psycholog*innen mit einem klinischen Schwerpunkt werden künftig einen Master in „Psychotherapie“ machen und damit zeitgleich die Approbation als Psychotherapeut*in erwerben. Zwar sind in den Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik auch Tätigkeitsfelder für Psycholog*innen mit einem Abschluss in „Allgemeiner Psychologie“ oder „Arbeits- und Organisationspsychologie“ bspw. in der Qualitätssicherung oder im Forschungsbereich denkbar, die Mindestanforderungen beziehen sich jedoch gemäß dem gesetzlichen Auftrag ausdrücklich auf die Ausstat-</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>chologische Kompetenzen auf akademischem Niveau, also wie gewohnt wissenschaftlich fundiert. Dieses kann nicht nur mit einem Bachelorabschluss erreicht werden.</p> <p>Mit dem EuroPsy-Zertifikat, das wie schon der Name erkennen lässt, europaweit anerkannt ist, wäre die Qualitätssicherung auch praktikabel, nicht zuletzt EU-ausländische Psycholog:innen wären leicht einzusetzen. Die Erwähnung der Berufsbezeichnung Psycholog*innen ermöglicht Personalabteilungen auch die Referenz auf den europäischen Standard.</p> <p>iii. Die Benennung von Psycholog:innen in neuen Regelwerken zum SGB V bleibt auch vor der Neuausrichtung des PsychThG 2020 sinnvoll; ein „Aussterben“ des Psycholog:innenberufs mit seinen besonderen Spezialisierungen ist aus diversen Gründen nicht zu erwarten.</p> <p>iv. Es wird in den kommenden ein bis zwei Jahrzehnten nur vergleichsweise wenige „neue“ Psychotherapeut:innen (i.S.d. PsychThG 2020) geben. Das bedeutet aber im Umkehrschluss nicht zwingend, dass alle anderen in Psychiatrien Tätigen nur Psychologische Psychotherapeut:innen sind. Es gibt – wenn auch in abnehmender Zahl – berufserfahrene klinische Psycholog:innen ohne Approbation. Jede einzelne Person, die als Psychologin oder Psychologe in Psychiatrien ohne Approbation tätig ist, hat dort</p>	<p>tung der Einrichtungen mit dem für Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal, weshalb eine Anrechnung von Psycholog*innen, deren Kompetenzprofil nicht auf die Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen ausgerichtet ist, nicht sachgerecht wäre.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>fortdauernde Bedeutung und kann nicht mit einem Federstrich „ausradiert“ werden. Aus fachlichen und arbeitsrechtlichen Gründen ist eine Berücksichtigung gerechtfertigt.</p> <p>v. Die ursprüngliche Bereicherung psychiatrischer Behandlungen durch die Einbeziehung von psychologischer Diagnostik und Intervention basiert im Wesentlichen auf dem von der Medizin abweichenden salutogenetischen Ansatz der Disziplin Psychologie. Dieser Grundgedanke ist nicht entfallen. Aber mit der curricular sehr speziellen Ausrichtung des neuen sogenannten Psychotherapiestudiums auf erste Grundlagen in der Heilkunde und potenziellem Abbau anderer Anwendungsfelder der Psychologie ist es auch zukunftsorientiert sinnvoll, den Psycholog:innenberuf neben dem Psychotherapeut:innenberuf einbezogen zu halten.</p> <p>vi. Einstweilen ist in der Schwebe, ob und wie baldige sogenannte Psychotherapiestudiengänge gleichzeitig auch solche der Psychologie sein werden. Aus Sicht der psychologischen Wissenschaft wiegt ein Verlust der Breite psychologischer Grundlagen und der Ausbildung in mehr als nur einem Anwendungsfeld schwerer als die Vertiefung des auf Erkrankungsgeschehen bezogenen Blickwinkels im sogenannten Psychotherapiestudium.</p> <p>vii. Dazu tragen möglicherweise direkt oder indirekt auch die sogenannten Psychotherapiestudiengänge bei, wobei darin nicht</p>	

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

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellung- nehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>unbedingt Absicht liegen muss, sondern dies Ergebnis ökonomisch als Zwang erlebten Druckes sein kann, wenn Bundesländer und deren Behörden im Lichte der Approbationsordnung die bisherige psychologische Studienlandschaft beeinflussen, am Ende mit dem Geldhahn. Kurzum: Dass zukünftige Psychotherapeut:innen in der Tiefe und Breite der psychologischen Kompetenzen auch als Psycholog:innen ausgebildet sein werden, ist leider nicht garantiert.</p> <p>viii. Gerade deren breite Kompetenzen in der Psychologie können aber der Anreiz für den Personaleinsatz in Psychiatrien sein.</p> <p>ix. Es kann in den Universitäten nicht nur sogenannte Studiengänge der Psychotherapie geben, die zugleich als Psychologiestudium qualifiziert sind, es kann und wird auch eigenständige Psychologiestudiengänge und eigenständige sogenannte Psychotherapiestudiengänge mit geringem Anteil in Psychologie (gesetzlich geregelt sind 180 KP, davon 172 Kreditpunkte Psychologie) geben. Vor dem Hintergrund, dass sich das Kompetenzprofil im universitären Psychologiestudium deutlich von der neuen Approbationsordnung durch vertiefte Inhalte in den Grundlagenfächern und zusätzliche Kompetenzen in Anwendungsfächern wie Arbeitspsychologie und Pädagogische Psychologie abhebt, ist ein Einbezug des bisherigen Psycholog:innenprofils analog zu den zukünftigen</p>	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>Absolvent:innen fair und sinnvoll. Sinnvoll nicht zuletzt auch aus Qualitätsgründen, um den bestehenden Kompetenzanspruch im Hinblick auf die psychologischen Grundlagen in beiden Profilen einschließlich der darauf aufbauenden Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeut:in und der Weiterbildung zur Fachpsychotherapeut:in zu erhalten und perspektivisch abzusichern.</p> <p>x. Erst recht sind die – offenbar mit zunehmender Bedeutung versehenen – Fachhochschulstudiengänge der Psychologie zu erwähnen, diese werden im neuen PsychThG 2020 kategorisch ausgeschlossen; solche Absolvent*innen werden also zukünftig trotz gleichrangiger Psychologieausbildung und ggf. sogar trotz klinischer Vertiefung in den Bereichen Inklusion, Neuropsychologie oder Rehabilitation nicht approbiert sein können und deren spezifischen Kompetenzen werden auch zukünftigen nur mit der vom GKV-SV vorgeschlagenen Berücksichtigung des Psycholog*innen-Berufs ausreichend adressiert.</p>	
21.3	BDP	<p>b. Allerdings fällt in der Zusammenschau der Aufführungen diverser Berufsuntergruppen in § 5 Abs.1 c) einerseits und in den Referenztabelle B 4.2 andererseits auf, dass die Untergruppe der (neuen) Psychotherapeut:innen in Weiterbildung zur Fachpsychotherapeut:in für Erwachsene fehlt, sowohl in der § 5 Abs.1 c), als auch in der Re-</p>	<p>AG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Der Hinweis zur Aufnahme der Psychotherapeuten mit einer Approbation in Weiterbildung zur Fachpsychotherapeutin und zum Fachpsychotherapeuten für Erwachsene wird im Rahmen der Weiterentwicklung der Richtlinie geprüft, sobald die Regelungen in den einzelnen Bundesländern in Kraft getreten sind.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>ferenztabelle B.4.2. Soll nachfolgend in der Evaluation die Beteiligung aller Untergruppen erfasst werden, muss auch diese Untergruppe genannt sein. In einer schlüssigeren Darstellung beteiligter Berufsgruppen, wie sie der BDP nachfolgend vorschlägt, wird zudem die Untergruppe der Psychologischen Psychotherapeut:innen und zukünftig der Fachpsychotherapeut:innen vorangestellt, zumal gerade deren Erfassung in der PPP-RL ein wesentlicher Teil des gesetzlichen Auftrags ist.</p> <p>§ 5 Abs.1 c) (Vorschlag BDP)</p> <p>Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Psychologinnen und Psychologen</p> <p>(Dazu zählen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten, Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten für Erwachsene; 2) Diplom-/Master-Psychologinnen in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin und Diplom-/Master-Psychologen in Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit 	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>einer Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 1. September 2020 in Weiterbildung zur Fachpsychotherapeutin und zum Fachpsychotherapeuten für Erwachsene, Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen oder Master in Psychologie, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 1. September 2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes.)</p>	
21.4	BDP	<p>2) Zu § 5 Abs.2 c) PPP-RL-E Synonym zum Vorgenannten und unter der gleichen Begründung wird auch für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie dem Vorschlag des GKV-SV, die Berufsbezeichnungen „Psychologe, Psychologin“ in dieser Berufsgruppe aufzuführen, zugestimmt. Auch hier in § 5 Abs.2 c) bietet sich an, die Untergruppen schlüssiger darzustellen:</p> <p>§ 5 Abs.2c) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Psychologinnen und Psychologen</p>	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>(Dazu zählen</p> <p>3) Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten für Erwachsene und für Kinder und Jugendliche</p> <p>4) Diplom-/Master-Psychologinnen in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin oder zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und Diplom-/Master-Psychologen in Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten oder zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,</p> <p>(Sozial-) Pädagoginnen in Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und (Sozial-) Pädagogen in Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,</p> <p>Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 1. September 2020 in Weiterbildung zur Fachpsychotherapeutin und zum Fachpsychotherapeuten für Erwachsene oder für Kinder und Jugendliche,</p>	<p>AG: Vielen Dank für Ihren Hinweis zur Aufnahme von Fachpsychotherapeuten für Erwachsene in die Richtlinie, den wir im Rahmen der mündlichen Anhörung prüfen werden.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen oder Master in Psychologie,</p> <p>Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 1. September 2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes)</p>	
21.5	BDP	<p>Zu § 8 Abs.6 PPP-RL-E (Vorschlag der BPtK)</p> <p>Dieser Vorschlag der BPtK ist zunächst eine angemessene Berücksichtigung Klinischer Psycholog:innen, wie sie real zum Einsatz kommen und wie sie in der PPP-RL Erwähnung benötigen, wenn die BPtK in § 5 Abs.1 und 2 die Psycholog:innen exkludiert. Er ist im Vergleich zu vormaligen Äußerungen der BPtK auch eine Verbesserung. Dennoch lehnt der BDP diese Handhabung ab, da zwar die Approbierten mit Fachkunde die besondere Rolle in der Versorgung spielen werden, die Kompetenzen der Psycholog:innen aber weiterhin gesehen und genutzt werden.</p>	<p>DKG/GKV-SV/PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
21.6	BDP	<p>3) Zu Anlage 1 Minutenwerttabellen (G-BA-Entwurf Seite 21 und 22)</p> <p>Der BDP unterstützt die Darstellung und Minutenwert-Berechnungen der BPtK zu Psychotherapeut:innen und Psycholog:innen.</p>	<p>DKG/GKV-SV: Eine Erhöhung der Mindestvorgaben um teilweise über das dreifache wird vor dem Vorliegen jeglicher Informationen über die Einhaltung der Mindestvorgaben und</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		Diese Berechnungen stellen den realistischen Bedarf an psychotherapeutisch/psychologischem Behandlungsbedarf dar.	den tatsächlichen Personaleinsatz abgelehnt, da eine Einschätzung über die Auswirkungen in der Praxis kaum möglich ist. Zudem ist fraglich, ob es sich bei der Erhöhung noch um Mindestvorgaben oder eher um Anhaltzahlen handelt. Gemäß § 1 Absatz 1 werden verbindliche Mindestvorgaben und keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung festgelegt. PatV: Dank und Kenntnisnahme.
21.7	BDP	<p>4) Zum Nachweis Teil B PPP-RL / B.4 / Referenztablelle B4.2 / Zeile c)</p> <p>„Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ (im aktuellen G-BA-Entwurf Seite 79).</p> <p>Der BDP begrüßt diese Erfassung der Untergruppen ausdrücklich. Insbesondere in der Bezugnahme auf klare Formulierungen wie hier zu § 5 Abs.1 c) vorgeschlagen ist die Erfassung gerade für anschließende Evaluationen (§ 15 Abs.3 PPP-RL) mit den Untergruppen sinnvoll und ausreichend.</p> <p>Allerdings ist auch hier auffällig, dass in der ansonsten vollständigen Erfassung der Untergruppen die (neuen) Psychotherapeut:innen in Weiterbildung zur Fachpsychotherapeut:in für Erwachsene nicht erfasst werden. Deshalb schlägt der BDP die Ergänzung um die Untergruppe c6 vor.</p>	<p>DKG: Der Vorschlag zur Ergänzung wird vor dem Hintergrund damit weiter deutlich steigender Dokumentationsaufwände, die bereits jetzt kaum noch umsetzbar sind, abgelehnt. Eine Ergänzung wird anhand der ersten vorliegenden Daten geprüft. Alle Personen in der Berufsgruppe sind in c0) zu erfassen. Stellt sich heraus, dass eine große Differenz zwischen der Gesamtzahl und den Davon-Gruppen besteht, wird eine Ergänzung in Erwägung gezogen.</p> <p>GKV-SV/PatV/BÄK/BPtK: Vielen Dank für den Hinweis. Dieser wird im Rahmen der Weiterentwicklung der Richtlinie geprüft.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)							
		<p>Außerdem liegt (abgesehen von noch fehlendem Gendern) eine Ungenauigkeit in der Benennung der Fachpsychotherapeut:innen insofern vor, als diese nicht auf die Weiterbildung im Erwachsenenbereich bezogen wird. Der BDP schlägt vor, das zu präzisieren.</p> <table border="1" data-bbox="495 639 1368 1353"> <tr> <td data-bbox="495 639 1368 699">Nachweis Teil B PPP-RL / B.4 / Referenztable B 4.2 / Zeile c)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="495 699 1368 794">Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Psychologinnen und Psychologen</td> </tr> <tr> <td data-bbox="495 794 1368 850">c0) Gesamt</td> </tr> <tr> <td data-bbox="495 850 1368 946">c1) Davon approbierte Psychologische Psychotherapeutinnen oder -therapeuten</td> </tr> <tr> <td data-bbox="495 946 1368 1121">c2) Davon Psychologinnen oder Psychologen in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin oder zum Psychologischen Psychotherapeuten</td> </tr> <tr> <td data-bbox="495 1121 1368 1257">c3) Davon Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 01.09.2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes</td> </tr> <tr> <td data-bbox="495 1257 1368 1353">c4) Davon Fachpsychotherapeutinnen und -therapeuten für Erwachsene</td> </tr> </table>	Nachweis Teil B PPP-RL / B.4 / Referenztable B 4.2 / Zeile c)	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Psychologinnen und Psychologen	c0) Gesamt	c1) Davon approbierte Psychologische Psychotherapeutinnen oder -therapeuten	c2) Davon Psychologinnen oder Psychologen in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin oder zum Psychologischen Psychotherapeuten	c3) Davon Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 01.09.2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes	c4) Davon Fachpsychotherapeutinnen und -therapeuten für Erwachsene	
Nachweis Teil B PPP-RL / B.4 / Referenztable B 4.2 / Zeile c)										
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Psychologinnen und Psychologen										
c0) Gesamt										
c1) Davon approbierte Psychologische Psychotherapeutinnen oder -therapeuten										
c2) Davon Psychologinnen oder Psychologen in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin oder zum Psychologischen Psychotherapeuten										
c3) Davon Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 01.09.2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes										
c4) Davon Fachpsychotherapeutinnen und -therapeuten für Erwachsene										

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>c5) Davon Psychologinnen und Psychologen ohne Approbation</p> <p>c6) Davon Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 01.09.2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes in Weiterbildung zur Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeuten für Erwachsene</p>	
21.8	BDP	<p>5) Zum Nachweis Teil B PPP-RL / B.4 / Referenztablelle B4.3 / Zeile c) „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ (im aktuellen G-BA-Entwurf Seite 80).</p> <p>Der BDP begrüßt auch hier die Erwähnung der Untergruppen einschließlich der Psycholog:innen. Allerdings fällt auch hier das Fehlen der (neuen) Psychotherapeut:innen in Weiterbildung zur Fachpsychotherapeut:in für Kinder und Jugendliche oder Erwachsene auf, so dass der BDP auch hier eine entsprechende Ergänzung c7 vorschlägt.</p> <p>Außerdem ist in dieser Referenztablelle durch die begrüßenswerte explizite Aufteilung in Psychologische Psychotherapeut:innen einerseits und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen andererseits logisch vorgezeichnet, dass auch bei den (neuen) Fachpsychotherapeut:innen solche für Kinder und Jugendliche und solche</p>	<p>DKG: Der Vorschlag zur Ergänzung wird vor dem Hintergrund damit weiter deutlich steigender Dokumentationsaufwände, die bereits jetzt kaum noch umsetzbar sind, abgelehnt. Eine Ergänzung wird anhand der ersten vorliegenden Daten geprüft. Alle Personen in der Berufsgruppe sind in c0) zu erfassen. Stellt sich heraus, dass eine große Differenz zwischen der Gesamtzahl und den Davon-Gruppen besteht, wird eine Ergänzung in Erwägung gezogen.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)								
		<p>für Erwachsene aufgeteilt werden; deshalb schlägt der BDP vor, auch diese mit einer Untergruppe c8</p> <table border="1" data-bbox="495 547 1361 1305"> <tr> <td data-bbox="495 547 1361 603">Nachweis Teil B PPP-RL / B.4 / Referenztable B 4.3 / Zeile c)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="495 603 1361 703">Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Psychologinnen und Psychologen</td> </tr> <tr> <td data-bbox="495 703 1361 759">c0) Gesamt</td> </tr> <tr> <td data-bbox="495 759 1361 860">c2) Davon approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder -therapeuten</td> </tr> <tr> <td data-bbox="495 860 1361 1054">c3) Davon Psychologinnen oder Psychologen in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder zum Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten</td> </tr> <tr> <td data-bbox="495 1054 1361 1190">c4) Davon Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 01.09.2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes</td> </tr> <tr> <td data-bbox="495 1190 1361 1246">c5) Davon Fachpsychotherapeutinnen und -therapeuten (KJ)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="495 1246 1361 1305">c6) Davon Psychologinnen und Psychologen ohne Approbation</td> </tr> </table>	Nachweis Teil B PPP-RL / B.4 / Referenztable B 4.3 / Zeile c)	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Psychologinnen und Psychologen	c0) Gesamt	c2) Davon approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder -therapeuten	c3) Davon Psychologinnen oder Psychologen in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder zum Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	c4) Davon Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 01.09.2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes	c5) Davon Fachpsychotherapeutinnen und -therapeuten (KJ)	c6) Davon Psychologinnen und Psychologen ohne Approbation	
Nachweis Teil B PPP-RL / B.4 / Referenztable B 4.3 / Zeile c)											
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Psychologinnen und Psychologen											
c0) Gesamt											
c2) Davon approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder -therapeuten											
c3) Davon Psychologinnen oder Psychologen in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder zum Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten											
c4) Davon Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 01.09.2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes											
c5) Davon Fachpsychotherapeutinnen und -therapeuten (KJ)											
c6) Davon Psychologinnen und Psychologen ohne Approbation											

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>c7) Davon Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 01.09.2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes in Weiterbildung zur Fachpsychotherapeutin oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche oder für Erwachsene</p> <p>c8) Davon Fachpsychotherapeutinnen und -therapeuten (Erwachsene)</p>	
21.9	BDP	<p>6) Anlage 4 Teil c) (im aktuellen G-BA-Entwurf Seite 90 f.)</p> <p>Der BDP befürwortet hier den Vorschlag der BPtK, Regelaufgaben der leitenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten festzulegen, wie sie die BPtK unter cc) vorschlägt.</p>	<p>DKG/GKV-SV: § 107 SGB V sieht das Erfordernis einer ärztlichen Leitung vor. Die Aufnahme von leitenden Psychotherapeut*innen widerspricht dieser gesetzlichen Vorgabe und wird daher abgelehnt.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
21.10	BDP	<p>Ausblick:</p> <p>So sehr auch die Berücksichtigung der Psycholog:innen in der Berufsgruppe des § 5 Abs.1 c) angemessen und fachgerecht ist, so sehr bleibt die Sorge, dass in der Umsetzung dieser Richtlinie der Einsatz der Berufe innerhalb der Berufsgruppe nicht nach fachlichen Gesichtspunkten, sondern über uneinheitliche Gehälter gesteuert wird, diese Berufe also gegeneinander ausgespielt werden.</p>	<p>DKG: Dank und Kenntnisnahme. Wir teilen die Auffassung, dass der Einsatz von nicht approbierten Psychologen/-innen in der Evaluation der PPP-RL gemäß § 15 berücksichtigt werden muss.</p> <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Wir teilen die Auffassung, dass der Einsatz von Psychologen/-innen und PsychotherapeutInnen in Aus- und Weiterbildung in der Evaluation der PPP-RL gemäß § 15 berücksichtigt werden muss.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>Deshalb sei dringend geraten zumindest in der bis Ende 2024 geplanten Evaluation hinsichtlich Leitlinienorientierung nicht nur auf die Berufsgruppe einheitlich, sondern auf die Untergruppen, wie sie auf Seite 79 des aktuellen G-BA-Entwurfs bereits erfasst werden und insbesondere die der Psychotherapeut:innen, zu betrachten. Es darf nicht sein, dass z.B. auf Aufnahmestationen und Regelstationen nur Psychotherapeut:innen in Aus- oder Weiterbildung (PiAs und PiWs) arbeiten, die nicht über die Qualifizierung erfahrener Psychologischer Psychotherapeut:innen oder zukünftigen Fachpsychotherapeut:innen verfügen.</p> <p>Bei der Evaluation sollten auch weitere Aspekte dringend berücksichtigt werden, die für eine leitlinienorientierte Behandlung notwendig sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die veraltete Unterscheidung von Depressionen und Neurosen 2. Die nicht überzeugende Zuordnung mittelgradiger Depressionen zur Versorgungsstufe A1 ohne spezifische Psychotherapie 3. Die Reduzierung auf einzig behaviorale Therapien bei Suchterkrankungen 	<p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2021)
		<p>4. Ggf. (wenn der BPtK-Vorschlag in Anlage 1 keine Zustimmung fände) die zu geringen Minutenwerte und der Mangel an Orientierung des Umfangs und der Frequenz an den individuellen Patient:innenbedarf.</p> <p>5. Die Mangelwirkung zu geringer Psychotherapieanteile</p> <p>6. Der Mangel an Ermittlung des Behandlungsbedarfs für verschiedene Patientengruppen anhand objektiver, nachvollziehbarer und überprüfbarer Merkmale.</p> <p>7. Nachhaltige Umsetzung des § 2 Abs.10 Satz 3 PPP-RL</p> <p>Schließlich könnte die Evaluation des Einsatzes von Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen nicht nur in Bezug auf die Umsetzung der PPP-RL, sondern auch mit einer Evaluation in Bezug auf die Umsetzung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf verschränkt werden.</p>	

II. Nicht fristgerecht eingegangene Rückmeldungen

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

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

Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (BApK)	19. Juli 2021	Stellungnahme

Zusammenfassung der nicht fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen

Die Arbeitsgruppe hat die nicht fristgerecht eingegangene Stellungnahme in einer Arbeitsgruppen-Sitzung am 13. August 2021 zur Kenntnis genommen. Eine Auswertung nach Fristablauf erfolgt grundsätzlich nicht. Die stellungnehmende Organisation wurde auf diese Rechtsfolge im Anschreiben vom 18. Juni 2021 hingewiesen.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme
1	Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (BApK), 19. Juli 2021	
1.1	BApK	1) Nach Durchsicht der sehr detaillierten Richtlinie, in der im § 9 Weitere Qualitätsempfehlungen 2 zusätzliche Qualitätsmerkmale verzeichnet sind, wünscht der BApK, dass den Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleitern, die in Anlage 3 Nachweise ausgewiesen werden, in Anlage 4 Regelaufgaben auch solche Aufgaben zugeordnet werden, um ihre besondere Rolle für die Psychiatrie zu unterstreichen.
1.2	BApK	2) In allen aktuellen Leitlinien wird die wichtige Rolle der Angehörigen hervorgehoben. In den strukturellen Qualitätsvorgaben der Richtlinie finden sie allerdings formal keine Berücksichtigung. Um die für die Angehörigen vorgehaltenen, strukturellen Ressourcen sichtbar zu machen, wünscht der BApK daher für den § 9 Weitere Qualitätsempfehlungen nachfolgende zusätzliche Qualitätsempfehlung:

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme
		<p>(3) Die für die Arbeit mit den Angehörigen vorgehaltenen Personalressourcen werden je Einrichtung aufgeführt.</p> <p>Diese Qualitätsempfehlung sollte dann ebenso nachgewiesen und veröffentlicht werden wie die Genesungsbegleiter in der Anlage 3. Für die Transparenz wäre es eigentlich wichtig, pro Station diese vorgehaltenen Ressourcen je Berufsgruppe zu erfassen. Um die Bürokratiekosten niedrig zu halten, reichen uns die summarischen Ressourcen je Einrichtung.</p>

III. Unaufgefordert eingegangene Rückmeldungen

Von folgenden Organisationen wurden unaufgefordert Stellungnahmen vorgelegt (in der Reihenfolge ihres Eingangs):

Nr.	Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
1.	Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte der Kliniken für Psychiatrie der Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ackpa)	1. Juli 2021	Stellungnahme
2.	Verband der Psychosomatischen Krankenhäuser- und Krankenhausabteilungen Deutschland e.V. (VPKD)	5. Juli 2021	Stellungnahme
3.	Universitätsklinikum Tübingen	12. Juli 2021	Stellungnahme

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

Zusammenfassung der unaufgefordert eingegangenen Stellungnahmen

Die Arbeitsgruppe hat die unaufgefordert eingegangenen Stellungnahmen in ihrer Arbeitsgruppen-Sitzung am 13. August 2021 zur Kenntnis genommen. Eine Auswertung erfolgt grundsätzlich nicht.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme
1		Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte der Kliniken für Psychiatrie der Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ackpa)
1.1	ackpa	ackpa ist im Stimmnahmeverfahren im Richtlinienprozess zur Änderung der PPP-RL vom 20.05.2021 leider nicht berücksichtigt worden. Die PPP-RL ist für die psychiatrische Versorgung hoher Relevanz. Aus diesem Grund erlaubt sich ackpa, erneut unaufgefordert eine Stellungnahme abzugeben in der Hoffnung, dass diese im weiteren Diskussions- und Entscheidungsprozess Berücksichtigung findet. Die hier vorgelegte Stellungnahme erfolgt ohne Kenntnis des Beschlussentwurfs bzw. der tragenden Gründe, so dass sich ackpa nur allgemein äußern kann. Dies vorausgeschickt ist es das Anliegen von ackpa im aktuellen Richtlinienprozess auf folgende Punkte hinzuweisen.
1.2	ackpa	1. Psychotherapie Die Psychotherapie ist auch in den Kliniken der Akut- und Regelversorgung mit Versorgungsverpflichtung integraler Bestandteil der Behandlung. Psychotherapie ist stärker als bisher in der Behandlung von Patienten zu berücksichtigen. Dies entspricht auch den Leitlinien, die evidenzbasiert Behandlungsstandards und entsprechende Empfehlungen festschreiben. Demzufolge ist eine Erhöhung der personellen Ressourcen für die regelhafte Anwendung psychotherapeutischer Behandlung erforderlich. Sowohl Ärzte wie auch nicht-ärztliche Berufsgruppen verfügen über psychotherapeutische Qualifikation. Für den entsprechenden Aufbau personeller

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme
		<p>Ressourcen sind sowohl die ärztlichen wie nicht-ärztlichen Berufsgruppen gleichermaßen zu berücksichtigen. Es ist darauf zu achten, dass die erforderliche ärztliche Expertise in der Anwendung psychotherapeutischer Konzepte angemessene Berücksichtigung findet. Eine grundsätzliche Flexibilität in der berufsgruppenspezifischen Umsetzung von Psychotherapie ist erforderlich. Möglichkeiten der Anrechnung von und zwischen Berufsgruppen sind auszuweiten. Das sind die Voraussetzungen, um die notwendige Flexibilität in der Allokation personeller Ressourcen in den Kliniken adaptiert am Patient*innenbedarf zu planen und unter Wahrung der persönlichen Kontinuität umzusetzen.</p>
1.3	ackpa	<p>2. Modellprojekte nach §64b SGB V</p> <p>Die Modellprojekte nach § 64 b SGB V zeigen, dass Patientenzentrierung und Flexibilität die Schlüssel zu einer modernen, beziehungsorientierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sind. Wesentliche Qualitätsmerkmale wie v.a. eine lebensfeldorientierte Behandlung können umgesetzt werden. Der Einsatz der personellen Ressourcen erfolgt flexibel und settingübergreifend. Die Beziehungskontinuität als ein wichtiges Qualitätsmerkmal psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung ist während des gesamten therapeutischen Prozesses auch bei einem Settingwechsel (z.B. Übergang von stationärer zu teilstationärer Behandlung) gewährleistet. Durch die PPP-RL droht diese Flexibilität in den Hintergrund zu geraten. Die starren Regelungen der Richtlinie mit rigider Zuordnung des therapeutischen Personals in organisatorische Untereinheiten werden bei jedem Settingwechsel zwangsläufig zu therapeutischen Beziehungsabbrüchen führen und sich damit im therapeutischen Prozess als kontraproduktiv erweisen. Mit Nachdruck ist darauf hinzuweisen, dass insbesondere diese Kliniken eine Personalsystematik benötigen, die sich nach den Patientenbedarfen richtet und nicht Organisationseinheiten bzw. institutionelle Strukturen in den Vordergrund stellt. In den Modellprojekten nach § 64b SGB V zeigt sich klar: Setting- und teamübergreifende Behandlungsansätze unter den Vorgaben der Richtlinie sind nicht möglich, positive Entwicklungen der letzten Jahre werden infrage gestellt, eine Fehlallokation personeller Ressourcen ist die Folge. Die Forderung aus dem Jahr 2013 nach Realisierung von mindestens einem Modellprojekt nach § 64b SGB V in jedem Bundesland ist nach wie vor nicht erfüllt. Der Entwicklungsprozess der Richtlinie verhindert aktuell auch in diesem Punkt eine vom</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme
		Gesetzgeber gewollte positive Veränderung. Kliniken, die nach einem Modellvorhaben nach §64b SGB V arbeiten, sollten von den Festlegungen der Mindestanforderungen ausgenommen werden. Sowohl die Finanzierungssystematik wie auch die strukturellen und konzeptionellen Grundlagen der Kliniken nach Modellvorhaben 64b SGB V unterscheiden sich wesentlich von Kliniken, deren Finanzierung nach konventioneller Systematik erfolgt. Aus Sicht von ackpa ist ein gesonderter Regelungsbedarf zu entwickeln, der die Modellprojekte nach § 64b SGB V umfassend stärkt und weitere Kliniken ermutigt, Modellvorhaben umzusetzen.
1.4	ackpa	<p>3. Flexibilität personeller Ressourcen</p> <p>Noch deutlicher zeigen sich kontraproduktive Effekte der PPP-RL in den Kliniken der Regel- und Pflichtversorgung bezüglich der Anreize mehr ambulante Behandlungsansätze zu wagen und damit den patientenzentrierten therapeutischen Prozess und nicht die Struktur der Klinik in den Mittelpunkt zu stellen. Die Richtlinie setzt starke Anreize für starre Settinggrenzen. Das Ziel der Richtlinie sollte allerdings darin gesehen werden, die notwendigen personellen Ressourcen settingadaptiert auf Grundlage der Patientenbedarfe zu gewährleisten. Settinggrenzen innerhalb des Krankenhauses zu verflüssigen, nahtlose Übergänge in ambulante und teilstationäre Behandlungsformen zu ermöglichen werden mit einem erheblichen Mehraufwand belegt und drohenden Sanktionsmechanismen bestraft.</p>
1.5	ackpa	<p>4. Einige grundsätzliche Anmerkungen zur PPP-RL</p> <p>Das Behandlungsverbot bei Unterschreitung der Mindestvorgaben der Personalausstattung ist für Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, deren Auftrag die regionale Versorgungsverpflichtung ist, abzulehnen. Im Gegensatz dazu, ist eine gemeinsame Aufgabe darin zu sehen, die personelle Situation in den Kliniken durch konsentierete Initiativen aller Beteiligten -auch der Kostenträger- nachhaltig zu verbessern. Es ist zweifelsohne ein gemeinsames Interesse eine angemessene Personalausstattung in den Kliniken vorzuhalten. Darin ist die Grundlage für die Behandlungsqualität einerseits und für attraktive Arbeitsbedingungen andererseits zu</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme
		<p>sehen. Von den Sanktionsmechanismen ist Abstand zu nehmen, da sie eine kontraproduktive Entwicklung fördern und eine existentielle Bedrohung insbesondere von kleinen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern darstellen. Ein Abbau der Dokumentations- und Nachweispflichten ist zu fordern. Der mit der PPP-RL einhergehende Dokumentationsaufwand steigt kontinuierlich, damit werden in einem erheblichen Maß personelle Ressourcen in Anspruch genommen, die im therapeutischen Prozess und in der Beziehungsarbeit mit den Patienten fehlen. Der Nachweis quartals- und einrichtungsbezogen wird als ausreichend erachtet, um die aus Kostenträgerperspektive nachvollziehbare Kontrollfunktion umfassend ausüben zu können und die notwendige Transparenz zu gewährleisten.</p>
1.6	ackpa	<p>Ziel der PPP-RL sollte u.a. sein, die Qualität der Behandlung durch die Festlegung von Mindestvorgaben der Personalausstattung in den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie sicherzustellen und damit eine Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung nachhaltig zu gewährleisten. Um diesem Ziel näher zu kommen, geht ackpa davon aus, dass die PPPRL in den nächsten Jahren noch erheblich weiterentwickelt wird. Um die flächendeckenden, versorgungsrelevanten Erfahrungen der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern im weiteren Richtlinienprozess angemessen zu berücksichtigen, möchten wir daher weiterhin dafür werben, ackpa in dem weiteren Richtlinienprozess der PPP-RL die Möglichkeit einer Stellungnahme einzuräumen.</p> <p>Zugesichert wird, dass ackpa die gebündelte Expertise der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern konstruktiv einbringen wird.</p>
2	Verband der Psychosomatischen Krankenhäuser- und Krankenhausabteilungen Deutschland e.V. (VPKD)	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme
2.1	VPKD	<p>[...] der Verband der psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen in Deutschland e.V. (VPKD) nimmt zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL, Stand 02.6.21) nachfolgend Stellung und hofft auf deren Berücksichtigung. Diese Stellungnahme ist in Abstimmung mit der Chefarztkonferenz psychosomatisch-psychotherapeutischer Krankenhäuser und Abteilungen in Deutschland (CPKA) und der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) entstanden.</p> <p>Im Folgenden wird zuerst auf die grundlegende Herausforderung in der Erarbeitung von Personalmindestvorgaben in der Psychosomatischen Medizin (Psychosomatik) eingegangen und danach zu einzelnen Punkten der Änderungsfassung Stellung genommen.</p>
2.2	VPKD	<p>1. Grundsätzliches</p> <p>Der VPKD begrüßt die Festlegung, dass die Ermittlung und Umsetzung der Personal-mindestvorgaben sowie Sanktionsmaßnahmen im Jahr 2022 in psychosomatischen Einrichtungen weiter ausgesetzt werden.</p> <p>In der Psychosomatischen Medizin fehlen bis heute empirische Daten als Grundlage für die Ableitung von Personalmindestvorgaben. Eine voreilige Umsetzung von nicht in der Versorgung überprüften Mindestvorgaben würde daher zu Verwerfungen in der Versorgung führen und die etablierten Therapieprogramme im Rahmen der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung gefährden. In der Psychosomatischen Medizin liegen keine Berichte über Minder- oder Fehlversorgung vor, die einen solchen Eingriff rechtfertigen würden.</p> <p>Die Aussetzung der Ermittlung und Umsetzung der Personalmindestvorgaben in der Psychosomatischen Medizin für ein weiteres Jahr ist jedoch keinesfalls ausreichend, um eine valide empirische Datenbasis zu erarbeiten. Der Personalaufwand in der Psychosomatik orientiert sich in hohem Maße an der Intensität der psychotherapeutischen Leistung aller beteiligten Berufsgruppen Thera-</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme
		<p>pieeinheiten, „TE´s“) sowie dem somatisch-medizinischen Versorgungsaufwand. Vor diesem Hintergrund bemühen sich die psychosomatischen Fach- und Trägerverbände intensiv um die Gewinnung zusätzlicher Daten und bitten gleichzeitig um zusätzliche Zeit für deren seriöse Erhebung und Auswertung. Unter anderem wird für die Festlegung der Personalmindestvorgaben sowie die Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche zusätzlich eine Erfassung der therapeutischen Leistungen als auch des medizinisch-somatischen Aufwands erforderlich sein. Diese Daten werden beispielsweise im Rahmen der PPP-RL Nachweise nicht erfasst. Somit stellen die Nachweise der PPP-RL keine ausreichende Datengrundlage für eine Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche und Festlegung der Mindestvorgaben in der Psychosomatischen Medizin dar.</p> <p>Die Nachweise der PPP-RL leiden unter dem grundlegenden Mangel, dass wegen der fehlenden Trennschärfe (siehe Anmerkungen zu § 3 und Anlage 1) der aktuell definierten Behandlungsbereiche vollkommen unterschiedliche Stations-, bzw. Einrichtungstypen in die gleichen Behandlungsbereiche berichtet werden und für andere Stations- und Einrichtungstypen gar keine oder gar zu viele Behandlungsbereiche vorgesehen sind. Das Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie stellt mit 275 Einrichtungen und Abteilungen in Deutschland (Stand 2019) ein gutes Drittel (34%) aller Einheiten für die Behandlung psychischer Erkrankungen. Es sind jedoch nur 6 der 33 Behandlungsbereiche der PPP-RL für die Psychosomatik vorgesehen (18,2% Anteil Behandlungsbereiche). Unter diesen sechs Behandlungsbereichen für die Psychosomatik sind jedoch drei teilstationäre Behandlungsbereiche vorgesehen (50% der psychosomatischen Behandlungsbereiche). Diese hohe Anzahl teilstationäre Bereiche wurden von den psychosomatischen Fachgesellschaften zu keinem Zeitpunkt gefordert. Zum Vergleich sind in der Psychiatrie (Erwachsenen und Kinder-Jugend) nur 5 von 27 Behandlungsbereichen teilstationär (18,5%). Auch müssen Lösungen für besondere Bereiche gefunden werden. Das Gebiet der Kinder-Jugend-Psychosomatik weist einen hohen Versorgungsbedarf auf und es werden eine stetig steigende Anzahl neuer Versorgungsangebote ausgewiesen.¹</p> <p>Aller Voraussicht nach wird die Erhebung von vermischten Daten in einer unzureichenden Anzahl Behandlungsbereiche, die wiederum einen zu geringen Differenzierungsgrad haben, zu Nachweisen mit geringer oder keiner Aussagekraft führen. Eine wissen-</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme
		<p>schaftlich begleitete Untersuchung einer größeren und repräsentativeren Datenmenge ist erforderlich, um eine sinnvolle Unterscheidung von Behandlungsbereichen und deren zugehörige Stations-, bzw. Einrichtungstypen zu erreichen.</p> <p>Im Rahmen der aktuell laufenden und durch den Innovationsfonds geförderten EPPIK-Studie erfolgt eine repräsentative, bundesweite Beobachtungsstudie in psychosomatischen Einrichtungen, die die Personalausstattung in Beziehung zu den therapeutischen Leistungen und zum medizinisch-somatischen Aufwand setzt. Die Ergebnisse der EPPIK-Studie werden im Frühjahr 2024 erwartet, so dass eine datenbasierte Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche sowie Festlegung der Personalmindestvorgaben frühestens im Sommer 2024 erfolgen kann. Aus den oben genannten Gründen und vor dem Hintergrund des zeitlichen Ablaufs der Studie, kann eine differenzierte Festlegung der Personalmindestvorgaben für die Behandlungsbereiche der Psychosomatischen Medizin frühestens 2024 vorgenommen werden.</p> <p>Es macht wenig Sinn bereits jetzt weitere Behandlungsbereiche (P5, P6) mit Personalmindestvorgaben festzulegen, für die keine Evidenz vorliegt, oder auch bereits Anpassungen von nicht in der Versorgungspraxis überprüften Behandlungsbereichen vorzunehmen (P2, P3, P4). Die Veröffentlichung dieser Mindestvorgaben hätte weitreichende Konsequenzen, da psychosomatische Einrichtungen versuchen werden diesen Mindestvorgaben zu entsprechen – mit negativen Auswirkungen für die etablierten Behandlungskonzepte der Einrichtungen.</p> <p>Der VPKD fordert daher, dass für die Festlegung der Mindestvorgaben in der Psychosomatischen Medizin die gleiche Sorgfalt angewendet wird, wie damals auch zur Erarbeitung der seit 1990 existierenden Vorgaben für das Fachgebiet der Psychiatrie. Deren Erarbeitung nahm mehr als ein Jahrzehnt in Anspruch.²</p> <p>Die Stärkung der Psychotherapie durch die Festlegung von höheren Mindestvorgaben für Psychotherapeuten wird durch den VPKD ausdrücklich begrüßt. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass die Summe der psychotherapeutischen (ärztlich, nicht-ärztlich) Minuten als Mindestvorgaben in allen Behandlungsbereichen der Psychosomatischen Medizin in der letzten Fassung vom 18.3.2021 bereits hoch definiert war. Es ist aufgrund der Rückmeldung zahlreicher spezialisierter Abteilungen gut vorstellbar, dass als Ergebnis der</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme
		<p>aktuell laufenden wissenschaftlichen Untersuchungen für einzelne Behandlungsbereiche noch höhere Mindestvorgaben für psychotherapeutische Leistungen (ärztlich, nicht-ärztlich) empfohlen werden. Die Gefahr für andere Behandlungsbereiche der Psychosomatischen Medizin bereits unnötig hohe Vorgaben weiter zu erhöhen, ist jedoch auf der Grundlage der Rückmeldungen anderer Einrichtungen mindestens ebenso wahrscheinlich. Eine sinnvolle Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche und deren Überprüfung müssen zuerst erfolgen (s.o.). Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass die Mehrzahl, der in psychosomatischen Kliniken (teil-)stationär behandelten Patientinnen und Patienten neben der psychischen Erkrankung zusätzlich an einer pathognomonisch assoziierten chronischen körperlichen Erkrankung leiden. Die psychosomatische und psychopharmakologische Behandlung muss daher hinsichtlich des Settings, des therapeutischen Vorgehens sowie der Dosis auf die Ausprägung und Interaktion der genannten Merkmale bestmöglich zugeschnitten werden. Hierzu bedarf es der ärztlichen Expertise und der ärztlichen Psychotherapie. Das klassisch ambulante psychotherapeutische Setting sowie die Behandlung im Rahmen der Richtlinie Psychotherapie ist mit einer stationären Behandlung in psychosomatischen Einrichtungen nicht vergleichbar. Vor diesem Hintergrund setzt die einseitige Verteilung zusätzlicher Minuten in den Mindestvorgaben auf die Berufsgruppe c das falsche Signal. Soweit personeller Mehrbedarf für Psychotherapie festgestellt wird, ist dieser auf die Berufsgruppen a und c zu verteilen, wobei insbesondere in der Psychosomatischen Medizin einer Behandlung der psychischen Beschwerden getrennt von den somatischen Beschwerden entgegengewirkt werden sollte.</p> <hr/> <p>¹ Im PEPP-System 2020 wurde dieser Entwicklung vom InEK Rechnung getragen, indem die Anwendbarkeit mancher OPS-Codes der Kinder-Jugend-Psychiatrie auf die Psychosomatik erweitert wurde.</p> <p>² 1970 befasste sich der Ärztetag, erstmals damit. Die Psychiatrie-Enquête wurde 1975 abgeschlossen. 1990 wurde die Psych-Personalverordnung erlassen. Quelle: Wikipedia</p>
2.3	VPKD	Im Einzelnen:

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme
		<p>Zu § 2 Grundsätze</p> <p><i>(2) Die Behandlung der den Behandlungsbereichen gemäß § 3 in Verbindung mit Anlage 2 zugeordneten Patientinnen und Patienten ist nach Maßgabe der nachfolgenden Regelungen dieser Richtlinie grundsätzlich nur zulässig, wenn die in § 6 geregelten verbindlichen Mindestvorgaben erfüllt werden.</i></p> <p>Die fachspezifische Behandlung von psychosomatischen Notfällen muss Vorrang haben gegenüber der Erfüllung von Mindestvorgaben. Eine Ablehnung bzw. Nichtversorgung von Notfällen mit der Gefahr von schwerwiegenden psychischen und somatischen Konsequenzen ist aus ethischen und haftungsrechtlich Gründen nicht vertretbar. Daher ist § 2 Absatz 2 zu streichen.</p>
2.4	VPKD	<p>Zu § 3 Behandlungsbereiche</p> <p><i>(1) Die Patientinnen und Patienten der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene, die einer voll-, teilstationären sowie stationsäquivalenten Krankenhausbehandlung bedürfen, werden nach Art und Schwere der Krankheit sowie nach den Behandlungszielen und -mitteln den folgenden Behandlungsbereichen unter Berücksichtigung der Eingruppierungsempfehlungen gemäß Anlage 2 zugeordnet:</i></p> <p>....</p> <p><i>P5 Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung</i></p> <p><i>P6 Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär</i></p> <p>Es besteht ein dringender Bedarf für eine weitere Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche in der Psychosomatischen Medizin. Eine Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche in der Psychosomatischen Medizin durch die Aufnahme von 2 weiteren Behandlungsbereichen wird daher grundsätzlich begrüßt.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme
		<p>Die aktuelle Festlegung von Minutenwerten für die beiden neuen Behandlungsbereiche P5 und P6 ist jedoch nicht sachgerecht. Es liegen derzeit keine Daten vor, die die Minutenwerte der hier vorgelegten Ausgestaltung der zwei neuen Behandlungskategorien belegen. Zudem resultieren sie aus Abänderungen der Mindestvorgaben anderer Behandlungsbereiche der PPP-RL, welche noch einmal grundlegend geprüft werden sollten bevor sie in Kraft treten. Insbesondere liegen keine Anhaltspunkte für die Notwendigkeit eines dritten tagesklinischen Behandlungsbereichs in der Psychosomatik vor.</p> <p>Es braucht zunächst eine angemessene empirische Datenbasis als Voraussetzung für die Ableitung von angemessenen Personalmindestvorgaben. Die voreilige Veröffentlichung von nicht geprüften Minutenwerten führt zu Verwerfungen in der Versorgung. Sie haben eine starke Signalwirkung für die Einrichtungen. Ihnen wird suggeriert, dass es sich um normativ gerechtfertigte Vorgaben handelt, die in Kürze rechtlich sanktionsbewehrt einzuhalten sind. Es ist aus medizinischen Gründen nicht vertretbar, dass nicht geprüfte Personalmindestvorgaben das therapeutische Vorgehen und etablierte Behandlungskonzepte beeinflussen und bestimmen. Vor diesem Hintergrund lehnen wir die Einführung der Minutenwerte für zwei weitere Behandlungsbereiche (P5, P6) ab.</p> <p>Die Berechnung des Umsetzungsgrades der Mindestvorgaben als auch Sanktionsmaßnahmen wurden in der Psychosomatischen Medizin ein weiteres Jahr für 2022 gerade vor diesem Hintergrund ausgesetzt. Die aktuelle Festlegung von weiteren Personalmindestvorgaben ohne Datengrundlage widerspricht diesem Vorgehen.</p> <p>Stattdessen ist kurzfristig eine Verbesserung der Anrechnungsmöglichkeiten erforderlich, um einen flexiblen, patientengerechten Personaleinsatz in den verschiedenen Versorgungskonstellationen psychosomatischer Einrichtungen zu ermöglichen. Die DKG hat hierzu in § 8 Absatz 3 einen Vorschlag aufgenommen. Auf Basis der übermittelten Nachweise kann die vorgenommene Anrechnung von Psychologen/-innen auf andere Berufsgruppen untersucht und ggf. Anpassungen in den Mindestvorgaben vorgenommen werden.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme
2.5	VPKD	<p>§ 8 Anrechnungen von Berufsgruppen</p> <p><i>(3) Darüber hinaus ist bei psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene sowie bei psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche eine Anrechnung von der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b, d, e, f und g möglich [DKG, BÄK, DPR].</i></p> <p>Vor dem Hintergrund gravierender Unterschiede in der Personalzusammensetzung zwischen z.B. psychosomatischen Einrichtungen mit erhöhtem somatisch-medizinischen Versorgungsaufwand versus intensivierter psychosomatisch-psychotherapeutischer Behandlung ist eine gegenseitige Anrechenbarkeit der Berufsgruppen, wie von DKG, BÄK und DPR gefordert sinnvoll und notwendig. Sobald eine datenbasierte Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche sowie Festlegung der Personalmindestvorgaben vorgenommen wurden, kann die flexiblere Anrechenbarkeit der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b, d, e, f und g reduziert werden.</p> <p>Ferner befürwortet der VPKD, wie bereits in unserer letzten Stellungnahme zur PPP-RL (Stand 07.09.20) ausführlich dargestellt, eine Zusammenlegung der Berufsgruppen der SpezialtherapeutInnen, BewegungstherapeutInnen und SozialarbeiterInnen in eine Berufsgruppe SpezialtherapeutInnen. Da unterschiedliche Patienten mit unterschiedlichem bio-psycho-sozialem Behandlungsbedarf unterschiedliche spezialtherapeutische Behandlungsbedarfe auslösen, ist eine Zusammenlegung der Berufsgruppen sinnvoll und medizinisch begründet: z.B. hat eine üblicherweise sozial gut integrierte Patientin mit einer Anorexia nervosa mit BMI 15 kg/m² einen hohen ärztlichen, psychologischen und pflegerischen Behandlungsbedarf, aber einen geringen sozialarbeiterischen, während ein sozial desintegrierter Angstpatient mit schwerer Persönlichkeitsstörung im Verlauf einer Krankenhausbehandlung einen zunehmenden sozialarbeiterischen und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf, aber einen eher geringeren kreativtherapeutischen oder medizinischen Behandlungsbedarf hat. Dass es hier zu einer Trennung der Berufsgruppen kam, war in der PEPP-Logik wahrscheinlich durch vergütungsbezogene Berufsgruppenunterschiede begründet.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme
2.6	VPKD	<p>Zu § 11 Nachweisverfahren</p> <p><i>(8) Das IQTIG prüft die übermittelten Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität und informiert das Krankenhaus bei Korrekturbedarf. Eine Übersendung der korrigierten Daten durch das Krankenhaus an das IQTIG [DKG, BÄK] ist bis zum 1. März des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres möglich.</i></p> <p>Die Korrekturen falscher Nachweise sollten durch eine zentrale und kompetente Stelle übernommen werden, die hierzu auch personell in der Lage ist. Bei einer Versendung und Korrektur der Nachweise auch an alle Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen könnten parallele Prüfungen von IQTIG und Krankenkassen stattfinden, deren Ergebnisse dann erneut verglichen und abgestimmt werden müssen. Ein solcher Prozess würde den bereits sehr hohen bürokratischen Aufwand unnötig weiter erhöhen. Reibungsverluste, wie z.B. in den MDK-Verfahren könnten das Ergebnis sein. Das IQTIG ist als neutrale Instanz besser geeignet Überprüfungen zu übernehmen.</p>
2.7	VPKD	<p><i>(13) ...[DKG, BÄK] Eine Lieferung gemäß § 11 Absatz 3 14 Tage nach Ende des betreffenden Quartals ist nicht erforderlich. Bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben hat innerhalb der in Satz 2 genannten Fristen eine zusätzliche Lieferung von Teil A an die zuständige Landesaufsichtsbehörde zu erfolgen.</i></p> <p>Solange eine quartalsweise Übermittlung der Nachweise sechs Wochen nach Quartalsende erfolgt, sollte eine zusätzliche Lieferfrist zwei Wochen nach Quartalsende bei Nichteinhaltung entfallen. Aktuell sind die Einrichtungen organisatorisch kaum in der Lage die Zwei-Wochen-Frist nach § 11 Abs. 3 einzuhalten. Die zu hohen bürokratischen Anforderungen in der Umsetzung dieser Richtlinie würden zumindest an dieser Stelle ein Stück weit gemindert. Die Übernahme des Vorschlags der DKG würde daher der Akzeptanz und Umsetzbarkeit der Richtlinie dienen.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme
2.8	VPKD	<p>Zu §12 Veröffentlichungspflichten für Krankenhäuser</p> <p><i>Die Erfüllung der Mindestvorgaben insgesamt und für die einzelnen Berufsgruppen (die tatsächliche Personalausstattung und der Umsetzungsgrad) ist für die einzelnen Berufsgruppen sowie zur Anwendung gebrachte Ausnahmetatbestände nach § 10 sind [DKG] im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser darzustellen.</i></p> <p>Die Veröffentlichungspflichten im Qualitätsbericht der Krankenhäuser sollten weiterhin Gegenstand der Beratungen im G-BA bleiben. Ob zusätzliche strukturelle Informationen der besseren Verständlichkeit der Informationen zur Einhaltung der Mindestvorgaben für den Patienten tatsächlich dienlich sind, kann zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht gesagt werden. Gleichzeitig schließt eine Nichtberücksichtigung der Vorschläge des GKV-SV in der PPP-RL nicht aus, dass die Veröffentlichung weiterer struktureller Informationen künftig im Qualitätsbericht beschlossen wird, wenn zu einem späteren Zeitpunkt entsprechende Erkenntnisse vorliegen. Die Vorschläge des GKV suggerieren, dass solche Erkenntnisse bereits vorliegen. Das ist nicht der Fall. Daher sollten nur die Ergänzungen der DKG in diesem Absatz übernommen.</p>
2.9	VPKD	<p>Zu §16 Übergangsregelungen</p> <p><i>(1) Die Mindestvorgaben nach § 6 müssen ab dem 1. Januar 2024 erfüllt werden. Für die Übergangszeit gilt folgendes gestuftes Verfahren:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <i>1. Die Mindestvorgaben nach § 6 müssen ab dem 1. Januar 2020 zu 85 Prozent erfüllt sein.</i> <i>2. Die Mindestvorgaben nach § 6 müssen ab dem 1. Januar 2022 zu 90 Prozent erfüllt sein.</i> <i>3. Die Mindestvorgaben nach § 6 müssen ab dem 1. Januar 2023 zu 95 Prozent [GKV-SV] erfüllt sein.</i>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme
		<p>Der VPKD bedankt sich bei den Parteien des G-BA für die vorzeitige und einvernehmliche Änderung des § 16 Abs. 4 mit der Aussetzung von Sanktionen und Aussetzung der Lieferung von Nachweisen zur Einhaltung der Mindestvorgaben für die Psychosomatik in 2022. Damit wurde den 275 psychosomatischen Einrichtungen (Stand 2019) in Deutschland ein wichtiges Signal gegeben, dass die Behandlungsbereiche sich noch in der Anpassung befinden. Eine voreilige und medizinisch nicht gerechtfertigte Anpassung der psychosomatischen Behandlungskonzepte wird dadurch verhindert.</p> <p>Für die Psychosomatische Medizin sollte mit dem Inkrafttreten der Mindestvorgaben 2025 ebenfalls eine Übergangsregelung mit stufenweisem Vorgehen beginnend mit 85% und einer jährlichen Anpassung von 5% gewählt werden.</p>
2.10	VPKD	<p><i>(8) [DKG] Eine Anrechnung gemäß § 8 Absatz 3 Satz 4 ist bis zum 31. Dezember 2022 auch bei Übernahme von Aufgaben der jeweiligen Berufsgruppe außerhalb der Regelaufgaben gemäß Anlage 4 möglich.</i></p> <p>Der VPKD begrüßt den Vorschlag der DKG, der durch die gegenseitige Anrechenbarkeit der Berufsgruppen auch außerhalb der Regelaufgaben den Kliniken mehr therapeutische Flexibilität ermöglicht.</p>
2.11	VPKD	<p>Zur Anlage 1 Minutenwertetabellen</p> <p>Eine Anpassung der Minutenwerte (P2, P3, P4) bzw. die Einführung von Minutenwerten für die neuen Behandlungsbereiche P5 und P6 ist ohne die Personalausstattung in den psychosomatischen Einrichtungen zu kennen und über eine ausreichende Datenbasis zu verfügen, medizinisch nicht vertretbar. Die Veröffentlichung von Personalminuten, auch wenn noch keine Sanktionsmaßnahmen drohen führt zwangsläufig dazu, dass Einrichtungen versuchen diesen Vorgaben zu entsprechen. Dies ist unbedingt zu verhindern. Somit lehnt der VPKD die Änderungen bzw. Festlegung neuer Mindestvorgaben zum jetzigen Zeitpunkt ab.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme
		<p>Selbst wenn die neuen Behandlungsbereiche P5 und P6 evidenzbasierte Vorschläge darstellen würden, berücksichtigen sie die besondere Situation der Psychosomatischen Medizin nicht ausreichend. Die Stärkung der Psychotherapie in den Behandlungsbereichen P5, P6 erfolgt ausschließlich durch die Festlegung höherer Minutenwerte für die Berufsgruppe der nicht-ärztlichen Psychotherapeuten. Die Verteilungen der psychotherapeutischen Aufgaben zwischen den ärztlichen und nicht-ärztlichen Psychotherapeuten ist von vielen Faktoren abhängig, wobei auf eine ausreichende ärztliche psychotherapeutische Kompetenz im stationären Kontext zu achten ist. Eine einseitige Aufstockung der Minutenwerte für nicht-ärztliche Psychotherapeuten halten wir daher zur Sicherstellung der Behandlungsqualität für nicht angemessen.</p> <p>Gleichzeitig erfolgt eine deutliche Kürzung der Minutenwerte der Pflegefachkräfte in P5, P6. Dies impliziert, dass PatientInnen mit einem hohen psychotherapeutischen Bedarf nicht auch einen vergleichbaren Bedarf für allgemeine und spezielle therapeutische Pflege zeigen. Dies mag für bestimmte Patientengruppen zutreffen, bildet jedoch nicht das Spektrum von PatientInnen mit intensivierten Psychotherapiebedarf ab. Eine Anpassung der Behandlungsbereiche reduziert auf diesen Sachverhalt bildet somit das komplexe Versorgungsgeschehen nicht angemessen ab.</p> <p>Ferner wird eine Anpassung der Minutenwerte für die Pflege in den teilstationären Bereichen vorgenommen. Bislang waren die Minutenwerte für Pflegefachkräfte im stationären und teilstationären Bereich für P2 und P4 identisch, was fehlerhaft war. Die Anpassung ist sachgerecht und sinnvoll.</p> <p>Grundlage für die angepassten Minutenwerte ist eine Berücksichtigung der 5 statt 7 Tage Woche sowie der Wegfall des Spätdienstes in den Tageskliniken. Dennoch weist die Berechnung in unseren Augen Ungenauigkeiten auf, da die Personalausstattung in der Pflege z.B. an Wochenenden und im Spätdienst geringer ist als in den Kernarbeitszeiten während der Woche. Dies wird in der Berechnung nicht berücksichtigt und führt somit vermutlich zu Verzerrungen. Es ist davon auszugehen, dass die Minutenwerte für die Pflege in der jetzt vorliegenden Version der PPP-RL im Behandlungsbereich P3 mit 329 Minuten zu hoch, im Behandlungsbereich P4 mit 201 Minuten tendenziell zu niedrig kalkuliert sind.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme
		<p>Die Personalmindestvorgaben für die Tagesklinik aus der stationären Behandlung 1:1 zu übernehmen ohne weitere Besonderheiten der Tageskliniken zu berücksichtigen ist nicht sinnvoll (z.B. Spezialisierungen, Unterschiede zwischen „stand alone“ Tageskliniken und Tageskliniken, die auf Stationen integriert sind). Ferner ist fraglich, ob überhaupt drei tagesklinische Behandlungsbereiche erforderlich sind.</p> <p>Vor diesem Hintergrund fordern wir auch für die Tageskliniken zunächst die Schaffung einer angemessenen Datengrundlage.</p> <p>Die Festlegung der PsychPV in der Psychiatrie hat viele Jahre benötigt (s.o.). Dies verdeutlicht, dass auch für die erstmalige Festlegung der Mindestvorgaben in der Psychosomatischen Medizin deutlich mehr Zeit benötigt wird.</p>
2.12	VPKD	<p>Zu Anlage 2 Eingruppierungsempfehlungen</p> <p><i>P. Psychosomatik</i></p> <p><i>P2 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung (auch P4, P5, P6)</i></p> <p>Die Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung setzt die Struktur- und Mindest-merkmale des OPS-Code 9-63 voraus. Der OPS-Code 9-62 steht für eine „psychotherapeutische Komplexbehandlung“ und erfüllt somit nicht die Mindestmerkmale. Eine psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung erfordert eine entsprechende Facharztqualifikation für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Wir fordern daher die Streichung des OPS-Code 9-62 für den Behandlungsbereich P2. Gleiches gilt für die Behandlungsbereiche P4, P5 und P6.</p> <p>Als weiteres psychotherapeutisches Grundverfahren wurde die Systemische Therapie in die Psychotherapie Richtlinie aufgenommen. Somit ist die Systemische Therapie als Grundverfahren in der Tabelle „Behandlungsmittel“ wie folgt aufzunehmen: „Komplexe</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme
		<p>psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung unter Einsatz eines psychodynamisch, kognitiv-behavioralen oder systemischen Grundverfahrens als reflektierter multiprofessioneller Mehrpersoneninteraktionsprozess...“</p> <p>P5/ P6 Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung stationär/ teilstationär</p> <p>Die Einführung neuer Behandlungsbereiche mit nicht empirisch geprüften Minutenwerten wird sehr kritisch gesehen. Siehe hierzu auch §3.</p>
2.13		<p>Zu Anlage 4 Regelaufgaben</p> <p><i>3. Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) – Psychosomatik</i></p> <p>Der VPKD schließt sich der Position von GKV-SV, BÄK in der Formulierung der Regelaufgaben und Tätigkeitsprofile der Berufsgruppen a und c an.</p> <p>Unter den Regelaufgaben der Ärzte und ärztlichen Psychotherapeuten empfehlen wir noch die „Bearbeitung gutachterlicher Fragestellungen auch in Bezug auf sozialrechtliche, familienrechtliche, strafrechtliche Fragestellungen“ mit aufzunehmen.</p> <p>Ferner gehört die Weiterbildung zu den Tätigkeitsprofilen der Assistenzärzte. Es ist nicht sachgerecht nur die Fortbildung aufzuführen, da die Weiterbildung der Assistenzärzte in den Kliniken im Rahmen der Arbeitszeit erfolgt. Somit ist die Weiterbildung integraler Bestandteil des Tätigkeitsprofils der Assistenzärzte auf Station (gemäß §2 Abs. 10 PPP-RL ist die (interne) Weiterbildung in den Minutenwerten auch enthalten).</p> <p>Die Forderung der BPtK, dass PsychotherapeutInnen (nicht ärztlich), Visiten leiten sowie Gesamtbehandlungspläne erstellen, wird der Situation von schwer psychosomatisch erkrankten Patientinnen und Patienten in einem Krankenhaus nicht gerecht. Sowohl</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme
		<p>Visiten als auch die Erstellung von Gesamtbehandlungsplänen erfordern ärztlich-medizinische Kompetenzen in der somatomedizinischen Diagnostik, Differentialdiagnostik und Behandlung, einschließlich der Pharmakotherapie somatischer Komorbiditäten sowie dem frühzeitigen Erkennen von gefährlichen Verläufen, die durch die Wechselwirkung von psychischen und körperlichen Faktoren entstehen. Diese Qualifikation ist bei nicht-ärztlichen PsychotherapeutInnen nicht gegeben und würde somit zu erheblichen Einschränkungen in der Versorgung der Patienten führen. Im Bereich der Psychosomatischen Medizin, die sich mit somatischen Manifestationen von psychischen Erkrankungen (z.B. Essstörungen, somatoforme Störungen) oder auch psychischer Komorbidität bei chronischen körperlichen Erkrankungen (z.B. Depression bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen)) befasst, ist eine ärztlich-medizinische Kompetenz im Rahmen der Visite und für die Gesamtbehandlungsplanung essenziell.</p>
2.14		<p>Zusammenfassung und Schlussbemerkung</p> <p>Der Entwurf, Stand 02.06.2021 nach Sitzung des UA QS, der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik- Richtlinie/PPP-RL) weist einige notwendige Änderungen und Präzisierungen auf, die der VPKD unterstützt und mit trägt. Es finden sich im Entwurf jedoch auch einige Feststellungen, die wir wegen ihrer Bedeutung für eine qualitativ hochwertige und sachgerechte Patientenversorgung kritisieren und um Änderung bitten:</p> <p>Der Personalaufwand in der Psychosomatik orientiert sich in hohem Maße an der Intensität der psychotherapeutischen Leistung (Therapieeinheiten, „TE´s“) sowie dem somatisch-medizinischen Versorgungsaufwand. Vor diesem Hintergrund ist für die Festlegung der Personalmindestvorgaben sowie die Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche zusätzlich eine Erfassung der therapeutischen Leistungen als auch des medizinisch-somatischen Aufwands erforderlich. Diese Daten werden im Rahmen der PPP-RL Nachweise nicht erfasst. Im Rahmen der EPPIK-Studie wird eine geeignete und für die Einrichtungen repräsentative Datenbasis</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme
		<p>erstellt, die als Grundlage für die erstmalige Festlegung von Personalmindestvorgaben in der Psychosomatische Medizin genutzt werden sollte.</p> <p>Die Stärkung der Psychotherapie durch die Festlegung von Mindestvorgaben für Psychotherapeuten muss den Gegebenheiten des Fachgebietes Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Rechnung tragen und ärztliche und nicht-ärztliche Psychotherapeuten angemessen berücksichtigen. Die Festlegung der Minutenwerte für Psychotherapie in den verschiedenen Behandlungsbereichen sollte datenbasiert vorgenommen werden.</p> <p>Eine weitere Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche der Psychosomatischen Medizin ist dringend erforderlich. Auch müssen noch Lösungen für besondere Fälle, wie die die Kinder-Jugend-Psychosomatik gefunden, werden. Hierzu braucht es aber eine angemessene empirische Datenbasis als Voraussetzung für die Ableitung von angemessenen Personalmindestvorgaben. Eine willkürliche Festlegung von Minutenwerten für die vorgeschlagenen Behandlungsbereiche P5 und P6 ist unangemessen und steht im Widerspruch zu den Zielen der PPP-RL.</p> <p>Die Differenzierung der Berufsgruppen gemäß §5 und der Anrechnungsmöglichkeiten gemäß §8 ist im Hinblick auf eine qualitativ hochwertige und leitliniengerechte psychosomatische Behandlung von erheblicher Bedeutung. Hier würde die Zusammenfassung der Berufsgruppen nach Buchstabe d, e und f mehr therapeutisch sinnvolle Flexibilität ermöglichen und die Versorgungsqualität gegenüber der jetzt kleinteiligen Differenzierung (die eine starre Vorhaltung von Personal, das im Einzelfall gar nicht benötigt wird, vorschreibt) erheblich verbessern. Ansonsten droht die Vernachlässigung bestimmter Patientengruppen.</p> <p>Die Aussetzung der Ermittlung und Umsetzung der Personalmindestvorgaben sowie der Sanktionsmaßnahmen für psychosomatischen Einrichtungen wird über den 31.12.2022 erforderlich sein, da erst im Jahr 2024 mit den Ergebnissen der EPPIK-Studie und damit der empirischen Grundlage für Personalmindestzeiten in verschiedenen Behandlungsbereichen gerechnet werden kann.</p> <p>Die spezialisierte Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung in den Behandlungsbereichen P2 und P4 (künftig ggf. P5, P6) kann qualitativ sachgerecht und leitliniengemäß nur durch einen Facharzt/-ärztin für Psychosomatische Medizin und</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme
		Psychotherapie erbracht werden, so wie es auch in der entsprechenden OPS-Prozedur 9-634 festgelegt ist. Dies ist in Anlage 2 der PPP-RL zu präzisieren. [...]
3	Universitätsklinikum Tübingen	
3.1	Uniklinikum Tübingen	In der PPP-RL sollte eine tätigkeitsbezogene Sicht verankert werden, insb. da die Möglichkeiten der wechselseitige Anrechnung von einzelnen Berufsgruppen begrenzt ist und der Tätigkeitsumfang sehr schwer quantifizierbar ist. Die Erfüllung der Voraussetzungen der RL auf Berufsgruppen abzustellen, ist im Kontext einer interdisziplinären und leitliniengerechten Versorgung zu eng gefasst. Vielmehr sollte über alle Berufsgruppen hinweg und nicht auf einzelne Berufsgruppen bezogen, der Umsetzungsgrad ermittelt werden. Auch bei den an vielen Standorten in Deutschland laufenden Pflegebudgetverhandlungen wird vermehrt auf den tätigkeitsbezogenen Ansatz verwiesen und auch von Schiedsstellen bestätigt.
3.2	Uniklinikum Tübingen	<p>Bezug: § 6, Abs. 4: <i>Liegt in einem Quartal des laufenden Jahres die tatsächliche Anzahl der Behandlungstage in den Behandlungsbereichen um mehr als 2,5 Prozent über oder mehr als 2,5 Prozent unter der nach Absatz 3 ermittelten Anzahl der Behandlungstage, erfolgt die Berechnung der Behandlungswochen abweichend von Absatz 3 auf der Basis der tatsächlichen Anzahl der Behandlungstage des laufenden Quartals.</i></p> <p>Der Prozentsatz mit 2,5 % ist viel zu eng, dies entspricht der normalen jährlichen Schwankung. Es sollte eher ab 15-20 % Abweichung diese Änderung in der Berechnungsweise wirksam werden.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme
3.3	Uniklinikum Tübingen	Formular B3 (Datenfelder zur Dokumentation der Patientinnen und Patienten (Regelaufgaben gemäß Anlage 4)): Die Dokumentation stellt an dieser Stelle einen unverhältnismäßig großer Aufwand mit zu großer Detailtiefe dar. Die Einführung sollte daher nicht nur verschoben, sondern komplett gestrichen werden. Alternativ sollte es sich um eine freiwillige Teilnahme an dieser Datenerhebung handeln, z.B. analog einer Studie.

IV. Anhörung

Folgende stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden nach Vorlage einer schriftlichen Stellungnahme mit Schreiben vom 11. bzw. 13. August 2021 eingeladen bzw. im Unterausschuss Qualitätssicherung angehört:

Organisation	Einladung zur Anhörung angenommen:	An Anhörung teilgenommen:
Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB)	16. August 2021 / ja	ja
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (dgkip)	12. August 2021 / ja	ja
Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG)	12. August 2021 / ja	ja

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

Organisation	Einladung zur Anhörung angenommen:	An Anhörung teilgenommen:
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM)	12. August 2021 / ja	ja
Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin e.V. (DKPM)	17. August 2021 / ja	ja
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)	16. August 2021 / ja	ja
Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V. (DFPP)	11. August 2021 / ja	ja
Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung e.V. (DGPSF)	20. August 2021 / nein	nein
Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE)	12. August 2021 / ja	ja
Deutscher Verband für Physiotherapie e.V. (ZVK)	20. August 2021 / nein	nein
Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)	17. August 2021 / ja	ja
Bundesdirektorenkonferenz (BDK)	19. August 2021 / ja	ja
Aktion Psychisch Kranke Vereinigung zur Reform der Versorgung psychisch Kranker e.V. (APK)	17. August 2021 / ja	ja
Deutsche Psychotherapeutenvereinigung e.V. (DPtV)	18. August 2021 / ja	ja
Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP)	20. August 2021 / nein	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 Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

Organisation	Einladung zur Anhörung angenommen:	An Anhörung teilgenommen:
Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.	17. August 2021 / ja	ja
Wissenschaftlichen Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien e.V. (WKFT)	13. August 2021 / ja	ja
Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP)	18. August 2021 / ja	ja
Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (BApK)	16. August 2021 / ja	nein

Zusammenfassung und Auswertung der Anhörung

Die Anhörung wurde durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seiner Sitzung am 25. August 2021 durchgeführt.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der mündlichen Stellungnahme	Auswertung der Anhörung (Stand: 2. September 2021) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
1.	Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei geistiger Behinderung e.V. (DGSGB)	siehe Wortprotokoll	Für die Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik wird in § 5 Abs. 1b (Berufsgruppe der Pflegefachpersonen) die Ergänzung der Heilerziehungspfleger und in § 5 Abs. 1f (Berufsgruppe der Sozialarbeiter und -pädagogen) die Ergänzung der Heilpädagogen empfohlen. Entsprechende Folgeänderungen ergeben sich in Anlage 1, Anlage 3 Referenztabelle B4.2 und Anlage 4 Nr. I.6 der PPP-RL.

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der mündlichen Stellungnahme	Auswertung der Anhörung (Stand: 2. September 2021) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
2.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
3.	Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
4.	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
5.	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin e.V. (DKPM)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
6.	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)	siehe Wortprotokoll	In Anlage 4 Nr. I.1.a und II.1.a (Regelaufgaben von Ärzten und ärztlichen Psychotherapeuten in der Psychiatrie) wird eine gemeinsame Beschreibung der medizinischen und psychotherapeutischen Grundversorgung empfohlen.
7.	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V. (DFPP)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
8.	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
9.	Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der mündlichen Stellungnahme	Auswertung der Anhörung (Stand: 2. September 2021) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
10.	Bundesdirektorenkonferenz e.V. (BDK)	siehe Wortprotokoll	In Anlage 4 Nr. I.1.a und II.1.a (Regelaufgaben von Ärzten und ärztlichen Psychotherapeuten in der Psychiatrie) wird eine gemeinsame Beschreibung der medizinischen und psychotherapeutischen Grundversorgung empfohlen.
11.	Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
12.	Deutsche Psychotherapeutenvereinigung e.V. (DPtV)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
13.	Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
14.	Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien e.V. (WFKT)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
15.	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.



Wortprotokoll

einer Anhörung zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Mindestvorgaben für Psychotherapeuten und Überarbeitung weiterer Regelungen

Vom 25. August 2021

Stellv. Vorsitzender:	Herr Dr. Schlenker
Beginn:	10:32 Uhr
Ende:	13:27 Uhr
Ort:	Videokonferenz des Gemeinsamen Bundesausschuss Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

Teilnehmer der Anhörung

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

Herr Dr. ...

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

Frau Prof. Dr. ...

Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e. V. (DMtG):

Frau ...

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

Herr Dr. ...

Herr Prof. Dr. ...

Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin e.V. (DKPM):

Herr Prof. Dr. ...

Herr Prof. Dr. ...

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheil-
kunde e. V. (DGPPN):

Herr Prof. Dr. ...

Deutsche Fachgesellschaft Psychiatriische Pflege e. V. (DFPP):

Frau ...

Herr Prof. Dr. ...

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

Frau ...

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di):

Frau

Bundesdirektorenkonferenz e. V. (BDK):

Herr Dr. ...

Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK):

Herr Prof. ...

Deutsche PsychotherapeutenVereinigung e. V. (DPtV):

Frau Dr. ...

Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V. (DVGP):

Herr ...

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

Frau Prof. Dr. ...

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V. (BDP):

Herr ...

Herr ...

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

Verwendete Abkürzungen:

AG: Arbeitsgruppe

GKV-SV: Spitzenverband Bund der Krankenkassen

DKG: Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.

Beginn der Anhörung: 10:32 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer sind der Videokonferenz beigetreten.)

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Meine Damen und Herren, ich begrüße Sie zur Sitzung des Unterausschusses Qualitätssicherung zu einem besonderen Thema, nämlich der Änderung der PPP-Richtlinie, und da speziell zu einem Anhörungsverfahren.

Ich begrüße zunächst alle regulären Mitglieder des Unterausschusses. Als neu wurde mir Frau ... vom BMG notiert; seien Sie im Unterausschuss Qualitätssicherung willkommen. – Dann begrüße ich ganz besonders alle Anzuhörenden: Mir wurden 16 Menschen gemeldet, die heute sprechen möchten. Seien Sie in unserem Unterausschuss Qualitätssicherung willkommen!

Ich darf mich zunächst vorstellen; nicht alle kennen mich: Mein Name ist Rolf-Ulrich Schlenker. Ich bin stellvertretendes unparteiisches Mitglied des G-BA. Ich bin einerseits zweiter Stellvertreter von Herrn Hecken und vertrete andererseits die neue Vorsitzende des Unterausschusses Qualitätssicherung, Frau Maag, die diese Woche Kurzurlaub hat.

Wir werden heute das Programm gemeinsam gestalten. Ich selbst sitze in meiner, wie Sie sehen können, Wohnküche in Heidelberg. Vor Ort in Berlin sind Frau ... (G-BA-Geschäftsstelle), die alles im Griff hat, und natürlich auch Frau ... (G-BA-Geschäftsstelle) als zuständige Fachreferentin, die auch alles inhaltlich weiß.

Frau ... (G-BA-Geschäftsstelle), Sie wollten, bevor ich in die Tagesordnung einsteige, noch einige organisatorische oder technische Hinweise geben.

Frau ... (G-BA-Geschäftsstelle): Guten Morgen, meine Damen und Herren, auch von meiner Seite. Ich halte mich ganz kurz, da ich davon ausgehe, dass die allermeisten von uns mit E-Konferenz-Tools inzwischen ausreichend geübt sind. Ich würde Ihnen vorschlagen, die Teilnehmerliste rechts auf dem Bildschirm zu öffnen, indem Sie unten rechts den Button Teilnehmer anklicken. Sie sehen dann nicht nur alle Teilnehmenden, sondern haben bei Ihrem Namen auch die Möglichkeit, sich über Anklicken des Hand-Symbols anzumelden. Darüber hinaus können Sie auch das Mikrofon aus- und anstellen. Ich bitte Sie herzlich, Ihr Mikrofon ausschließlich bei Ihren Wortbeiträgen anzustellen, da wir ansonsten akustische Effekte haben, die uns alle beeinträchtigen. – Das ist meinerseits alles, wenn Sie keine Fragen haben. Wir führen die Rednerliste; Sie können auch sehen, wer sich gemeldet hat. Wenn Sie Fragen haben, melden Sie sich gern über das Hand-Symbol. Ansonsten gehe ich davon aus, dass alles klar ist. – Vielen Dank!

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. – Zur weiteren Regie der Sitzung werde ich bei der Eröffnung des Punktes 4 noch etwas sagen. Der Ordnung halber ziehe ich jetzt die Punkte 2 und 3 vor. Wir müssen ja die ordnungsgemäße Einladung zu dieser Sitzung und die Beschlussfähigkeit feststellen; das muss protokolliert werden. Das wäre TOP 2. – Wenn wir das hätten, würde ich gleich TOP 3 aufrufen, die Genehmigung der Tagesordnung. Im weiteren Verlauf der Sitzung – wir haben noch weitere Punkte nach der Anhörung; darunter sind einige verfristete Schriftstücke – darf ich davon ausgehen, dass einer Entfristung zugestimmt wird. Ansonsten müssten Sie jetzt intervenieren. – Das ist offensichtlich nicht der Fall. Dann sind diese Formalien erledigt, und wir kommen zum heutigen zentralen Punkt, zu TOP 4, der eigentlichen Anhörung.

Weil es mir ein Anliegen ist, auch noch einmal darauf hinzuweisen, weshalb wir hier sind, habe ich mir das Gesetz noch einmal unter dem Aspekt angesehen, weshalb jetzt dieser Zwischenschritt vor der eigentlichen Revision der PPP-Richtlinie im nächsten Jahr erfolgen soll, und zwar ist das ein spezieller Auftrag aus § 136a Absatz 2 Satz 9.

Demnach hat der G-BA bis zum 30. September mit Wirkung zum 1. Januar sicherzustellen, dass die Psychotherapeuten entsprechend ihrer Bedeutung in der Versorgung psychisch und psychosomatisch Erkrankter durch Mindestvorgaben für die Zahl der vorzuhaltenden Psychotherapeuten in der PPP-Richtlinie abgebildet werden. – So lautet der Gesetzestext, und das ist dann auch gleichzeitig unser Auftrag für heute.

Es sind zahlreiche schriftliche Stellungnahmen eingegangen, für die wir uns als G-BA bedanken und die gründlich studiert, gelesen, ausgewertet wurden. Insgesamt sind nach meiner Liste 18 fristgerechte Stellungnahmen sowie eine nicht fristgerechte und drei sogenannte unaufgeforderte schriftliche Stellungnahmen eingegangen.

Für die heutige Anhörung haben sich nach meiner Liste 16 Personen als Sprecher gemeldet. Von der Regie her beabsichtige ich – es ist jetzt 11:40 Uhr –, wenn es irgend möglich ist, diese 16 mündlichen Stellungnahmen in einem Block, vielleicht mit einer kleinen Pause, durchzuziehen und im Anschluss die große Diskussion und Fragerunde zu machen, sodass wir spätestens gegen 13:00 Uhr mit dem Anhörungsblock fertig wären. – So viel zu Ihrer Disposition.

Die Redebeiträge sind auf drei Minuten streng begrenzt; nachher wird eine Sanduhr eingeblendet, und meine Aufgabe ist auch, mit einer gewissen Strenge darauf zu achten, dass die drei Minuten eingehalten werden. Das ist ein Gebot der Fairness und auch der Gleichheit.

Wenn Sie etwas sagen wollen, melden Sie sich bitte vorher mit Namen und Benennung der Institution an, damit wir das notieren können. Vielleicht noch der abschließende Hinweis: Bitte keine Wiederholungen der schriftlichen Stellungnahmen, denn die haben wir alle, wie gesagt, gründlich ausgewertet. Es geht um ergänzende oder betonende Ausführungen. – So viel aus meiner Sicht zur Einführung. Dann könnten wir, um keine Zeit zu verlieren, sofort beginnen. Der Aufruf erfolgt nach dem Datum des Eingangs der schriftlichen Stellungnahmen. Das ist ein gerechter Maßstab, denn nach dem Alphabet vorzugehen, brächte nichts, da alle mit dem Wort „Deutsch“ beginnen. Ich rufe den ersten Anzuhörenden auf, wenn es keine Interventionen von anderer Seite gibt.

Frau ... (G-BA-Geschäftsstelle): Entschuldigen Sie, wir haben noch zwei Dinge, die wir klären müssen. Wie Sie wissen, ist die Anhörung vertraulich, und wir haben zwei Teilnehmer, die wir leider nicht zuordnen können. Das ist einmal die Abkürzung AZVTKJP; da wissen wir nicht, welcher Anzuhörende sich dahinter verbirgt.

Frau Prof. Dr. ... (DGKJP): Entschuldigung, das bin ich. – ... für die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eigentlich ist es das Institut für Verhaltenstherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Frau ... (G-BA-Geschäftsstelle): Vielen Dank für die Klarstellung. – Die zweite Unklarheit betrifft Herrn Es handelt sich nicht um jemanden, der angemeldet ist. Könnten Sie das bitte kurz erklären?

Ländervertretung: Ich vertrete das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, zusammen mit der Landesvertreterin aus Nordrhein-Westfalen. Ich leite das Referat Psychiatrie im Bayerischen Gesundheitsministerium.

Frau ... (G-BA-Geschäftsstelle): Vielen Dank!

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Okay, Sie sind also den Landesvertretern zuzuordnen, alles klar. – Frau ... (G-BA-Geschäftsstelle), Sie haben den Überblick über die Unterlagen; ich kann dazu aus der Ferne nichts sagen. Ist das jetzt alles so in Ordnung?

Frau ... (G-BA-Geschäftsstelle): Ja, gut. Wir nehmen das jetzt erst einmal so auf. Weil die Anmeldung für Herrn ... (Ländervertretung) bei uns nicht vorlag, konnten wir das nicht zuordnen.

Ich habe noch einen abschließenden Hinweis: Wir werden die Anhörung aufzeichnen, allein aus Gründen der Erstellung des stenografischen Protokolls, um also sicherzustellen, dass wir für den Fall, dass es technische Ausfälle bei der Stenografin gibt, die Möglichkeit haben, dies im Nachgang zu rekonstruieren. – Das war es von meiner Seite, Herr Schlenker.

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Alles klar, danke, Frau ... (G-BA-Geschäftsstelle). – Dann beginnen wir mit der Anhörung. Als Erste rufe ich die Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung auf. Dort ist ein Herr Dr. ... gemeldet. Darf ich um Ihre Stellungnahme bitten? – Jetzt erscheint hier die schöne Sanduhr.

Herr Dr. ... (DGSGB): Ja, vielen Dank. Sie haben es schon gesagt: Ich vertrete die Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung. Das heißt, wir vertreten die Interessen von Menschen mit kognitiver und Entwicklungsbehinderung, und das heißt, im Erwachsenenbereich entsprechen diese Menschen in ihrem kognitiven und sozio-emotionalen Entwicklungsalter nicht ihrem biologischen Entwicklungsalter, sondern häufig einem sehr viel niedrigeren, entsprechend Kindern und Jugendlichen. Das ergibt erhebliche Probleme bei der Personalrichtlinie im Erwachsenenbereich.

Wir hatten schon darauf hingewiesen: Zwei Kernpunkte unserer Forderungen sind, dass aufgrund der Einschränkungen ein erheblicher zeitlicher Mehraufwand in der Behandlung dieser Menschen im Erwachsenenalter entsteht. Im Kinder- und Jugendbereich ist es abgebildet, da wird auch der Begriff der Behinderung explizit genannt, im Erwachsenenbereich nicht.

Wir haben einen neuen Behandlungsbereich vorgeschlagen: I – für Intelligenzminderung. Davon abgesehen gibt es aber eine weitere Forderung, die deutlich mehr brennt, nämlich die der Anerkennung der Berufsgruppen der Heilerziehungspflegerinnen und -pfleger und der Heilpädagoginnen und -pädagogen. Das ist deswegen wichtig, weil ja auch in der Behindertenrechtskonvention – Artikel 24 – Gesundheitsleistungen, die von Menschen mit Behinderungen speziell für ihre Behinderung benötigt werden, benannt sind. Und um dieser Behindertenrechtskonvention gerecht zu werden, halte ich es auch für zwingend notwendig, hier Anpassungen vorzunehmen.

Zwar sind in § 8 Absatz 5 weitere Äquivalente – Berufsausbildung – genannt, sie können aber nur zu zehn Prozent angerechnet werden, und ab 2023 drohen dann den Kliniken Abschlüge. Wir empfangen diesbezüglich von allen Seiten Hilferufe, weil im Erwachsenenbereich in der Spezialversorgung 50 bis 60 Prozent der Berufsgruppe der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger eben dort mit Heilerziehungspflegerinnen und -pflegern besetzt sind. Wenn die nicht anerkannt werden, drohen da erhebliche Personalengpässe, bis dahin, dass die Versorgung nicht mehr gewährleistet werden kann, die aber von der UN- Behindertenrechtskonvention gefordert wird.

Deswegen sehen wir hier dringenden Handlungsbedarf, zumindest diese Berufsgruppen anzuerkennen. Alternativ bestünde natürlich die Möglichkeit, einfach auch diesem Bereich eine Eingruppierung nach KJP zu ermöglichen. – Diese Sanduhr ist schön, aber eine digitale Version davon wäre gut, denn es scheint, sie ist durchgelaufen. – Vielen Dank!

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Punktlandung – und das gleich zu Beginn –, vielen Dank, Herr Dr. ... (DGSGB)! – Dann fahren wir fort – wie gesagt, die Diskussion und die Fragen ergeben dann den zweiten Block, nach der eigentlichen Anhörung – mit der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, DGKJP, und dort mit Frau Dr.

Frau Prof. Dr. ... (DGKJP): Gern, vielen Dank. – Ich kann es sehr kurz halten. Wir haben wenig zusätzliche Punkte zu unserer schriftlichen Stellungnahme. Betonen möchte ich vier Dinge. Das erste ist:

Wir verbitten uns strukturelle Eingriffe in unsere Abläufe durch das Einführen von psychotherapeutischen Visiten – extra neben den üblichen Visiten –, durch das Einführen von psychotherapeutischen Anamnesen neben den üblichen Anamnesen. Das ist eine zeitraubende – nicht zeitsparende – Verdoppelung unserer Strukturen, und wir halten das nicht für funktional.

Wir erinnern daran: Wir haben bereits jetzt ein Verhältnis von ungefähr eins zu eins zwischen Ärzten und Psychotherapeuten oder Psychologen, Altenpsychologen [?], in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Wir bitten auch darum, die Psychologen noch etwas länger in der Verordnung als Berufsgruppe zu halten.

Ansonsten sind die Versuche, Erweiterungen der Berufsgruppen einzuführen, beispielsweise die funktionellen Therapien auszuformulieren, für die Kinder- und Jugendpsychiatrie verunglückt. Und wir wollen darauf hinweisen, dass keine größeren Diskrepanzen zwischen PPP-RL und OPS-Definitionen entstehen sollten. Das ergäbe ein Missverhältnis, das wir dann in den Kliniken ausbaden müssten, was nicht funktional ist.

Des Weiteren stimmen die Stationsdefinitionen in Anlage 3 mit den kinder- und jugendpsychiatrischen Strukturen nicht überein; auch das haben wir wiederholt angeführt. Wir haben fakultativ geschlossene Stationen, wir haben – bis auf Sucht – wenig Konzeptstationen, und wir können in der Kinder- und Jugendpsychiatrie auch diese Strukturen aufgrund der Kleinheit der Einrichtungen und der Einheiten nicht verändern. Man sollte die Strukturen sowieso nicht so verändern, dass sie zu einer Richtlinie passen, sondern die Richtlinie so schreiben, dass sie zu den Strukturen passt.

Dann haben wir einige redaktionelle Klarstellungen, die ich jetzt nicht im Einzelnen auszuführen brauche, vor allem im Bereich der Psychosomatik angemahnt.

Wir haben – als nächsten Punkt – große Probleme mit der Ausformulierung der Regelaufgaben. Wir regen an, das einfach herauszulassen und mit viel mehr Ruhe und viel mehr Sachkenntnis neu anzufassen. Wir würden da auch Vorschläge unterbreiten, wenn uns genügend Zeit bleibt.

Der letzte Punkt, den ich ganz allgemein – er ist nicht in unserer Stellungnahme – anführen möchte, ist, dass die ganze PPP-Richtlinie politisch baden gehen wird, wenn es uns nicht gelingt, in den Verhandlungen vor Ort mit den gesetzlichen Krankenkassen eine Ausfinanzierung der Tarifgehälter zu erreichen. Denn das würde dann dazu führen, dass wir Personal nicht einstellen können, was zur Erfüllung der PPP-RL aber notwendig ist, und da spielt in der Realität die Musik. Ein Schiedsstellenurteil aus Baden-Württemberg, was das schon bestätigt hat, ist ja leider nicht weiter rechtskräftig. – Damit bin ich am Ende meiner Ausführungen. Vielen Dank!

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Frau Professor ... (DGKJP). Ihren letzten Appell an die Verhandlungen mit den Kassen vor Ort kann ich gut nachvollziehen; ich komme ja ursprünglich von der Kassenseite, und das ist das Entscheidende. Aber ich darf das ja gar nicht kommentieren, ich bin ja unabhängig. – Gut, wir kommen jetzt zum nächsten Anzuhörenden. Als Nächste steht auf meiner Liste die Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft mit Frau Bitte.

Frau ... (DMtG): Vielen Dank. Ich möchte mich auf einen Punkt konzentrieren, weil wir uns als Musiktherapeuten beziehungsweise -therapeutinnen jetzt gar nicht so im Fokus dieser Änderung sahen; die Details würde ich jetzt nicht wiederholen wollen. Was uns allerdings ein wichtiges Anliegen ist:

Wir sind mit der Überschrift „Spezialtherapien“, wo alle möglichen therapeutischen Richtungen dann zugeordnet werden können, grundsätzlich sehr unglücklich und haben das auch mehrfach bekundet. Wir hatten in den Tragenden Gründen eine Anmerkung der DKG gelesen, dass es die Planung gibt, die anderen Therapieberufe in einem nächsten Schritt auch zu regeln.

Wir sind sehr interessiert, darüber etwas zu erfahren, wann das losgeht und ob man mit allen beteiligten Berufsgruppen daran arbeitet, vielleicht auch mit modernen Arbeitsmethoden wie einer Zukunftswerkstatt oder so etwas. Das wäre eigentlich unser Hauptanliegen, dass wir uns da gern einbringen würden, wenn das in die nächste Runde geht, sodass man noch einmal überprüfen kann, wie dieser Begriff eigentlich definiert ist. Der war ja am Anfang für alle Fachtherapien plus Sozialdienste vorgesehen. Dass er jetzt umdefiniert wurde, führt zu einigem Durcheinander. An der Basis kommt das ja manchmal mit all den Veränderungen gar nicht hinterher. Und dann stecken darin ja Fragen wie: Wie ist es jetzt genau mit den Regelaufgaben? Die sind ja eigentlich nicht mehr zeitgemäß und so weiter und so fort. An der Stelle sind wir sehr gespannt auf die weitere Arbeit. Vielleicht kann das im Rahmen des Gesprächs heute auch thematisiert werden.

Leider kann ich heute nur bis 13:00 Uhr teilnehmen, aber es wird ja Möglichkeiten geben, sich dann kundig zu machen. – Das wäre das wesentliche Anliegen, das ich zu übermitteln habe.

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Gut, vielen Dank, Frau ... (DMtG). Ich hatte ja als Ziel gesagt, nach Möglichkeit bis 13:00 Uhr auch mit der Diskussion fertig zu werden, sodass Sie da noch gehört werden könnten.

Frau ... (DMtG): Wunderbar, danke!

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Gut, dann fahren wir fort. Es folgt die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie. Hier sind mir zwei Sprecher gemeldet: Herr Professor ... und Herr Dr. Möchten beide gleichzeitig reden, im Chor, nacheinander oder nur einer? – Also nacheinander; es bleibt bei den drei Minuten.

Herr Prof. Dr. ... (DGPM): Nacheinander! – Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses! Im Rahmen der Anhörung möchten Herr Dr. ... und ich auf die folgenden vier Punkte ergänzend eingehen: Empirische Datenbasis, die Einführung neuer Behandlungsbereiche, Anrechenbarkeit und Zusammenlegung von Berufsgruppen und Strukturmerkmale.

Das Grundproblem für die Psychosomatik ist die fehlende Datenbasis als grundlegende Voraussetzung für die sachgerechte Festlegung von Personalmindestvorgaben. Daher begrüßt die DGPM ausdrücklich die Festlegung durch den G-BA, die Ermittlung und Umsetzung der Personalmindestvorgaben sowie Sanktionsmaßnahmen im Jahr 2022 weiter auszusetzen.

In der Psychosomatischen Medizin orientiert sich der Personalaufwand in erster Linie an der therapeutischen Leistung sowie dem somatisch-medizinischen Aufwand. Diese Leistungen werden in den aktuellen PPP-RL-Nachweisen nicht erfasst. Somit ist es für eine sachgerechte Festlegung von Personalmindestvorgaben sowie die weitere Ausdifferenzierung ganz zentral, eine weitere empirische Datenbasis zu schaffen.

Das kann zum Beispiel auf der Grundlage einer wissenschaftlichen Studie vorgenommen werden. Die laufende und vom Innovationsfonds geförderte EPPIK-Studie bietet die Möglichkeit, die Personalausstattung in den Psychosomatischen Einrichtungen repräsentativ bundesweit zu erfassen und auch zur therapeutischen Leistung und zum somatisch-medizinischen Aufwand in Beziehung zu setzen. Mit der Rekrutierung in der Studie ist begonnen worden. Die Ergebnisse der EPPIK-Studie sind im Frühjahr 2024 zu erwarten, sodass eine datenbasierte Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche sowie Festlegung der Personalmindestvorgaben in der Psychosomatik frühestens im Sommer 2024 erfolgen kann. Zum anderen besteht die dringende Notwendigkeit, die Behandlungsbereiche der psychosomatischen Medizin weiter auszudifferenzieren. Aber da möchte ich auch noch einmal betonen, dass Folgendes wichtig ist: Wir brauchen dazu eine Datenbasis, und da können keine willkürlichen Festlegungen vorgenommen werden. – Ich würde jetzt an meinen Kollegen, Herrn Dr. ..., abgeben.

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Er hat noch maximal 30 Sekunden.

Herr Dr. ... (DGPM): Ich kann jetzt eigentlich nur noch hinzufügen, dass es uns wichtig ist, zumindest auch in einer Übergangsphase eine deutliche Flexibilisierung von Anrechnungsmöglichkeiten der unterschiedlichen Berufsgruppen – auch der Berufsgruppe C mit den Gruppen B bis F – zu erreichen sowie eine Zusammenlegung der Berufsgruppen D bis F, weil hier nur eine Analogie mit OPS und PEPP-System Sinn macht, wo wir ja auch nur vier Berufsgruppen berücksichtigen und nicht sechs, wie es in der PPP-RL im Augenblick der Fall ist. Deswegen macht diese doppelte Buchführung hier keinen Sinn. – Ich hätte gern mehr gesagt, muss jetzt aber enden. Vielleicht kann ich in der Diskussion noch etwas sagen.

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Es ist einfach schwierig, wenn es zwei Sprecher sind, sich da aufzuteilen. Aber wir haben ja noch die Diskussion. – Vielen Dank!

Wir fahren mit dem Deutschen Kollegium für Psychosomatische Medizin fort. Es sind wiederum zwei Sprecher gemeldet, Professor ... und Professor Wollen Sie nacheinander sprechen? Oder nur einer? – Sie wechseln sich ab. Bitte.

Herr Prof. Dr. ... (DKPM): Herr Professor ... wollte starten, scheint aber im Moment ein technisches Problem zu haben. Daher werde ich zu den drei Punkten kurz sprechen: erstens die Bedeutung der ärztlichen Leistung und Leitung in der Psychosomatischen Medizin, zweitens die Bedeutung der klinisch-psychosomatischen Komplexbehandlung und drittens die von uns, also den Psychosomatischen Fachgesellschaften, formulierten Regelaufgaben.

Ich will Folgendes noch einmal deutlich herausstellen: Es kursiert immer wieder, dass wir in der Psychosomatik überwiegend Angst- und Depressionspatienten behandeln. Aber beispielsweise in meiner eigenen Klinik haben 80 Prozent der Patienten somatoforme Störungen, somatoforme Schmerzstörungen und dissoziative Störungen und Essstörungen, Patienten, die so schwer erkrankt sind, dass der MDK eine stationäre Behandlungsnotwendigkeit sieht. Die anderen 20 Prozent sind Patienten, die somatisch krank sind, beispielsweise ein Kunstherzpatient, der eine Binge-Eating-Störung, also eine Essstörung und Übergewicht hat und deswegen auf seine Herztransplantation wartet, weil vorher erst die Essstörung behandelt werden muss.

Für diese Behandlungsbereiche braucht es auch empirisch abgesicherte – das hat Professor ... schon angemahnt – Behandlungsbereiche im gesamten Versorgungsbereich der Psychosomatik, Psychotherapie, die eben zunächst einmal jetzt in der P5, P6 willkürlich – aus unserer Sicht – gegriffen sind. Wenn ich das einmal etwas pointiert sagen darf: Das führt dann dazu, dass Controller im Moment in unseren Kliniken hingehen und bewährte Konzepte zusammenstreichen und die Kliniken in die Angst versetzt werden, dass sie bei zu früher Scharfstellung ohne empirische Grundlage die Personalumstellung aufgrund von Kündigungszeiten et cetera nicht schaffen. Da werden also ganze bewährte Konzepte für psychosomatisch Erkrankte zusammengeschossen – kann man fast sagen –, und da sollte sich der Ausschuss bewusst sein, dass solche willkürlichen Setzungen, die nicht empirisch abgesichert sind, solche Folgen nach sich ziehen.

Noch kurz zu den von uns eingebrachten Regelaufgaben: Wir unterscheiden bewusst zwischen medizinischer und psychotherapeutischer Grundversorgung – vor dem Hintergrund dessen, was ich gerade gesagt habe. Und diese Unterscheidung, die wir eingebracht haben, war auch nur für die Psychosomatik/Psychotherapie gedacht, genauso wie wir auch dafür plädieren, dass die Therapieeinheiten – da warten wir immer noch auf Unterstützung auch vom BMG – nur für unser Fachgebiet und nur für die empirische Phase der Ermittlung der Personalzahlen, die Ermittlung der Therapieeinheiten noch einmal eingeführt werden, nicht um irgendwelche Dinge zu umgehen, sondern um deutlich zu machen, wo der Therapiebedarf ist. – Und dass die Regelaufgaben nicht für die anderen Psych-Fachgesellschaften gedacht sind, ist klar, also dass man den anderen Fachgesellschaften auch unsere Regelaufgaben nicht aufnötigt, sondern die mögen ihre eigenen Regelaufgaben beschreiben, weil sie möglicherweise auch andere Behandlungsschwerpunkte haben. – Ich danke Ihnen für Ihre Geduld.

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Herr Professor Jetzt haben Sie den ganzen Part übernommen, aber Sie haben es geschafft; das ist das wichtigste. Ihre Botschaft kam an. Vielen Dank. – Wir fahren mit der Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde fort. Herr Professor ..., bitte.

Herr Prof. Dr. ... (DGPPN): Vielen Dank, dass ich hier kurz für die DGPPN sprechen darf. Im Wesentlichen verweise ich, wie es hier ja üblich ist, auf die Stellungnahme und will nur ein paar Punkte bringen, die eher übergeordneter Natur sind.

Zum einen geht es bei dem Gesetz – dem Auftrag, die Psychotherapie und damit auch die Zahl der Psychotherapeuten in der Richtlinie zu stärken – natürlich darum, möglichst viel psychotherapeutische Kompetenz an den Patienten heranzubringen. Deswegen ist es auch richtig, ganz egal, wie Zahlen am Ende aussehen, dass dabei gleichermaßen natürlich ärztliche und nichtärztliche Psychotherapeuten gestärkt werden, die es ja gleichermaßen gibt, die in unterschiedlichen Berufsrundausbildungen einerseits aus der Ärzteschaft und andererseits aus der Riege der Psychotherapeuten beziehungsweise Psychologen kommen.

Der zweite Punkt, zu dem ich kurz etwas sagen möchte, betrifft Grundsätzliches zu den Regelaufgaben, die ja sehr heiß diskutiert werden, wo sehr viele der hier vertretenen Gesellschaften unterschiedliche Positionen vertreten.

Aus unserer Sicht zeigt sich an der Diskussion der Regelaufgaben sehr klar, dass das ganze System der PPP-RL letztlich einem Dilemma geschuldet ist. Einerseits – und das wird ja immer wieder zurecht betont – möchte der Gesetzgeber, dass Mindestvorgaben für die Ausstattung mit Personal gemacht werden. Andererseits stammt aber sowohl das System, wie es jetzt unter der Überschrift „Mindestvorgaben“ benutzt wird, als auch das System der Regelaufgaben aus der Psychiatrie-Personalverordnung, die ja eine Personalbemessung war. Eigentlich – bei genauer Betrachtung – macht ja, wenn es nur um eine sicherheitsbezogene Mindestausstattung geht, einen Bezug der Zahlen, der Personalzahlen zu tatsächlichen Regelaufgaben, die ja das gesamte Tätigkeitsspektrum der betroffenen Berufe umfassen, überhaupt keinen Sinn. Das ist im Grunde genommen ein Systemfehler, der eigentlich nur dadurch behoben werden kann – und darauf hoffen wir sehr –, dass schon beginnend im nächsten Jahr tatsächlich grundsätzliche Änderungen an der Struktur und am Konzept der PPP-RL diskutiert werden, die dann auch innovative und zukunftsweisende Konzepte wie das Plattform-Modell, von dem wohl alle hier schon gehört haben, einbeziehen.

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Herr Professor ... (DGPPN). In der Tat ist es so: Nächstes Jahr findet die große Revision der PPP-Richtlinie statt. Ich betrachte das hier auch nur als Zwischenschritt, weil eben dieser spezielle gesetzliche Auftrag besteht.

Dann fahren wir fort. Für die Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege sind wieder zwei Personen gemeldet: Frau ... und Herr Prof. Wie wollen Sie reden?

Frau ... (DFPP): Wir haben ausgemacht, dass ich rede. Ich freue mich, dass sich die Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege einlassen darf, und will auch nur für diese eine Runde die aktuell wichtigen Themen skizzieren.

Ich will vorweg noch einmal die Einlassung von Herrn ... (DGSGB) würdigen, dass wir in der Tat – auch das sehen wir in unserer Fachgesellschaft als großes Problem – den Bereich der Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung noch einmal gesondert sehr strukturiert durchdenken müssen.

Wir wollten unser Unverständnis kundtun, dass in der jetzigen Revision für manche Berufsgruppen Minutenwerte und Tätigkeitsprofile diskutiert und adaptiert werden oder werden sollen und das für unsere Berufsgruppe, die Pflege, nicht geschehen ist. Das erstaunt uns, weil wir mehrfach als Fachgesellschaft – in jeder Stellungnahme – großen Diskussionsbedarf angemahnt haben.

Das andere, was wir anmerken wollten, ist, dass wir die Pflege in den Tageskliniken schlecht abgebildet sehen und einen schweren Denkfehler in der jetzigen A8-Kategorien oder auch in den Kategorien P3 und P4 sehen. Wenn man Tätigkeiten von der Pflege aus der psychotherapeutischen Versorgung nimmt – die Minutenwerte – und da die Minutenwerte der Pflege, die für 14 Stunden und sieben Tage die Woche berechnet werden, herunterrechnet auf 8,5 Stunden und fünf Tage, dann bleiben 43 Prozent von diesen Minutenwerten übrig. Und dann nimmt man das als Wert?! Das ignoriert, dass man bestimmte Tätigkeiten einmal am Tag machen muss: Bezugspflegegespräche, Entlassungsvorbereitungen – egal, was, man muss es irgendwann machen. Und jetzt im stationären Bereich schiebt man die Pflege in 14 Stunden. In der Tagesklinik muss man das in acht Stunden schieben. Das ist ein großer Denkfehler, der sehr gefährlich ist. Da muss man noch einmal nachrechnen. Wir finden es wichtig, darauf hinzuweisen.

Wir haben generell ein Problem mit den Minutenwerten. Bei den Psychosomatik-Patienten sehen wir das deutlich unterrepräsentiert. Da sehen wir einen großen Diskussionsbedarf auch berufsgruppenübergreifend; das kann ich jetzt nicht vertiefen. – Und wir haben ein Problem mit der gegenseitigen Anrechenbarkeit von Stellen und Stellenanteilen. Dazu haben wir auch etwas in der Einlassung geschrieben. Das ist im Grundsatz dann ein Problem, wenn die Tätigkeitsprofile und die dazugehörigen Skills und Grades noch überhaupt nicht definiert sind. Wenn man das sauber definieren würde, könnte man da schöne, gute, kluge auch Flexibilität ermöglichende Regelungen schaffen. Aber vorher zu sagen „Der kann das für den machen“, halten wir für sehr schwierig. Das bedarf einer spezifischen Diskussion im Detail. – Vielen Dank! Ich denke, wir kommen auf das eine oder andere im Laufe des späten Vormittags noch zu sprechen.

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Gut, vielen Dank, Frau ... (DFPP). Sie haben für die Pflege gesprochen. Das ist sehr wichtig aus meiner Sicht.

Dann wären wir schon bei der achten Stellungnahme; es geht ja gut voran. Das wäre jetzt der Deutsche Verband der Ergotherapeuten. – Frau ..., bitte.

Frau ... (DVE): Herzlichen Dank für die Einladung. Wir hatten auch schriftlich Stellung genommen. Ich werde hier nur noch einige Dinge hervorheben. Das geht auch in die Richtung, wie die Musiktherapeutische Fachgesellschaft es formuliert hat, dass wir halt sehen, dass die Weiterentwicklung der Psychiatrie-Richtlinie bis dato die therapeutischen Berufe, also auch die Ergotherapie, noch nicht tangiert hat und es da wichtigen Überarbeitungsbedarf gibt.

Insbesondere das Konstrukt der Spezialtherapeuten – auch das klang schon an – ist auch nicht deckungsgleich im OPS und jetzt hier in der Psychiatrie-Richtlinie. Das macht es schwierig neben all den anderen Komplikationen, die das mit sich bringt. Das haben wir aber ausführlich ausformuliert und begründet, da werde ich jetzt nicht in die Tiefe gehen, sondern es geht mir darum – das passt auch ein wenig zu dem, was Frau ... (DFPP) gerade gesagt hat –, noch einmal auch die Therapieberufe – Ergotherapie –, die Regelaufgaben zu aktualisieren, denn das, was da steht, ist über 30 Jahre alt. Es ist ein bisschen erschreckend, wenn man das heute liest. Darüber steht: Spezialtherapeuten. Es wird Ergotherapie von vor 30 Jahren beschrieben. Da muss dringend eine Änderung herbeigeführt werden. Wir sind sehr gern bereit, das entsprechend zu unterstützen. Wir halten das auch für eine große Notwendigkeit, weil eben auch Ergotherapie gemeinsam mit den anderen Therapieberufen ein sehr wichtiger Baustein der Versorgung ist.

Wir wissen, dass es diesmal nicht Schwerpunkt der Überarbeitung ist, es aber definitiv beim nächsten Mal Thema sein muss. Das ist unser Anliegen, das ich heute noch einmal betonen möchte. Alles andere haben wir ausführlich in der schriftlichen Stellungnahme erläutert und begründet. – Herzlichen Dank!

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Frau ... (DVE), das ging flott. – Dann machen wir weiter mit ver.di. Frau ..., bitte.

(Nach kurzer Diskussion erfolgt die Einigung, zum derzeitigen Zeitpunkt keine Pause einzulegen.)

Frau ... (ver.di): Vielen Dank, Herr Vorsitzender, für die Gelegenheit zur Stellungnahme. Ich möchte die Gelegenheit nutzen, noch einmal allgemein etwas zur Lage der psychiatrischen Versorgung zu sagen, denn ver.di hat im Frühjahr dieses Jahres eine Befragung im Rahmen des Versorgungsbarometers durchgeführt, an der bundesweit 1 800 Psychiatrie-Beschäftigte teilgenommen haben. Die Umfrage fand bereits 2019 statt, vor Einführung der Richtlinie, und ich kann vorwegnehmen: Die aktuellen Ergebnisse haben sich gegenüber der ersten Befragung nicht wesentlich verbessert. Sie zeigen vielmehr deutlich, wie groß der Druck auf die Arbeitsbedingungen und damit auch auf die Versorgungsqualität ist. Verbindliche Personalvorgaben, die tatsächlich dem Bedarf der Patienten entsprechen, sind lange überfällig. Deshalb sehen wir in der Umsetzung der Richtlinie einerseits Chancen, aber auch ganz erheblichen Weiterentwicklungsbedarf.

Ich möchte wenige Erkenntnisse aus der aktuellen Befragung noch einmal herausheben: Fast 70 Prozent der Befragten werten die Personalausstattung als knapp oder viel zu gering. Ein wichtiges Thema ist den Befragten die Diskontinuität der Teambzusammensetzungen und deren Folgen. Die Personalausstattung wirkt sich auf die Versorgungsqualität aus. Je skeptischer die Beschäftigten ihre Personalsituation einschätzen, desto häufiger benennen sie auch erhebliche Defizite in der Qualität. Und: Drei von vier Beschäftigten können sich nicht vorstellen, mit der derzeitigen Personalausstattung bis zur Rente in der Psychiatrie weiterzuarbeiten. Ähnlich hoch war dieser Wert vor zwei Jahren, vor Einführung der PPP-Richtlinie.

Ich möchte für uns vier zentrale Punkte für die Weiterentwicklung der Richtlinie benennen: erstens die zeitgemäße Einstufung der Patienten in moderne Behandlungsbereiche nach Behandlungsbedarf unter Einbeziehung der ambulanten Versorgung. Die Regelaufgaben und die Minutenwerte müssen an die realen Aufgaben und die in allen Berufsgruppen erheblich gestiegenen Zeitbedarfe angepasst werden.

Es muss eine hohe Fachlichkeit sichergestellt werden. Die Mindeststandards müssen durch Fachkräfte erfüllt werden und es muss eine hohe Quote von Fachweiterbildungen und weiteren Qualifikationen in der Richtlinie verankert werden.

Und es bedarf einer verbindlichen Regelung der Personalbesetzung im Nachtdienst. Da hoffen wir auf die Revision im nächsten Jahr, erwarten das auch, damit gefährliche Alleinarbeit ausgeschlossen werden kann.

Wir erachten eine konsequente und vollständige Umsetzung der Richtlinie für dringend geboten, denn nur mit attraktiven Arbeitsbedingungen kann auch dem Ausstieg weiterer Berufsgruppen aus der psychiatrischen Versorgung begegnet und können Versorgungsmängel verhindert werden.

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Eine Superpunktlandung! – In der Tat trifft Ihr Hinweis zu, dass die große Überarbeitung im nächsten Jahr dann erfolgen muss und wir hier jetzt nur das Thema Mindestausstattung Psychotherapie – das ist ja ein sehr begrenzter Ausschnitt, was uns da der Gesetzgeber auferlegt hat – abhandeln können. Also nächstes Jahr wird die Sache dann wirklich heiß. – Gut, vielen Dank, Frau ... (ver.di).

Wir fahren mit der Bundesdirektorenkonferenz fort. – Herr Dr. ... (BDK), bitte.

Herr Dr. ... (BDK): Schönen guten Tag! Ich vertrete die Chefärzte und ärztlichen Direktoren der Psychiatrischen Kliniken. Wenige Punkte zum Herausstellen der Punkte unserer Stellungnahme:

Das eine ist: Keine Neuetablierung von psychologischen Parallelstrukturen in den Kliniken! Frau ... (DGKJP) hat schon darauf hingewiesen.

Zum Zweiten: Wenn der Begriff Psychotherapeuten neu etabliert werden soll, dann muss zwangsläufig zwischen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten unterschieden werden, weil die psychotherapeutischen Leistungen nicht nur Sache der Psychologen sein können. Die Ärzte werden ebenso darin ausgebildet.

Außerdem: Keine künstliche Trennung zwischen psychotherapeutischen und medizinischen Leistungen, weil beide Elemente Hand in Hand gehen.

Und im ganz Allgemeinen noch das Nachweisverfahren: Das ist ein bürokratisches Monster, das derzeit nicht nur erhebliche Personalressourcen in den Kliniken bindet und auch für viel Verzweiflung sorgt. Und: Dieses Nachweisverfahren verändert im Moment eben auch schon eigentlich sinnvolle Therapieprozesse in den Kliniken so, dass sie absurd werden. Stationsübergreifende psychotherapeutische Gruppen für spezielle Anliegen werden dadurch fast ad absurdum geführt. Das kann so nicht sein. – Damit bin ich auch schon am Ende, vielen Dank.

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Das ging ja schnell. Ihr Haupteinwand betraf jetzt also vor allem Dokumentation, Nachweise, ging in Richtung Bürokratie. – Vielen Dank, Herr ... (BDK)!

Wir fahren mit der Aktion Psychisch Kranke fort. Herr Professor ... (APK), bitte.

Herr Dr. ... (APK): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Ich verweise auch auf unsere schriftliche Stellungnahme.

Ich habe im Wesentlichen vier Punkte, die ich darstellen wollte. Zum einen schließe ich mich den Vorrednern, insbesondere Frau ... (DGKJP) und Herrn ... (BDK), in der Einschätzung zu den Psychotherapeuten an. Wir brauchen keine Parallelstrukturen. Wir brauchen keine leitenden Psychotherapeuten. Wir brauchen keine parallelen psychotherapeutischen Visiten zu den anderen Visiten. Das ist eine Doppelstruktur. Die führt zu Verwirrung und nicht zur Verbesserung der Versorgungsqualität.

Wir brauchen aber weiterhin Diplompsychologen und Master-Psychologen. Die sind einfach notwendig, um die Versorgung weiter aufrechtzuerhalten. Das ist § 5.

In § 8 geht es um das Thema der Anrechnung der Berufsgruppen. Es ist auch, wie Herr ... (BDK) schon dargestellt hat, aus taktischen Gründen ganz notwendig, dass wir hier weiterhin eine möglichst breite Anrechnung von Berufsgruppen haben.

Auch, was die Vertreterin von ver.di aufgezeigt hat: Wir müssen da den Mitarbeitern die Möglichkeit geben, in diesen Zeiten auch multiprofessionell zu arbeiten. Das ist ein wichtiger Aspekt. Denn wir sehen – auch da stimme ich Herrn ... (BDK) zu –, wenn wir § 11 anschauen: Wir sehen in den Nachweisen, gerade in dieser Zeit der Corona-Pandemie: Die Nachweise sind teilweise nicht brauchbar, weil wir in Zeiten leben, wo wir dann wieder eine Station sperren müssen, wieder eine Station aufmachen. Die Zahlen sind überhaupt nicht aussagekräftig.

Wir als APK plädieren sehr stark dafür, auch die Sanktionen noch um ein Jahr zu verschieben, denn die momentane Situation ist nicht abbildbar. Ich habe bei mir in der Klinik diese Woche wieder eine Corona-Station aufgemacht; da kommt alles wieder ins Rutschen und alles wieder in neue Aspekte. Ich glaube, das macht keinen Sinn beziehungsweise können wir derzeit keine Sanktionen mittragen.

Dann kommen wir zu dem wichtigen Punkt, der in § 2 Absatz 2 angesprochen ist: die Pflichtversorgung. Das ist widersprüchlich. Zum einen soll eine Vergütungseinstellung erfolgen, zum anderen soll Pflichtversorgung bestehen bleiben. Wie das funktionieren kann und funktionieren soll, ist mir nicht klar. Da ist die Versorgung tatsächlich gefährdet. Deswegen unser Plädoyer: Bitte noch einmal verschieben! Wir können das im Jahr 2022 so noch nicht stemmen.

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Okay, vielen Dank, Herr Professor ... (APK). – Dann geht es weiter mit der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung. Frau Dr. ... (DPtV), bitte.

Frau Dr. ... (DPtV): Die DPtV begrüßt ausdrücklich eine Stärkung der Psychotherapie; darauf freuen wir uns. – Es wird auf jeden Fall Zeit, dass gemäß der wachsenden Bedeutung von Psychotherapie gemäß medizinischer wissenschaftlicher Leitlinien und ihrer Bedeutung für die Versorgung im System sie auch verstärkt in den Kliniken ankommt und die Richtlinie die bereits übliche Praxis in den Kliniken nun auch abbildet, damit tatsächlich auch eine Ausfinanzierung psychotherapeutischer Stellen, psychotherapeutischer Versorgung für unsere Patienten gewährleistet werden kann.

Lassen Sie mich drei Punkte noch einmal betonen – zusätzlich beziehungsweise als Verstärkung unserer Stellungnahme: Der eine betrifft § 5 zu den Berufsgruppen. Der gesetzliche Auftrag sieht ja eine Stärkung der Psychotherapie vor, also nicht eine Umbenennung der Berufsgruppe. Das heißt, wir lehnen das ab und sind verwundert über das erneute Einführen von „nichtärztlichen Psychotherapeuten“. Das halten wir für nicht sachgerecht und unnötig.

Ich wünsche mir hier, was ich sonst aus meinem Arbeitsalltag kenne, ein multiprofessionelles, wertschätzendes, kooperatives gemeinsames Arbeiten. Und das benötigt keine Überbetonung, dass eine Berufsgruppe nichtärztlich ist. Wir betonen nicht, dass es nichtärztliche Pflege gibt, nichtärztliche Ergotherapie. Weshalb soll das bei der Psychotherapie der Fall sein? Dass Psychotherapeuten nicht Ärzte sind, ist längst woanders gesetzlich geregelt. Daher fragen wir den G-BA, weshalb hier eine andere Rechtsauffassung, eine Begriffsklarstellung gefordert wird.

Wir haben Vorschriften des Berufsrechts, des Vertragsrechts. Dort wird ausdrücklich formuliert: Psychotherapeutin und Psychotherapeut ist jemand, der nicht Arzt ist. – Das ist dort bereits geregelt. Es gibt die Möglichkeit im neuen Psychotherapeuten-Gesetz, dass ärztliche Psychotherapeuten den Titel „ärztlich“ tragen; es sind ja eben Ärzte. Im Vertragsrecht – SGB V § 132 – ist das bereits geregelt. Und auch in der Richtlinie selbst ist das doch völlig ersichtlich. In § 5 – durch die Aufzählung der Berufsgruppe in der Nummerierung unter a) – werden Ärzte, Ärztinnen aufgeführt. Das heißt, dort wird es deutlich und ist eine andere beziehungsweise weitere Regelung aus unserer Sicht daher redundant.

Doch der zentrale Punkt ist natürlich: Psychotherapie kann nur dann sichergestellt werden, wenn auch Personal da ist, das psychotherapeutisch qualifiziert ist, vor Ort da sein kann, das es gibt und sich in den Personalschlüsseln, also in der Personalbemessung wiederfindet. Das heißt, mein Plädoyer zielt natürlich auf die Minutenwerte ab. Also eine Sicherstellung muss auch über die Minutenwerte, bei einer Erhöhung der Minutenwerte erfolgen.

Der eine Punkt ist: Es ist eine Erhöhung. In wissenschaftlichen Leitlinien ist davon die Rede, die Bedeutung der Psychotherapie ist bei vielen Erkrankungen aufgenommen. Das wird in der aktuellen Richtlinie nicht abgebildet. Daher wünschen wir uns auch hier unbedingt eine Erhöhung, um das vernünftig abbilden zu können, und eben mehr als eine reine Regelversorgung. Sonst ist es auch so, wenn ich in der Akutphase in eine Klinik gehe: Ich bekomme mehr Arzt, mehr Pflege, mehr Spezialtherapeuten, aber nicht mehr Psychotherapie. Wie kann das sein? Hier wünschen wir uns eine Anpassung. – Vielen Dank!

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, das war ein klares Plädoyer. Vor allem das Kürzel „nichtärztlich“ stört Sie; so habe ich das verstanden. Alles klar, Frau Dr. (DPtV).

Wir kommen zum Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V. (DVGP) und hätten eigentlich nur noch drei Anzuhörende, wären dann also mit der ersten Runde fertig.

Für den Dachverband Gemeindepsychiatrie hätte ich wieder zwei Meldungen: Frau ... und Herrn Wie wollen Sie es handhaben?

Herr ... (DVGP): Ich werde für den Dachverband Gemeindepsychiatrie vortragen. Ich bin gar nicht sicher, dass Frau ... überhaupt Teilnehmerin ist; ich habe sie in der Teilnehmerliste nicht gefunden. Aber ich hoffe, sie ist einverstanden.

Im Vertrauen darauf, dass alle fünf Punkte unserer Stellungnahme berücksichtigt werden, beschränke ich mich jetzt auf zwei davon, zum einen auf die Einbeziehung der gemeindepsychiatrischen und allgemein der ambulanten Strukturen in die Arbeit der Kliniken. Das ist aus unserer Sicht völlig unzureichend berücksichtigt.

Unsere Praxiserfahrung ist auch, dass das Entlassmanagement, was ja im Grunde mit der Aufnahme beginnen müsste, weitgehend noch nicht so gelebt wird, wie es der Gesetzgeber gewollt hat.

Und wir wünschen uns eine Verstärkung, indem ausdrücklich die Zusammenarbeit mit den gemeindepsychiatrischen Einrichtungen, aber auch mit den niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten in der PPP-Richtlinie als eigene Leistungsart berücksichtigt wird. Das ist bisher nicht der Fall. Das würde die Anlage 4 betreffen, in der die Regelaufgaben beschrieben sind. Unsere Erfahrung ist, dass die meisten Kliniken meinen, das wäre ein Spezialjob der Sozialarbeiter. Das sehen wir gänzlich anders.

Wir plädieren dafür, dass in den Berufsgruppen – mindestens in den Berufsgruppen – Ärzte, Pflegekräfte, Psychotherapeuten und Sozialarbeiter – die Zusammenarbeit wohlgermerkt im Einzelfall mit vorhandenen oder beabsichtigten ambulanten Leistungserbringern ausdrücklich als eigene Leistung eingeführt und sie auch in den Minutenwerten mit einem entsprechenden Zuschlag bei diesen vier Berufsgruppen berücksichtigt wird, und zwar von vornherein. Das ist ein großer Missstand, der über die PPP-Richtlinie zumindest etwas abgemildert werden kann.

Der zweite Punkt betrifft kleine psychiatrische Einrichtungen. Die Nachweispflichten sind im Moment für kleine Einrichtungen eine besondere Belastung. Wenn überraschend jemand ausfällt, im Urlaub ist, in Krankheitsfällen und so weiter, wenn jemand woandershin wechseln muss, führt das zu personeller Diskontinuität, zu ständigem Wechseln im Personal nur, um Lücken zu stopfen. Wir wünschen uns hier mehr Flexibilität für kleine Einrichtungen und eventuell auch Korridore in der Nachweispflicht. Die kleinen Einrichtungen sind in der Gemeindepsychiatrie, in der Arbeit vor Ort unverzichtbar und sind gut integriert in die Gesamthilfe für vor allem schwer psychisch Erkrankte und sollten jetzt an Nachweispflichten in den Mindestvorgaben nicht scheitern. – Vielen Dank.

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Herr ... (DVGP). Soweit ich weiß, hat ja auch die GMK in ihrer Stellungnahme diesen letzten Punkt mit den kleineren Einrichtungen sehr betont.

Wir kommen zur Wissenschaftlichen Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien. Frau Professor ... (WFKT), bitte schön.

Frau Prof. Dr. ... (WFKT): Vielen Dank auch von meiner Seite für die Möglichkeit der Stellungnahme und die Anhörung heute.

Ich vertrete die Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien, eine Fachgesellschaft, die sich ganz besonders für die Stärkung und auch grundlegende Etablierung der künstlerischen Therapien als Berufsgruppe einsetzt. Daher möchte ich drei Punkte noch einmal betonen, die wir auch in der Stellungnahme angedeutet haben.

Einmal geht es uns ganz wesentlich darum, als auch in der Versorgung von psychosomatisch Erkrankten verhältnismäßig noch junge Berufsgruppe noch einmal analog auch zu den Psychotherapien genauer zu diskutieren, auch zu konkretisieren: Was sind die Regelaufgaben, auch analog ein bisschen zur Ergotherapie genannt, und auch der Zeitbudgets für die künstlerischen Therapien, die auch im Anspruch von therapeutischen Aufgaben Dokumentation, Evaluation, entsprechende Versorgung als Pflichtprogramm haben?

Der zweite Punkt ist auch schon von der Musiktherapie genannt worden. Ich möchte ihn doppelt unterstreichen. Uns ist es sehr, sehr wichtig, dies zu diskutieren und als einen klaren Wunsch auch präzise herauszustellen: den Begriff der Spezialtherapien. Wir verstehen uns als künstlerische Therapien, auch mit therapeutischen Aufgaben. Wir haben auch Evidenzbelege. Die Evidenzlage ist natürlich noch viel zu gering, aber das halt zu klären, keine Bündelung vorzunehmen, sondern eine differenzierte Begriffsklärung, halten wir für sehr, sehr schwer, vor allem vor dem Hintergrund auch der akademischen Ausbildung der künstlerischen Therapien, wo wir Bachelor-, Masterabsolventinnen und -absolventen haben.

Der dritte Punkt – wo wir uns noch einmal ganz besonders bedanken, auch dafür, dass die künstlerischen Therapien benannt und berücksichtigt worden sind – ist die Eingruppierung im KJP. Aber auch da spiegelt sich ein wenig die undifferenzierte, auch unklare Bündelung wider, wo wir sehr wünschen, dass Klarheit geschaffen wird: Welche Aufgaben haben die künstlerischen Therapien und welche die Ergotherapie? Denn sonst kommt es gerade in diesem wichtigen Versorgungsfeld zu einer Verwässerung. Diese Diskussion ist für uns existenziell auch bei der weiteren wichtigen Etablierung unserer jungen Berufsgruppe. – Vielen Dank!

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Frau ... (WFKT). – Wir kämen dann zur letzten Stellungnahme, zum Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen. Es sind wieder zwei Personen gemeldet: Herr ... und Herr Wer möchte?

Herr ... (BDP): Ich beginne kurz. – Für uns als Verband ist es wichtig, noch einmal klar zu machen, dass Psychotherapie ein eigenständiger Beruf ist, zumindest seit dem Psychotherapeuten-Gesetz des Jahres 1999. Psychologische Psychotherapeuten üben einen eigenen Beruf aus, und das ist in den Praxen ganz klar definiert.

Uns ist es wichtig, dass auch in den Kliniken klar ist, wenn von psychotherapeutischer Behandlung, also einer heilkundlichen Behandlung gesprochen wird, gilt: Wo Psychotherapie draufsteht, muss auch Psychotherapie drin sein. In Kliniken dürfen auch nur psychologische Psychotherapeuten oder in Kinder- und Jugendkliniken KJP-ler psychotherapeutisch, heilkundlich tätig sein. Diese Abgrenzung ist uns sehr wichtig. Es gibt natürlich das Berufsbild des Diplompsychologen, der Diplompsychologin. Dazu wird Herr ... vom BDP noch etwas sagen. – Vielen Dank!

Herr ... (BDP): Ich wollte noch ergänzen oder näher ausführen, weil es vielleicht nicht ganz deutlich geworden ist. – Ich wollte noch etwas zu den Kompetenzen von Psychologinnen und Psychologen und deren Nutzen sozusagen für die Gesamtpersonalqualität ergänzen, insbesondere weil ich denke, dass die Differenzen in den Ausbildungen nach dem neuen Gesetz, wo ja quasi nur 180 Kreditpunkte insgesamt vorgeschrieben sind – zwei Jahre sind offen – betrachtet werden müssen. Das ist dann auch der Maßstab zur Anerkennung von ausländischen Abschlüssen. Das heißt, wir haben im Moment die Differenz von 180 Kreditpunkten in Psychologie in der Approbationsordnung versus 270 in einem normalen Bachelor-Master-Programm mit Nebenfach. Früher – Diplom – waren wir bei 284.

Die Differenzen betreffen dann zum einen auch die Grundlagenausbildung, also allgemeine Psychologie, aber auch die gesamten Grundlagenfächer – biologische Entwicklungspsychologie et cetera – und können da 50 Prozent betragen.

Im Bereich Methoden haben wir etwa eine Zwei-Drittel-Differenz, also wo Psychologinnen und Psychologen ein Drittel mehr Methodenausbildung haben, einschließlich des Punktes, dass die Diagnostikausbildung breiter ist. Und da komme ich noch sozusagen zu dem letzten Punkt dabei, nämlich dass die Anwendungsfächer – Arbeits-, Betriebs-, Organisationspsychologie, Pädagogische Psychologie, die man einerseits in der Teamführung braucht, aber auch im Kontext von beruflichen Belastungen, die eine Rolle spielen können bei der Erkrankung, aber auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie spielt sozusagen das Familienthema, Inklusionsthema, was ja auch im Bereich der Gesundheitspsychologie angeordnet ist, eine große Rolle.

Also da haben wir einige Differenzen, und wenn wir das Psychologenprofil als Grundmaßstab dann auch für die Einstellung von Psychotherapeuten nach dem neuen Gesetz mit berücksichtigen, haben wir alle was gewonnen. – Danke schön!

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Herr ... (BDP). – Damit wären wir mit diesem Teil fertig, weil Herr Dr. ... für den BApK wohl auf eine mündliche Stellungnahme verzichtet hat. Stimmt das noch, Frau ... (G-BA)?

Frau ... (G-BA-Geschäftsstelle): Mir liegt auch nur die schriftliche Information vor, die ich weitergeleitet habe. Herr ... (BApK) hat gesagt, er verzichtet für den Moment, da seine Stellungnahme Eingang in die Auswertung gefunden hat, also zur Kenntnis genommen wurde.

Herr Dr. ... (BApK): Ich muss mich nicht wiederholen.

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Alles klar. Sie sind zugeschaltet und haben alles gehört, und wir haben ja dann eine Diskussionsrunde.

Dann danke ich allen Anzuhörenden für die extrem hohe Disziplin. Ich bin fast begeistert, so etwas kenne ich von anderen Institutionen nicht.

Mein Vorschlag wäre, jetzt eine Pause von zehn Minuten einzulegen. Dann kommt die große Diskussions- und Fragerunde, und dann können sich auch die Bänke, wie wir immer sagen, für die anschließende Diskussionsrunde wappnen.

Ich schlage vor, wir fahren um 11:50 Uhr fort. Bis gleich!

(Pause)

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Meine Damen und Herren, ich begrüße Sie zur Fortsetzung unserer Sitzung mit dem zweiten Teil der Anhörung. Was jetzt folgt, ist eigentlich eine Nachfragerunde, eine Vertiefungsrunde, auch Diskussionsrunde, die ich bis maximal 13:00 Uhr angekündigt hatte. Alle Nachfragen sollten sich immer sowohl auf die mündlichen als auch auf die schriftlichen Stellungnahmen beziehen. Das ist unser Regelungsgegenstand.

Frau ... (G-BA-Geschäftsstelle), wir versuchen einmal gemeinsam – ich aus Heidelberg und Frau ... (G-BA-Geschäftsstelle) vor Ort –, die Rednerliste zu führen. Das wird jetzt sicherlich nicht ganz einfach. Aber wir bekommen das irgendwie hin. Es haben sich auch schon ganz viele Hände gehoben. Jetzt ist die Frage, in welcher Reihenfolge wir das hier abarbeiten. Frau ... (G-BA-Geschäftsstelle), haben Sie einen Vorschlag? Denn die Hände gingen alle gleichzeitig hoch.

Frau ... (G-BA-Geschäftsstelle): Ich würde jetzt der Reihe nach vorgehen. Frau ... (GKV-SV) ist bei mir die erste. Wenn Sie sie aufrufen wollen?

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Ja, okay, so machen wir es! – Dann für den GKV-Spitzenverband, Frau Dr. ... (GKV-SV). Sie waren tatsächlich auch die schnellste. Legen Sie los!

GKV-SV: Vielen Dank an alle für die Stellungnahmen. – Ich habe zwei Fragenkomplexe. Der eine richtet sich an ver.di: Frau ..., Sie hatten geschrieben, wie die Personalsituation im Augenblick in den Kliniken ist. Nun hatte die Richtlinie eigentlich das Ziel, dass in der Übergangszeit das Personal aufgebaut werden soll. Ich möchte Sie einmal fragen, wie da Ihre Beobachtungen sind. Wird dieses Personal aufgebaut? Was bedeuten Ihre Beobachtungen für eine Sanktionsregelung?

Als letztes vielleicht noch: Es wird häufig gesagt, dass der Nachweis auch Zeit beansprucht und im Prinzip die Patientenversorgung ins Negative zieht. Dazu möchte ich Sie fragen, wie Sie das

sehen. Behindert der Nachweis die Patientenversorgung? – Das war ein Themenkomplex an ver.di.

Ich habe noch einen zweiten Fragenkomplex, der § 8 Absatz 3, die Anrechnung betrifft. Und zwar sollen nach dem neuen § 8 Absatz 3 in Verbindung mit § 16 Absatz 8 die Psychotherapeuten auf die Berufsgruppe der Pflegenden, Spezialtherapeuten und Sozialarbeiter angerechnet werden können. Ich wollte da einmal die DFPP, aber auch die DGKJP und die Ergotherapeuten fragen, wie sie das sehen.

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Wahrscheinlich empfiehlt es sich, weil es doch eine Vielzahl von Fragen ist, jetzt der Reihe nach vorzugehen. Diese Nachfragen lassen sich vermutlich schlecht sammeln. Würden Sie mir auch folgen, dass wir zumindest jetzt bei den Fragen im Einzelnen vorgehen? – Frau ... von ver.di, Sie waren zunächst einmal angesprochen. Wollen Sie gleich antworten?

Frau ... (ver.di): Ich fange sehr gerne an. Vielen Dank Frau Dr. ... (GKV-SV) für die Fragen.

Zuerst zur Personalsituation aktuell in den Krankenhäusern: Was beobachten wir? Tatsächlich sehen wir, dass es einen leichten Aufbau gibt. Aber aus unserer Sicht ist der noch sehr ungenügend. Praktisch immer, wenn wir selbst anhand realer Belegungen und Besetzungen nachrechnen, kommen wir auf deutliche Unterschreitungen auf den einzelnen Stationen. Schon die dienstplanmäßigen Sollbesetzungen reichen oft zur Erfüllung der Richtlinie nicht aus. Auch diese unzureichenden Sollbesetzungen werden dann sehr oft im Ist nicht eingehalten. Wir erhalten zum Teil Berichte von erschreckenden Unterbesetzungen, wo Pflegekräfte auch im Tagdienst auf Akutstationen alleine arbeiten. Uns begegnen gehäuft, insbesondere auch von Pflegekräften, die Aussagen, dass es die Absicht gibt, zu kündigen oder, dass sie schon gekündigt haben, weil sie das nicht mehr aushalten und auch nicht aushalten wollen.

Wir bekommen Berichte, dass es aufgrund der Arbeitssituation auch keine nachrückenden Fachkräfte gibt, also Stellen unbesetzt bleiben müssen, weil keine Pflegekräfte zu finden sind. Das verschärft natürlich wieder die Personalsituation. Dieser Weggang von Pflegekräften kann nur gestoppt werden, wenn sich die Arbeitsbedingungen auch verbessern.

Wichtig wäre aus unserer Sicht, dass es vor Ort eine Instanz mit Kontrollbefugnis gibt, die die Realität gut einschätzen kann, beispielsweise die betrieblichen Interessenvertretungen. Denn es gibt einfach viele Schlupflöcher. Beispielsweise: Wie werden StÄB-Beschäftigte gezählt? Wie ist es mit den Stationsleitungen, die nicht in der unmittelbaren Patientenversorgung eingebunden sind? Wer wird alles angerechnet? Von außen ist das nur schwer zu überprüfen, auch beim stationsgenauen Nachweis ist das schwierig. Geschweige denn, wenn weiter aufgeweicht werden sollte, was sehr kritisch ist.

Zu Ihrer zweiten Frage, zu den Sanktionen: Da gibt es natürlich einerseits die Gründe, die in der verzögerten Umsetzung liegen, die in der Pandemie zu suchen sind, in den Verwerfungen des Versorgungsgeschehens. Hier tritt hoffentlich bald eine Normalisierung ein. Allerdings ist dann auch postpandemisch von einem verstärkten Patientenaufkommen durch verzögerte Behandlungen und auch pandemiebedingten psychischen Erkrankungen auszugehen.

Wir kritisieren, dass die Umsetzung der Richtlinie durch das Management häufig verzögert angegangen wurde, da eine Nichterfüllung bisher noch keine Sanktionen nach sich zieht. Umso wichtiger ist es, dass ab 2022 nicht erfüllte Vorgaben aus der Richtlinie auch Konsequenzen haben. Wir sprechen uns ganz entschieden gegen die Verschiebung eines Sanktionsregimes aus.

Weil es um Mindestvorgaben und um eine sichere Versorgung geht, setzen wir uns weiter dafür ein, dass bei Unterschreitung der Vorgaben, die Anzahl der Patienten reduziert werden müsse, statt finanziell zu sanktionieren. Nur über diesen Weg kann die hohe Versorgungsqualität der anwesenden Patienten sichergestellt und auch die Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten gut gestaltet werden.

Zur dritten und letzten Frage zum Nachweis, zum Bürokratieaufwand: Tatsächlich der eigentlich überflüssige und schädliche Dokumentationsaufwand entsteht nicht durch die Richtlinie, sondern durch PEPP. Wer den Dokumentationsaufwand abbauen möchte, muss an dieser Stelle ansetzen.

Zur Richtlinie will ich noch einmal sagen, dass sowohl die Patientenzahlen als auch die Arbeitszeiten ohnehin erfasst werden müssen. Die Einstufung nach Behandlungsbereichen ist kein großer Aufwand, wenn der Zustand der Patienten sowieso eingeschätzt wird und auch die Behandlungsart festgelegt werden muss. Es ist eine der leichteren Digitalisierungsaufgaben, diese drei Größen miteinander und mit der Richtlinie in Beziehung zu setzen. Es gelingt auch dort, wo die Geschäftsführungen – zum Teil mit hauseigen entwickelten einfachen IT-Lösungen – interessiert sind. Dort sehen wir konkrete Praxisbeispiele, wo das gut gelungen ist. Ein Qualitätscontrolling und auch eine Personalentwicklungsplanung muss an diesen Daten ohnehin auch interessiert sein. Durch weitere Aufweichungen und auch Anrechnungsmöglichkeiten wird das ganze natürlich wieder komplizierter. Man kann nicht auf der einen Seite weniger Bürokratie fordern, wenn auf der anderen Seite immer neue und auch durchaus komplizierte Ausnahmen eingebaut werden sollen. – Damit möchte ich erst einmal schließen.

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Ja. Das war jetzt auch eine ganze Menge. – Von den anderen vom GKV-SV angesprochenen Institutionen möchte da noch jemand etwas sagen? – Wer will zuerst?

Frau ... (DFPP): Ich würde anfangen, wenn es recht ist. – Frau ... (GKV-SV), danke für die Frage. Sie hat uns auch explizit angefragt, was die Anrechenbarkeit von Psychologen auf Pflegestellen angeht. Wir haben uns relativ stark darüber gewundert, als wir das gelesen haben und haben das auch in der Stellungnahme deutlich zurückgewiesen. Ich werde dazu noch einmal einen Satz sagen.

Ich möchte vorweg aber zum Thema Psychotherapie Folgendes sagen: Was heute in der bisherigen Diskussion etwas kurz kam, ist die Tatsache, dass Psychotherapie eine multiprofessionelle Aufgabe ist. Also Psychotherapie nur über Psychotherapeuten zu denken, ist auch verkehrt. Da haben verschiedene Akteure verschiedene Rollen. In der Tat ist das alles noch ein bisschen zu wenig besprochen.

Die Anrechenbarkeit von Psychologen auf Pflegestellen geht unseres Erachtens dann, wenn die Psychologen 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche die Dienste leisten. Und wenn sie nachweisen können, dass sie mit unaufschiebbaren Krisen, mit akuten Bedürfnissen, mit somatischen Krisen, mit Medikationsdebatten, mit suppurativem Handeln bei Symptomlast, mit kompensierendem Handeln bei Funktionseinbußen, mit ganz kleinschrittiger, langatmiger, niedrigschwelliger Zusammenarbeit und Alltagsbegleitungen, wenn sie damit kein Problem haben, dann werden wir darüber nachdenken. Aber ich sehe nicht, dass es das ist, was die Psychotherapeuten machen wollen. Daher halten wir den Gedanken für völlig absurd.

Herr Prof. Dr. ... (DFPP): Ganz kurz zu dem Punkt der Anrechenbarkeit: Da steckt der Teufel im Detail. Diesbezüglich möchte ich kurz auch an ver.di anschließen. Man muss sehr aufpassen, denn hier gibt es auch heute schon tatsächlich Schlupflöcher, die wir uns sehr gut anschauen müssen. Denn nach wie vor gilt der alte Tätigkeitskatalog der Psych-PV. Und irgendeiner war damals – ich muss einmal mit Herrn ... darüber sprechen – so wahnwitzig und hat Verwaltungsaufgaben beispielsweise im Kontext der Pflege hineingeschrieben. Es ist heute immer noch ein Trojaner, zu probieren, klassische, also nicht-patientenbezogene Verwaltungsaufgaben in die Anrechnung zu bekommen. Es gibt jetzt schon ein Schlupfloch, nämlich dass quasi bei den Psychologen Anrechnungen von nicht-therapeutischen Berufsgruppen denkbar sind und Ärzte und Psychologen getauscht werden können. Das heißt, ärztliche suppurative Leistungen im Bereich von Hilfskräften – sagen wir mal Stationsassistenten schreiben Dienstcodierungen und ähnliches – können über dieses Schlupfloch angerechnet werden.

Wenn wir jetzt noch ein weiteres Schlupfloch machen, das bedeutet, dass Pflege und Psychologen anrechenbar sind, besteht die Gefahr darin, dass diese Anrechnung benutzt wird, um Hilfstätigkeiten dann quasi über die Nicht-Psych-PV-Berufsgruppen im Bereich ärztlicher und psychologischer Dienst zu platzieren.

Ein letztes Wort zu den Anrechnungen: Ich finde diese Anrechnungsfragen sowieso skurril, da wir im Moment über eine Personalmindestanforderung sprechen. Was ja bedeutet, dass es darunter nicht gehen soll, damit ein fachlicher Standard gewährleistet ist. Und wir formulieren jetzt Anrechnungen auch von Hilfskräften in einer prozentualen Angabe in einer Richtlinie, die Mindeststandards formuliert. Dass wir Hilfskräfte brauchen, steht außer Frage, und wir brauchen sie sehr dringend. Diese aber auf die Fachkräfte anzurechnen, halte ich für falsch intendiert in dieser Richtlinie.

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank! Ich glaube, Frau ... (GKV-SV), damit sind die Fragen erschöpfend behandelt. Wir haben noch eine riesige Rednerliste. Ich würde einfach ganz gerne weitermachen. – Frau ... von der DKG.

DKG: Erst einmal vielen Dank an alle Stellungnehmenden für die schriftlichen Stellungnahmen und jetzt auch noch einmal für die mündlichen ergänzenden Ausführungen. – Ich würde gerne zuerst zwei Fragen stellen, die beide sowohl an die DGPPN als auch an die BDK gerichtet sind.

Die erste Frage betrifft einmal das Thema Regelaufgaben: Sowohl die DGPPN als auch die BDK lehnen in ihrer Stellungnahme die getrennte Beschreibung von psychotherapeutischen und medizinischen Regelaufgaben in der psychotherapeutischen, medizinischen Grundversorgung ab. Wir würden uns freuen, wenn Sie das noch einmal genauer anhand des Klinikalltags begründen könnten, warum Sie diese Differenzierung als problematisch erachten. – Das wäre die eine Frage.

Die zweite Frage, die sich ebenfalls an die DGPPN und BDK richtet, betrifft einmal die Berufsgruppen A und C: Im Richtlinienentwurf ist gerade vorgesehen, dass in den Begrifflichkeiten zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen differenziert wird. Sie sprechen sich hier dafür aus, dass man diese Differenzierung in den Begrifflichkeiten vornehmen sollte. Auch hier würden wir uns freuen, wenn Sie näher ausführen könnten, was aus Ihrer Sicht auch aufgrund der Tätigkeiten für diese Differenzierung spricht.

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Ich glaube, die erste Frage ging an die DGPPN.

Herr Prof. Dr. ... (DGPPN): Vielen Dank, Frau ... (DKG). – Letztendlich betreffen die beiden Fragen eigentlich einen gemeinsamen Komplex, nämlich die Organisation der Behandlung von Patienten im Krankenhaus.

Ich denke, die zentrale Tatsache, die man sich da ins Gedächtnis rufen muss, ist, dass Krankenhäuser und auch Abteilungen und Fachkrankenhäuser für Psychiatrie ärztlich geleitete Einrichtungen sind, in denen die Verantwortung für die Behandlung des Patienten in Gänze bei einem Arzt liegt. An der Behandlung wirken natürlich sehr viele andere Berufsgruppen mit. Ich glaube, gerade in der Psychiatrie sind es besonders viele; natürlich in der Psychosomatik und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie genauso. Wir haben also einen sehr multiprofessionellen Ansatz. Das war schon immer so, und daran soll sich auch nichts ändern.

Was sich aber nach Vorstellung mancher nichtärztlicher Psychotherapeuten ändern soll, ist, dass diese strukturierte und an einem Punkt zusammenlaufende Verantwortung geteilt wird. Es wird von nichtärztlichen Psychotherapeuten angestrebt, dass es eben Visiten von leitenden Psychologen beziehungsweise Psychotherapeuten gibt und dass letztlich – zum Teil zumindest – Behandlungen ausschließlich von nichtärztlichen Psychotherapeuten verantwortet werden. Das wäre ein Novum; das würde der Struktur der Krankenhäuser insgesamt widersprechen. Außerdem würde es die Arbeit – ich glaube, Herr ... (APK) hat das vorher sehr schön gesagt – nicht erleichtern, sondern würde sie komplizieren.

Deshalb freuen wir uns sehr, wenn weiterhin hochqualifizierte, vor allem psychotherapeutisch qualifizierte Mitarbeiter in den Krankenhäusern sind. Deren Aufgaben, insbesondere, was die Psychotherapie angeht, soll auch in den Regelaufgaben beschrieben werden. Darüber hinaus können diese Kolleginnen und Kollegen auch sehr gerne – was sie auch jetzt schon tun – an bestimmten Aspekten der medizinischen Versorgung, wie beispielsweise in Teilen der Anamneseerhebung, in Teilen der Erstellung des Behandlungsplans mitwirken. Aber man kann daraus keine völlig unabhängige Behandlungslinie generieren. Und genau das suggerieren die momentanen Wordings der Regelaufgaben zum Teil. Das würde ich eben gerne glattziehen, indem man klar sagt: Es gibt eine Grundversorgung, die darf man dann ruhig medizinisch-therapeutisch nennen, von denen Teile auch nichtärztliche Psychotherapeuten durchführen können, die aber insgesamt von den Ärzten, also von den leitenden Ärzten natürlich, letztendlich verantwortet werden. – Ich habe jetzt ein bisschen versucht, beide Fragen in einer zu beantworten. Ich weiß nicht, ob mir das gelungen ist, Frau. ... (DKG).

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Gut, das war ziemlich umfassend. – Ich glaube, die BDK wurde auch von Frau ... (DKG) angesprochen.

Herr Dr. ... (BDK): Ich kann mich Herrn ... (DGPPN) eigentlich in allen Punkten anschließen. – Es wurde von Frau ... (DKG) gefragt, in wie weit Aufgaben floatend im Stationsalltag auch mal von der einen, mal von der anderen Berufsgruppe gemacht werden. Beispiel Aufnahmeprozess: Die psychotherapeutisch-psychiatrisch pathologische Aufnahmeuntersuchung, also ich sage mal die kleine Exploration, wird regelhaft mal von Ärzten, mal von psychologischen Psychotherapeuten erfüllt. Ähnlich ist es bei Krisengesprächen. Das macht mal der Arzt, mal der Psychotherapeut, je nachdem, wie das ist.

Im Übrigen ist auch noch die Frage, was am Ende Psychotherapie ist. Das geht hier ein bisschen darüber hinaus. Fängt Psychotherapie immer erst da an, wo man mindestens 25 oder 50 Minuten zusammen irgendwo Psychotherapie macht. Oder sind das möglicherweise auch viel kürzere Interventionen? Und spätestens in dem Moment würde es erhebliche Überlappungen machen. Das vielleicht als Ergänzung zu dem, was Herr ... (DGPPN) ausführlich schon erläutert hat. – Danke!

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank! – Ich mache weiter in der Rednerliste, die schön lang ist, mit Herrn ... von der Patientenvertretung.

Patientenvertretung: Danke schön auch für die heutigen Stellungnahmen. – Ich habe den Eindruck, dass es in der Zwischenzeit in dieser Runde sehr konstruktive Vorschläge gibt, die uns auch für die Weiterentwicklung der Richtlinie dann ein Stück voranbringen.

Ich wollte ganz gerne noch einmal die Deutsche Fachgesellschaft für Psychiatrische Pflege fragen: Sie haben schon über die gegenseitige Anrechnung von Berufsgruppen gesprochen. Sie haben auch in Ihrer Stellungnahme gesagt, es müssten dort Leitplanken eingeführt werden, wenn man so eine gegenseitige Anrechnung macht. Können Sie das noch etwas konkreter machen?

Außerdem würde ich noch gerne ver.di fragen: Frau ..., Sie haben vorhin zu dem Behandlungsbereich A8 ausgeführt, dass bei der teilstationären Behandlung nicht auf die vorgesehene Minutenzahl, die wir jetzt in der Richtlinie haben, heruntergegangen werden kann. Sie haben auch einige Argumente dafür genannt. Gibt es dazu Zahlen, mit denen man arbeiten kann, weil wir auch ganz konkrete Zahlen für die Richtlinie brauchen? Können Sie uns dazu noch Hinweise geben? – Danke schön.

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Okay. – Dann zuerst Frau ... (DFFP). Sie haben noch einmal die Chance.

Frau ... (DFPP): Michael Löhr, du darfst gerne ergänzen, wenn ich etwas sage. – Wir haben das ja schon im Eingangsstatement gesagt, dass wir hauptsächlich eine Klärung von Skills und Grades für notwendig erachten, was man für welche Tätigkeit braucht und auch ein bisschen international schauen müssen, wie Aufgaben in anderen Ländern verteilt werden, und dann hier auch noch einmal die Handlungspraxis anschauen. Dann kann man erst die Leitplanken und die Korridore definieren. Also, wenn man viele Tätigkeiten sieht, die sich sehr gut von mehreren Akteuren erbringen lassen, kann man die Korridore breiter definieren. So ist unsere Phantasie zu dem Thema. Im Moment würden wir da eher ein bisschen vorsichtig darüber nachdenken wollen und die vorhandenen Korridore nicht ausweiten.

Herr Prof. Dr. ... (DFPP): Ergänzend dazu ganz kurz noch: Die Gefahr ist einfach riesig groß, dass, ich sage jetzt einmal, einfach Pflegestellen zu Psychologenstellen werden, ohne die Aufgabenkomplexe der Pflege zu berücksichtigen oder umgekehrt, dass vielleicht Psychologenstellen zu Pflegestellen werden, ohne die Aufgabenkomplexe der Psychologen zu berücksichtigen. Das muss unterbunden werden. Das ist schwer zu kontrollieren; es ist auch schwer, die Nachweispflichten zu kontrollieren. Aber das wäre quasi ein Aufbohren der Minutenwerte in den einzelnen Bereichen. Das müsste unterbunden werden.

Grundsätzlich – wie Frau ... (DFPP) schon sagte: Wenn Sie in die S3-Leitlinie Psychotherapien und in die Primärliteratur schauen, liegen dort viele internationale Pflegestudien zur Grundlage der S3-Leitlinie. Das spiegelt sich allerdings nicht in unseren Psychotherapeutengesetzen so wider. Aber, wie wir alle wissen, ist in psychiatrischer und psychosomatischer Praxis Psychotherapie ein multiprofessionelles Geschehen, ob es Expositionstraining oder anderes ist. Also, wenn wir das über die Tätigkeiten, aber auch über Grades abgebildet bekommen, sehen wir Möglichkeiten. Da sind wir aber noch nicht. Wie gesagt, im Moment ist das Risiko zu groß, dass wir damit einfach Minutenwerte aufbohren, ohne die Tätigkeitsbereiche von abgebenden Berufsgruppen bei Anerkennung zu berücksichtigen.

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Danke, Herr ... (DFPP). – Jetzt Frau ... (ver.di), bitte.

Frau ... (ver.di): Vielen Dank für die Frage, Herr ... (Patientenvertretung), zum Behandlungsbereich A8. – Generell halten wir die Zeitwerte in der PPP-Richtlinie für zu niedrig angesetzt. Weitere Kürzungen sind deshalb sehr kritisch zu betrachten. Hier konkret: Eine Änderung der Zeitwerte sollte aufgrund einer realistischen Bewertung der tatsächlich zu leistenden Aufgaben erfolgen.

Die Behandlung in der A8 entspricht der Gruppe A7. Damit gibt es auch einen ebenso hohen Behandlungsaufwand und dieselben Regelaufgaben, die aber von den Pflegekräften aufgrund der verringerten Behandlungszeiten im kürzeren Zeitraum erbracht werden müssen. Damit kann eine Pflegekraft sich nicht mehr nacheinander um die Patienten kümmern, sondern kann eben nur noch weniger Patienten versorgen. Im Ergebnis werden mehr Pflegekräfte gleichzeitig anwesend sein müssen. Die Behandlung wird in den Tragenden Gründen als Intensivtagesklinik bezeichnet. Entsprechend sollte auch die Personalausstattung im Pflegebereich eine intensive Begleitung und Behandlung ermöglichen.

Ein Pflegeminutenwert von 509 Minuten entspricht circa achteinhalb Stunden pro Woche, pro Patient. Das heißt, bei einer fünftägigen Betreuung circa eine Stunde und 40 Minuten pro Tag, pro Patient. Das halten wir einer Intensivbehandlung durchaus für angemessen. Auch der Dokumentationsaufwand pro Patient, der ja notorisch unterbewertet wird, wird durch die Umstellung auf tagesklinische Behandlung nicht kleiner.

Und ein letzter Aspekt noch: In der stationären Versorgung werden im Frühdienst sehr häufig mehr Pflegekräfte eingesetzt als im Spätdienst. Denn hier konzentriert sich der Arbeitsaufwand. Eine tagesklinische Betreuung ist eher dem Frühdienst als dem Durchschnitt der Dienste vergleichbar. Und auch das spricht gegen eine Kürzung der Minutenwerte.

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Danke, Frau ... (ver.di). – Damit würde ich in der Rednerliste, die immer länger wird, jetzt weitermachen und würde Frau Dr. ... von der Bundespsychotherapeutenkammer aufrufen. Oder hat sich das erübrigt? Was mich wundern würde bei dieser Institution. – Frau ... (BPtK)? Das Mikrofon ist nicht an.

Frau ... (G-BA-Geschäftsstelle): Doch, das Mikrofon ist an. Es gibt ein technisches Problem. – Frau ... (BPtK), vielleicht wählen Sie sich einmal aus und wieder ein. Manchmal hilft das. – Wir könnten dann mit Herrn (GKV-SV) weitermachen.

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Gut, also Herr ... vom Spitzenverband.

GKV-SV: Vielen Dank noch einmal für die sehr umfassenden Stellungnahmen. – Ich habe zwei Fragenkomplexe. Der eine geht an die Vertreter der Fachgesellschaften der Psychosomatik.

Ich möchte zunächst auf die Möglichkeit hinweisen, die Weiterentwicklung auch auf Basis der vorliegenden Nachweise zur tatsächlichen Personalausstattung zugrunde zu legen und hier die Nachweise, die ja sehr umfassend erhoben werden, in den Krankenhäusern auch zu verwenden. Meine konkrete Frage wäre an Sie: Welche grundsätzlichen Faktoren sollen aus Ihrer Sicht bei der Differenzierung der Behandlungsbereiche in der Psychosomatik berücksichtigt werden?

Im zweiten Fragenkomplex geht es um die Heilerziehungspfleger. Dazu möchte ich Herrn ... von der DGSGB noch einmal bitten, die Gründe und konkreten Vorschläge für die Berücksichtigung der Heilerziehungspfleger zu erläutern.

Herr Prof. Dr. ... (DGPM): Vielen Dank, Herr ... (GKV-SV) für die Frage an die DGPM, die ich gerne wie folgt beantworten würde: In den Nachweisen der PPP-RL ist die therapeutische Leistung und auch der somatisch medizinische Aufwand nicht abgebildet.

In der Psychosomatik gibt es über die letzten 20 Jahre gut etablierte Behandlungsprogramme, die auf therapeutische Angebote basieren. Das heißt, sinnvoll wäre es, diese therapeutischen Leistungen zu erheben und auch in dem Feld, wo die psychosomatische Medizin nahe zur Somatik betrieben wird, wo die Patienten häufig auch körperliche Komorbiditäten haben oder die Behandlungsbedürftigkeit körperlicher Erkrankungen notwendig ist, dass dann natürlich mit einem sehr viel höheren medizinischen Aufwand zu rechnen ist.

Um in unseren Augen eine sinnvolle Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche vornehmen zu können, ist es wichtig, diese beiden Aspekte zu erfassen, weil wir jetzt auch aus ersten kleineren Erhebungen sehen, dass wir dort enorme Unterschiede sehen. Also: Wenn Sie beispielsweise eine Klinik haben, wo Anorexie-Patienten mit einem BMI von 9 behandelt werden, die phasenweise auch intensivpflichtig sind, dann haben wir einen riesig hohen medizinisch-somatischen Aufwand. Sie brauchen einen kompletten Schichtbetrieb, was die Pflege angeht. Demgegenüber haben Sie eine große psychosomatische Klinik, die in erster Linie eine intensive Psychotherapie anbietet bei Patienten, die keine größeren körperlichen Begleiterkrankungen haben. Es ist in unseren Augen ganz zentral das abzubilden.

Wir sind dem GKV-SV auch für diesen zusätzlichen Behandlungsbereich P5 und P6 sehr dankbar, wo abgebildet ist, dass es auch Stationen und Einrichtungen gibt, die für ihre Leistungen, die sie erbringen, höhere Personalmindestvorgaben für Psychotherapie brauchen. Aber in unseren Augen wäre es besser, das dann auch auf der aktuell laufenden Studie zu basieren, weil wir da einfach sehr viel validere Aussagen machen können und auch die Behandlungsbereiche valider festlegen können.

An dieser Stelle besteht bei uns ein bisschen Irritation. – Das passt in die Gespräche, die vorher gelaufen sind –. Für uns ist es nicht nachvollziehbar, warum dieses intensivere psychotherapeutische Angebot allein jetzt durch eine Verdreifachung der Minutenwerte für die psychologische Psychotherapie oder die Fachpsychotherapie vorgesehen ist.

Denn wir denken bei den gerade geschilderten Fällen auch, dass die ärztliche Psychotherapie einen großen Stellenwert hat, und das sollte auch angemessen bei einer Erhöhung der Personalmindestvorgaben für die Psychotherapie Berücksichtigung finden.

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank! – Die zweite Frage zur Heilerziehungspflege ging an Herrn Dr. ... (DGSGB).

Herr Dr. ... (DGSGB): Danke schön, Herr ... (GKV-SV) für Ihre Frage, zu der ich gerne Stellung beziehe. – In der Behandlung von Menschen mit Intelligenzminderung oder wie es ist in den neuen Klassifikationen auch heißt „Intelligenz- und Entwicklungsbehinderung“, wird eben deutlich, dass diese Menschen in ihrer sozio-emotionalen Entwicklung, in ihrer kognitiven Entwicklung eben nicht ihrem biologischen Alter entsprechen. Sondern die Menschen mit geistiger Behinderung oder mit Intelligenzminderung, die in den Fachkliniken, in den Fachbereichen, in den Fachabteilungen letztlich aufschlagen, sind in der Regel sowohl vom kognitiven Alter als auch vom sozio-emotionalen Entwicklungsalter unter 18 Jahre.

Dazu gibt es entsprechende Referenzwerte bei der Intelligenzdiagnostik. Für die sozio-emotionale Diagnostik ist jetzt auch das Instrument quasi fertig validiert. Der sogenannte SEO oder SEE-D bestimmt das dann. In vielen Ländern ist es schon längst Realität, gerade in den Beneluxländern, dass es auch entsprechend gewürdigt wird. Bei den Heilerziehungspflegern spielt es in der Ausbildung schon von Anfang an eine zentrale Rolle: Wie gehe ich mit diesen Menschen um? In der Ausbildung von Gesundheits- und Krankheitspflegerinnen und -pflegern spielt es in der Regel keine Rolle.

Wir werden in diesen Spezialbereichen auch regelmäßig angefragt, weil die entsprechenden regulären Psychiatrien mit dieser Klientel überfordert sind, weil sie entsprechend auch nicht personell ausgestattet sind. Wenn es darum geht, Psychotherapieleistungen auszuweiten, psychologische Psychotherapie, ärztliche Psychotherapie, Minutenwerte auszuweiten, dann haben wir davon nicht so viel. Diese Menschen sind zwar basal verhaltenstherapeutisch erreichbar. Aber diese basale Verhaltenstherapie läuft in der Praxis dann – beispielsweise operante Verfahren – sehr häufig auf der pflegerischen Ebene.

Das Entscheidende ist die Milieuthherapie, die entsprechend den emotionalen Bedürfnissen vor allem dieser Klientinnen und Klienten gestaltet werden muss. Dafür sind aus unserer Sicht Heilpädagoginnen und Heilpädagogen und vor allem Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger unerlässlich.

Es ist ja nur ein sehr kleiner Bereich, den wir hier bundesweit finden, der sich dieser Klientel annimmt. Dort sind die Strukturen so, dass in den meisten Kliniken 50 Prozent und mehr der Pflegekräfte eben Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger sind. Wir sehen hier auch keine Verwässerung der Qualitätsstandards oder den Versuch, irgendetwas zu unterlaufen oder billiger zu bekommen.

Wir haben es von Frau ... von ver.di gehört. Die Personalengpässe, die Schwierigkeiten der Nachbesetzung gibt es bei den Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspflegern genauso.

Die Bezahlung beispielsweise in unserer Klinik ist genau dieselbe. Wir sparen dabei nichts. Aus unserer Sicht, der Fachgesellschaft – ich kann hier auch als President-elect der europäischen Fachgesellschaft sprechen –, gehört es zu einer fachgerechten Behandlung dieser Menschen dazu, diese sozio-emotionalen Bedürfnisse mit zu berücksichtigen. Das geht vor allem über die Berufsgruppe der Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger.

Ich finde den Minutentausch zwischen den Berufsgruppen nicht zielführend. Uns geht es nur darum, dass diese beiden Berufsgruppen – das ist wirklich die absolute Minimalforderung – für den Erwachsenenbereich in der Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung anerkannt werden. Genauso, wie es in der KJP auch schon der Fall ist.

In der KJP ist es unzweifelhaft schon immer so gewesen; dort stehen die Heilziehungspflegerinnen und Heilpädagogen drin. Das sollte eben aus unserer Sicht bei den Menschen mit Intelligenzminderung auch der Fall sein. – Frau ... (DFPP) hatte das, glaube ich, auch von der Seite der Deutschen Fachgesellschaft für Psychiatrische Pflege unterstützt. Vielleicht können Sie auch dazu etwas sagen.

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Herr Dr. ... (DGSGB). – Ich würde jetzt in der Rednerliste ganz gern weitermachen, keinen weiteren Dialog, sonst kommen die anderen einfach nicht mehr ran. – Frau ... (G-BA-Geschäftsstelle) hatte sich jetzt bei mir kurz zwischengemeldet. Sie wollte etwas sagen.

Frau ... (G-BA-Geschäftsstelle): Nein, ich hatte Ihnen eine Information von Frau ... (BPtK) weitergeleitet, die gerade gesagt hatte, dass sie jetzt hofft, ihre technischen Probleme soweit behoben zu haben, dass sie sich zu Wort melden kann.

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Gut. – Frau Dr. ... (BPtK), ich bitte um eine konkrete Frage an eine Institution. Denn das ist das Wesen dieser Anhörung.

BPtK: Vielen Dank. – Ich habe zwei Fragenkomplexe. In der ersten Frage geht es um die Regelaufgaben der PsychotherapeutInnen, die sich zum einen an die DGKJP und dann noch einmal an die DPtV richtet.

Frau ... von der DGKJP, Sie führen in Ihrer Stellungnahme aus, dass selbstverständlich Ärzte und PsychotherapeutInnen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gleichermaßen die Fallführung für Patienten mit sehr breiten Überschneidungen der Tätigkeiten übernehmen.

Dazu wäre meine Frage an Sie: Was heißt das konkret für die Regelaufgaben beispielsweise in Bezug auf Anamnese und Therapieplanung? Ich bitte dann noch einmal die DPtV, vielleicht aus der Erfahrung zu ergänzen, was Psychotherapeuten in Kliniken mittlerweile für Aufgaben übernehmen.

Im zweiten Fragenkomplex geht es noch einmal um die Minutenwerte. Die Frage richtet sich zum einen an die DGPPN, zum anderen an die BDK und dann noch an ver.di: Sie alle unterstützen eine Erhöhung der Minutenwerte für Psychotherapie, verankert bei den ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten.

Vielleicht können Sie noch einmal kurz ausführen, warum das aus Ihrer Sicht notwendig ist und wie viel Psychotherapie denn aktuell mit den Mindestvorgaben überhaupt durchschnittlich in den Kliniken für PatientInnen möglich ist. – Danke schön.

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Danke. – Zum ersten Komplex war Frau Professor ... (DGKJP) angesprochen.

Frau Prof. Dr. ... (DGKJP): Danke für die Frage.

Wir haben ja schon lange das Eins-zu-eins-Verhältnis von Ärzten und Psychotherapeuten auf den Stationen. Ich muss aus der schriftlichen Stellungnahme wiederholen: Das ist nur künstlich verschoben worden durch die Hineinrechnung der Minutenwerte der Oberärzte bei den Ärzten.

Wir haben selbstverständlich – wie Sie gesagt haben Frau ... (BPtK) – die Fallführung geteilt. Deswegen ist es auch meiner Meinung, unserer Meinung nach, völlig überflüssig, jetzt noch minutiös Tätigkeitsmerkmale aufzuteilen, zumal das in dem Entwurf der neuen PPP-RL nicht sehr professionell gemacht worden ist. Dort ist die entwicklungsneurologische Untersuchung beispielsweise herausgefallen, worauf wir überhaupt gar nicht verzichten können, und solche Dinge.

Wir haben an einigen Kliniken auch schon Bereitschaftsvordergrunddienste durch Psychotherapeuten eingeführt: Einschätzung von Suizidalität – kinder- jugendpsychiatrische Alltag läuft durchaus so –, sodass wir eine Neudifferenzierung der Tätigkeitsmerkmale eigentlich gar nicht als notwendig ansehen, jedenfalls nicht in dieser Form und nicht nur für diese beiden Berufsgruppen. Wie auch schon von der Pflege und den Ergotherapeuten angesehen, müsste man das in der Gesamtheit, und zwar auch bezogen auf aktuelle Leitlinien und Evidenzbasierung, sich neu anschauen. – Ich hoffe, das hat Ihre Frage jetzt hinreichend beantwortet.

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Danke!

BPtK: Die Frage richtete sich auch noch einmal an die DPtV, die vielleicht kurz ergänzt, was Psychotherapeuten in Kliniken übernehmen. Und die Rückfrage wäre dann aber eigentlich auch an Frau ... (DGKJP), ob da nicht in den Regelaufgaben der PsychotherapeutInnen diese Differenzierung zu künstlich ist, was Anamnese und Therapieplanung angeht und ob es nicht eigentlich überflüssig ist, das auf eine psychotherapeutische Anamnese einzuschränken.

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Okay. Ich bitte um konkrete Frage und auch um halbwegs kurze Antworten, sonst schaffen wir das nie mit den Wortmeldungen. – Bitte schön.

Frau Prof. Dr. ... (DGKJP): Danke schön für die Frage, Frau ... (BPtK). – Tatsächlich ist es in der Realität so, sei es durch meine persönliche Erfahrung – ich arbeite in der Akutpsychiatrie, davor in der Psychosomatik, in der Somatik – und auch einfach über eine Befragung in unserem Verband mit über 1 400 Teilnehmenden: PsychotherapeutInnen übernehmen in Kliniken längst Aufgaben auch von Behandlungsführung, Aufnahme, Therapieplanung, Therapieanpassung im Verlauf. Also auch die konkrete Fall- und Behandlungsführung. Das schließt alles mit ein wie Anamnese, Befunderhebung, Fremdanamnese, Verlaufsuntersuchungen. Also all das, woran ein zentraler Bestandteil in der multiprofessionellen Zusammenarbeit ist; all das, woran Bedarf ist. Diesen Bedarf kann unsere Berufsgruppe decken. Zum einen, weil wir da sind; zum anderen, weil dafür als akademischer Heilberuf mit Studium und anschließender mehrjähriger Ausbildungen, hinzukommt Weiterbildung, qualifiziert sind. Deshalb: Weshalb nicht diese vorhandenen qualifizierten Ressourcen nutzen?

Sie hatten nach einem Beispiel gefragt. Noch konkreter: Beispielsweise kenne ich viele KollegInnen, die Tageskliniken leiten, die Bereiche leiten. Und auch unsere interne bundesweite Umfrage hat gezeigt, dass sehr viel Leitungs-, Fallführungs-, Behandlungsführungsaufgaben übernommen werden. Aber eben – lassen Sie mich an dieser Stelle frei sprechen – nicht unbedingt auch offiziell als solche ausgewiesen werden, weil eben die bisherigen Strukturen noch nicht die modernen Entwicklungen berücksichtigt haben. Dazu haben wir jetzt mit der Anpassung der Richtlinie die Chance, moderne Entwicklungen hier auch abzubilden.

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Danke!

Frau Dr. ... (DPtV): Ich bin noch gefragt worden, ob man das Psychotherapeutische bei Anamnese nicht weglassen könnte. Also ich könnte mich darauf verwenden, für alle Berufsgruppen Entwicklungsanamnese zu schreiben.

Die Kollegen aus der Psychosomatik haben das auch sehr gut dargestellt. Wir haben auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie durchaus psychosomatisch erkrankte Patienten – also Essstörungen als eine unserer großen Indikationen. Da muss natürlich die ärztliche Kompetenz vorhanden sein. Die somatischen Anamnesen können nur Ärzte voll von der Ausbildung her komplett überblicken. Von daher ist das etwas, was nicht mehr unter das Überschneidungsgebiet fällt. Um das in den Tätigkeitsmerkmalen besser zu differenzieren, bräuchte man viel längere Diskussionen und genauere Betrachtungen.

In der Regel erfolgt die somatische Anamnese im Rahmen der somatischen Untersuchungen. Da gibt es eine gut etablierte funktionelle Arbeitsteilung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Frau Dr. ... (BPtK), ich glaube, die Frage ist beantwortet. Gut, danke. – Jetzt würde ich einen kleinen Sprung in der Rednerliste machen.

BPtK: Moment, ich hatte noch eine zweite Frage.

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Stimmt, es gab noch eine zweite Frage.

BPtK: Genau, da ging es um die Minutenwerte, und die Frage richtet sich an die DGPPN, die BDK und an ver.di noch einmal. Sie alle haben sich in Ihren Stellungnahmen dafür ausgesprochen, dem BÄK-Vorschlag zu folgen und die Minutenwerte für Ärzte und Psychotherapeuten zu erhöhen, um mehr Psychotherapien in den Kliniken zu ermöglichen. Der gesetzliche Auftrag lautet ja auch, die Psychotherapien sollen gestärkt werden. Vielleicht können Sie noch einmal ganz kurz ergänzen, warum das aus Ihrer Sicht zwingend erforderlich ist und was eigentlich aktuell an Psychotherapie möglich ist mit den Mindestvorgaben in den Kliniken.

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Okay. – Herr Professor ... von der DGPPN, bitte.

Herr Prof. Dr. ... (DGPPN): Danke, Frau ... (BPtK). – Da besteht mittlerweile zumindest unter den Ärzten große Einigkeit, dass man tatsächlich auf lange Sicht deutlich mehr Psychotherapie für einen Großteil der Patienten in den Kliniken braucht. Der Vorschlag, den die Bundesärztekammer gemacht hat und dem wir uns angeschlossen haben wie andere auch, sieht einen deutlichen Zuwachs an Minuten vor, die sich allerdings dann auf die beiden Berufsgruppen der Ärzte und der nichtärztlichen Psychotherapeuten verteilen, weil die Kompetenz auch in beiden Berufsgruppen entsprechend da ist.

Wir sehen natürlich das Problem – das muss man wissen –, dass sich die tatsächlich angelehnt an Leitlinien ergebenden Zahlen zu einer Summe addieren, die nicht von heute auf morgen umsetzbar sein wird. Das muss man ganz klar sagen. Es wird also eine ganze Reihe von Jahren dauern, bis eine entsprechende personelle Kapazität aufgebaut worden ist. Da möchte ich kurz an das anschließen, was Frau ... von ver.di gesagt hat. Wir haben im Moment eine Situation, dass es ohnehin in fast allen Bereichen, in fast allen Berufen wahnsinnig schwierig ist, Personal zu gewinnen, sodass das, was sich mittlerweile als leitliniengerecht zeigt, tatsächlich in der Realität hart erkämpft und mit großen Anstrengungen umgesetzt werden muss. – Ich denke, das dürfte Ihre Frage weitgehend beantworten.

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Ja. – Frau ... (ver.di) war ja ohnehin angesprochen.

Frau ... (ver.di): Ja, vielen Dank! Dann mache ich direkt weiter. – Auch aus unserer Sicht greift die Weiterentwicklung an dieser Stelle zu kurz, wenn lediglich Berufsgruppen neu benannt und Aufgaben überarbeitet werden. Schon jetzt zeigt die Versorgung große Mängel. Da möchte ich noch einmal auf das Versorgungsbarometer von ver.di verweisen, was auch in der Psychotherapie große Defizite aufzeigt.

Der Auftrag des Gesetzgebers über Mindestvorgaben der Psychotherapie, die zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen können, darf nicht als Facelifting verstanden werden. Einer weitreichenden Anpassung der Regelaufgaben muss deshalb die Anpassung der Minutenwerte für ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen unmittelbar folgen. Andernfalls bleibt das Grundproblem in der psychotherapeutischen Versorgung ungelöst.

Um an Herrn ... (DGPPN) anzuschließen: Ich denke, es ist ganz wichtig, dass wir aus diesem Teufelskreis heraus müssen. Das Rekrutierungsdilemma werden wir dann lösen, wenn die

Arbeitsbedingungen besser sind. Und die bekommen wir nur verbessert, wenn mehr Kapazitäten für die Versorgung zur Verfügung stehen; wenn mehr Zeit für die Patientinnen und Patienten da ist. Deshalb ist die Minutenwertanpassung für die Ärzte und Psychotherapeuten dringend notwendig.

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank! Das war eine klare Stellungnahme. – Jetzt würde ich springen, und zwar dass die Bundesärztekammer auch zu Wort kommt. Deshalb würde ich jetzt gerne Herrn Professor ... (BÄK) drannehmen.

BÄK: Ganz herzlichen Dank! Es passt nämlich wirklich ganz gut. – Ich würde gerne noch einmal versuchen, in der Frage an die DGPPN und die DGPM das vielleicht noch an einem Punkt etwas klarer zu bekommen.

Und zwar der gesetzliche Auftrag ist ja schon mehrfach genannt worden. Es geht um eine Stärkung der Psychotherapeuten, der ärztlichen und nichtärztlichen Psychotherapeuten. Es geht aber vor allen Dingen auch natürlich um eine Stärkung der Methode Psychotherapie für die Patienten. Den hinterlegt ja auch der Vorschlag der erhöhten Minutenwerte der Bundesärztekammer. Nun kann man natürlich das aus verschiedenen Perspektiven betrachten.

Was mir aus meiner Sicht ein bisschen kurz kommt, und da würde ich gerne nach Anregungen bei den Gesellschaften fragen: Es wird ja immer zurecht gesagt, es ist schwierig – das ist auch hier schon erwähnt worden –, die entsprechenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu gewinnen. Was kann der G-BA tun? Was kann in einer Richtlinie geregelt werden, um die Tätigkeit insbesondere im Bereich der ärztlichen Psychotherapie wieder so attraktiv zu machen, dass wir die Leute auch bekommen? Ich glaube, wir müssen das noch ein Stück stärker inhaltlich diskutieren als bisher. Was können wir tun, DGPPN und DGPM?

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Gut. – Genau in der Reihenfolge, bitte.

Herr Prof. Dr. ... (DGPPN): Ich bin ja an sich um spontane Antworten selten verlegen. Aber, was der G-BA tun kann, damit wir besser Mitarbeiter rekrutieren können, das weiß ich tatsächlich nicht, weil ich das Dilemma, in dem der G-BA steckt und in dem alle Beteiligten stecken nämlich sehe, ohne eine Lösung zu wissen. Wir wissen, dass die Psychotherapie, die Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Psychosomatik personell, und zwar in unterschiedlichen Bereichen, wirklich unterbelichtet und mit zu wenig Personal versehen sind. Wir wissen auch mittlerweile ungefähr, wie viel Personal wir brauchen, auch wenn wir hier alle jeder aus seiner Perspektive im Detail unterschiedliche Vorstellungen haben. Aber wir wissen eben auch, dass da zwischen dem, was wir uns wünschen und dem, was auf dem Markt – wenn ich es einmal so despektierlich sagen darf – an Personal zur Verfügung steht, ziemlich groß ist.

Wenn wir das langfristig ändern wollen, dann werden wir, glaube ich, erstens eine hohe Flexibilisierung erreichen müssen. Dann werden wir zweitens erreichen müssen, dass die Kliniken anders als das, was die jetzige PPP-RL erlaubt, nicht in strikte Stations- und Settingbeziehungen einbetoniert sind, sondern die Möglichkeit haben, wie das beispielsweise bei den Modellprojekten in Regionen ist, tatsächlich dem lokalen und patientenbezogenen Bedarf entsprechend neue Konzepte auch zu etablieren, ohne sich an fürchterlich komplizierten stationsbezogenen Nachweisen zu orientieren. Also wir werden viel mehr Flexibilität den Kliniken und den Handelnden im System zugestehen müssen, als dass die Grundidee der PPP-RL eigentlich kann. Ich weiß nicht, ob das ein bisschen wenigstens eine Richtung aufzeigt?

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Ja. Flexibilität ist das Stichwort, wenn ich das richtig sehe, weil ansonsten für die Personalbeschaffung der G-BA kaum etwas machen kann. – Von der DGPM war noch Herr Professor ... angesprochen.

Herr Prof. Dr. ... (DGPM): Ja. Vielen Dank für die Frage. – Ich sehe schon auch jetzt auf den zweiten Blick einen wesentlichen Punkt: Das ist die Weiterbildung. Also die Weiterbildung in

den P-Fächern ist extrem aufwendig, insbesondere, weil die gesamte Selbsterfahrung und auch die Psychotherapieausbildung häufig außerhalb der Kliniken stattfindet und häufig eben auch finanzielle Eigenleistungen der Weiterzubildenden erfordern. An dieser Stelle, finde ich, wäre eine Möglichkeit für die Politik, dort Maßnahmen und Anreize zu schaffen, sodass sich auch wieder mehr für diesen Bereich interessieren.

Es ist ja nicht so, dass wir in den größeren Städten ein Problem hätten. Das betrifft tatsächlich die ländlichen Regionen. Auch da müsste man gegebenenfalls schauen, in wie weit man noch einmal Anreize und Unterstützung schaffen kann, um junge Kolleginnen und Kollegen zu bewegen, in diese Bereiche zu gehen. – Vielen Dank!

Herr Prof. Dr. ... (DKPM): Für die ärztliche Psychotherapie ist es ja so, dass wir seit Jahren, seit Jahrzehnten darum kämpfen, dass auch die Weiterbildungsfälle für Psychotherapie über die Krankenkassen abgerechnet werden dürfen, was bei den psychologischen Psychotherapeuten möglich ist, aber bei uns in den Klinikambulanzen nicht.

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: – Herr ... von der DGPM, bitte.

Herr Dr. ... (DGPM): Ich würde es gerne noch erweitern auch in den Aufgabenbereich des G-BA. Da geht es ja um die Entwicklung auch geeigneter Minutenwerte. Hier sollten die Minutenwerte für die Ärzte eben so bemessen sein, dass sie auch die Möglichkeit haben, im klinischen Alltag Psychotherapie im ausreichenden Umfang zu erbringen. Je nachdem wie die Stationen in der Vergangenheit gestaltet waren, war es manchmal so, dass Ärzte überwiegend die medizinische Versorgung auch übernehmen mussten und dann die Zeit für die Psychotherapie relativ eng wurde.

Gerade in der Psychosomatik, wo die somatomedizinische wie auch die psychotherapeutische Versorgung eine große Rolle spielen, sehe ich eigentlich auch in der Gestaltung der Minutenwerte es als wichtig an, dass etwa zwei Drittel der psychotherapeutischen ärztlichen und psychotherapeutischen Minutenwerte im Bereich der Ärzte und ein Drittel im Bereich der psychologischen Psychotherapeuten wiedergefunden werden sollten. Also die Stärkung der ärztlichen Minutenwerte finde ich an der Stelle einen wichtigen Punkt, um ärztliche Psychotherapie auch in Zukunft zu ermöglichen.

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Gut. Das sehen sicher manche anders, aber das ist ein klarer Standpunkt. – Ich glaube, Herr Professor ... (BÄK), das war jetzt ausreichend beantwortet. Ich würde jetzt ganz gerne auch die Patientenvertretung zu Wort kommen lassen.

BÄK: Ich fand das schon wichtig, auch wenn das ein bisschen skeptisch gesehen wurde. Ich glaube, darüber müssen wir reden. Ich bin schon durch. – Danke!

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Okay, danke. – Dann hätte ich auf der Rednerliste Herr ... von der Patientenvertretung.

Patientenvertretung: Vielen Dank für die guten Stellungnahmen. – Ich habe insgesamt drei Fragen, zwei Komplexe. Eine Frage richtet sich an ver.di: Und zwar hat sich ver.di für umfassende Veröffentlichungspflichten der Krankenhäuser ausgesprochen. Warum ist das insbesondere für Patienten und potenzielle Patienten wichtig?

Dann habe ich noch zwei Fragen an den Dachverband Gemeindepsychiatrie: Sie sprechen sich dafür aus, dass die systematische Einbeziehung des vor- und nachsorgenden Umfelds in die Liste der Behandlungsmittel aufzunehmen und bei den Minutenwerten zu berücksichtigen ist. Reicht hierfür nicht das bis jetzt vorgesehene Aufnahme- und Entlassungsmanagement? Besteht da auch ein Zusammenhang mit der neuen Richtlinie ad-hoc 92-6b? – Das wäre die eine Frage.

Zweitens: Sie sprechen sich dafür aus, die hundertprozentige Mindestvorgabe zumindest zu erfüllen. Allerdings sprechen Sie sich für eine gewisse Sanktionsfreiheit in kleineren Einheiten aus. Für Patienten ist es aber grundsätzlich egal, ob sie in einem kleinen oder größeren Krankenhaus behandelt werden. Sie erwarten dort die gleiche Qualität. Könnten Sie das vielleicht kurz erläutern? – Danke!

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Okay. – Die erste Frage ging an Frau (ver.di) Sie ist heute stark gefragt.

Frau ... (ver.di): Vielen Dank für die Frage, Herr ... (Patientenvertretung). – Zu den Veröffentlichungspflichten: Wir setzen uns für eine möglichst hohe Transparenz in Bezug auf die öffentlichen Berichtspflichten ein. Es geht um die psychiatrische Versorgungsqualität. Und die Transparenz – wie Sie richtig sagen – ist für Patientinnen und Patienten wichtig. Sie ist aber auch für Angehörige bei der Entscheidung wichtig: Wo finde ich eine gute psychiatrische Versorgung? Wie ist die Personalausstattung in dem Behandlungsbereich? – Und deshalb sollte sie im öffentlichen Bericht möglichst differenziert sein.

Die Transparenz ist aber auch wichtig für die Leistungserbringer und die Kostenträger. Schließlich muss es darum gehen, auch die richtigen Anreize für einen Wettbewerb um hohe Qualität in der Versorgungsregion zu setzen, auch zwischen den unterschiedlichen Trägern.

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Danke! – Die zweite Frage ging an Herrn ... von der Gemeindepsychiatrie.

Herr ... (DVGP): Ja, es waren zwei Fragen. Zum einen: Reicht nicht das Entlassungsmanagement als gesetzliche Vorschrift für die Einbeziehung ambulanter Leistungserbringer?

Unser Eindruck ist in der Praxis, dass es in gar keiner Weise reicht. Es setzt sich nicht von selber um, Krankenhäusern eine Pflicht aufzuerlegen. Die wird dann mehr oder weniger bürokratisch abgearbeitet. Wir möchten und halten es für zielführend gerade für Menschen mit fortlaufenden ambulanten Leistungen, die sie ohnehin schon bekommen, dass die ambulanten Leistungserbringer ins Blickfeld der Krankenhäuser als aktive Kooperationspartner gerückt und in geeigneter Weise einbezogen werden.

Die Leistungsbeschreibungen der Ärzte und der anderen Berufsgruppen enden immer in der Einbeziehung der Familien. Ambulant behandelnde Ärzte oder Psychotherapeuten oder leistungserbringende Eingliederungshilfe sind auch Beteiligte, die nicht erst die Patienten am Eingang abgeben und am Ausgang wieder in Empfang nehmen. Das muss sich in den Leistungsbeschreibungen, in den Minutenwerten niederschlagen.

Die zweite Frage betrifft die Bejahung von Mindestvorgaben, aber das Plädoyer dafür, dies für kleinere Einheiten zu flexibilisieren. Grundsätzlich stimme ich Herrn ... (Patientenvertretung) weiterhin zu, dass auch kleine Einheiten volle Behandlungsqualität gewährleisten müssen. Man muss aber aufpassen, denn: Wenn man die Nachweispflichten zu kleinteilig gestaltet, kommen dabei einige Absurditäten heraus. Beispielsweise, wenn am einen Tag ein Arzt nur vormittags kann, muss nachmittags noch jemand abgeordnet werden, der den Patienten gar nicht kennt. Solche Praxisbeispiele werden uns geschildert.

Das muss man im Einzelnen noch einmal durchdiskutieren, wie das ginge. Aber uns erreichen gehäuft Meldungen von Mitgliedsorganisationen, die beispielsweise eine örtliche Tagesklinik betreiben und sagen: Wir machen absurde Klimmzüge, um kleinteilige Nachweispflichten zu erfüllen. – Danke!

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank! Wir haben übrigens einen munteren Chat. Das wird auch alles notiert. Nur damit Sie das wissen. Das geht also nicht unter, so wie ich das sehe.

Frau ... (G-BA-Geschäftsstelle): Nein, da muss ich Sie korrigieren. Entschuldigen Sie bitte. Der Chat ist nur für den internen Austausch für Sie jetzt hier parallel zur Sitzung vielleicht sinnvoll. Wir werden das nicht dokumentieren, ganz ausdrücklich nicht. Es handelt sich um eine Anhörung. Das Wort sagt es schon. Entschuldigung, dass ich jetzt hier ein bisschen deutlich bin.

In Bezug auf die Protokollierung ist es nicht möglich, den Chat mit zu integrieren. Wir hätten dann ja eine Parallelprotokollierung. Insofern nutzen Sie das gerne, wenn Sie sich intern austauschen wollen. Es findet jedoch keinen Eingang in die Anhörung.

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Okay. Das ist jetzt etwas Neues für mich, aber leuchtet ein. Danke!

Rednerliste: Jetzt habe ich zweimal die DKG, nämlich Frau und Frau ... Ich würde bitten, jetzt nur einmal die DKG sprechen zu lassen, damit die anderen auch wieder drankommen. Ich weiß nicht, wer von Ihnen gerne für die DKG sprechen möchte. – Frau ..., bitte.

DKG: Ich würde jetzt einfach starten. Ursprünglich waren andere RednerInnen dazwischen. Deswegen haben wir uns noch einmal auf die Rednerliste gesetzt. Aber ich denke, das bekommen wir ganz gut hin.

Wir sind in die grundsätzliche Diskussion und Debatte noch einmal eingestiegen. Wir wollten noch einmal auf den einen Punkt der Anrechnung zurückkommen. – Herr ... hatte eingangs auf den Webfehler der PPP-RL hingewiesen, dass als Grundlage ja die Psych-PV genutzt wurde, die ja für eine Personalbemessung für ein gesamtes Jahr und ganze Einrichtungen vorgesehen war, die jetzt aber auf einer viel niedrigeren Bezugsebene eingehalten werden müssen. Aus unserer Sicht ist es genau wegen dieser Systematik jetzt auch erforderlich, hier eine höhere Flexibilität vorzusehen. Das ist auch der Punkt, warum wir hier sehen, dass in Bezug auf die Anrechnung der Psychologen hier eine Erweiterung erfolgen sollte.

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: War das jetzt eine Frage?

DKG: Nein, das war nur meine eingehende Ausführung. Entschuldigung! – Ich würde die DGPM und die DKPM noch einmal bitten auszuführen, warum sie die Anrechnung der Psychologen hier vorzusehen, für erforderlich halten, und warum das gerade vor einer grundständigen Überarbeitung der PPP-RL erforderlich ist?

Wir sind ja jetzt in eine Diskussion der Minutenwerte gerutscht. Die zweite Frage schließt sich da jetzt auch an. Im Stellungnahmeverfahren haben Sie gesehen, dass vorgesehen wird, diese letzte Stufe der Erhöhung, um auf die einhundert Prozent zu kommen, jetzt doch ein Jahr eher auf 95 Prozent angehoben werden soll. Da wäre unsere Frage – auch bitte an die DGPPN und in Ergänzung auch an die BDK –, wie Sie das einschätzen, wie das umzusetzen sein soll, ob das adäquat, ob das angemessen ist? – Vielen Dank!

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Die erste Frage ging an die DGPM, wenn ich das richtig sehe, und an die DKPM. – Wer möchte?

Herr Dr. ... (DGPM): Für die DGPM könnte ich beispielsweise kurz antworten. – Es geht darum, dass aktuell gravierende Unterschiede existieren in der Personalzusammensetzung in den Kliniken in Abhängigkeit vom Einrichtungstyp, vom Versorgungsauftrag und -konzept und von den Spezialisierungen.

Diese für die Versorgung der Bevölkerung unverzichtbaren Strukturen unterscheiden sich beispielsweise – wie es auch schon von anderen erwähnt wurde – durch den körpermedizinischen Versorgungsaufwand, aber auch durch die Konzepte psychosomatischer psychotherapeutischer Komplexbehandlung.

Gerade hier ist eine gegenseitige Anrechenbarkeit der Berufsgruppen vorübergehend – nicht auf Dauer – sinnvoll und notwendig, um gut funktionierende Klinikstrukturen nicht vorschnell zu zerschlagen. Da hier hochqualifizierte Mitarbeiter – Psychologen, psychologische Psychotherapeuten – auf andere Berufsgruppen angerechnet werden, ergeben sich aus unserer Sicht keine Nachteile für die Qualität der Patientenversorgung.

Sobald eine datenbasierte Ausdifferenzierung, wie sie die EPIK-Studie ja vornimmt, in der Behandlungsbereiche sowie eine Festlegung der Personalmindestvorgaben dann vorgenommen wurde, kann auf diese flexiblere Anrechenbarkeit auch wieder verzichtet werden. Im gleichen Zusammenhang spielt eben auch die Zusammenfassung der Berufsgruppen D bis F, auf die ich vorhin ganz kurz in den dreißig Sekunden noch eingegangen bin, auch eine wichtige Rolle, weil auch hier die unterschiedlichen medizinischen Notwendigkeiten zum Personaleinsatz Rechnung getragen werden soll und nicht eine starre am medizinischen Bedarf vorbeigehende Personalplanung praktiziert werden soll.

Herr Prof. Dr. ... (DKPM): Dem schließt sich das DKPM an. Es geht also nicht gegen irgendetwas, also gegen eine Berufsgruppe. Sondern es geht darum, dass es eine sachgerechte Personalausstattung gibt.

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Danke! Der zweite Komplex betraf die 95 Prozent-Kategorie. – Ich glaube, jetzt kommt die DGPPN?

DKG: Genau, Herr ... und Herr ... von der BDK.

Herr Prof. Dr. ... (DGPPN): Wenn ich es recht verstanden habe, geht die Frage dahin, wie realistisch und machbar es in dem entsprechenden Zeitplan ist.

(DKG: Genau!)

Diese Frage ist im Moment deshalb extrem schwer zu beantworten, weil wir uns ja aufgrund der unvorhersehbaren Ereignisse der Pandemie in einem Raum befinden, der mit der Richtlinie gar nichts zu tun hat. Wir tun ja immer noch ganz andere Dinge mit dem Personal, das wir haben. Wir haben ganz andere Patienten. Wir haben eine erhebliche Verschiebung – dazu gibt es zwar noch keine bundesweiten, aber doch Zahlen in der Region Baden-Württemberg – von den weniger zu den sehr stark erkrankten, also zu den schwerkranken Patienten. Wir haben Aufgaben, an die bei diesen Regelaufgaben überhaupt noch niemand gedacht hat, wenn wir beispielsweise – Herr ... hat es vorher erwähnt – mal wieder eine COVID-Station eröffnen müssen. Das heißt, wir haben im Moment überhaupt gar keine vernünftige Vorhersagemöglichkeiten, wie die Psychiatrien nach Abebben der Pandemie tatsächlich aussehen wird, weder, was die Patientenstruktur angeht, noch, was die Behandlungskapazitäten angeht. Die werden nämlich kleiner sein. Kliniken, die stark überbelegt waren, werden das nicht mehr weiter machen können.

Ich würde mich aus dem Fenster lehnen, wenn ich da eine sichere Aussage wagen würde. Aber ich glaube, dass es ausgesprochen sportlich ist, diesen Zeitplan der weiteren Erhöhung der Untergrenze tatsächlich realistisch umzusetzen.

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Okay, das ist eine klare Ansage.

Herr Prof. Dr. ... (DGPPN): Herr ... war noch angesprochen.

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Ja.

Herr Dr. ... (BDK): Ich kann das nur bestätigen. – Wir haben in den Kliniken zum Teil auch Verschiebungen von Pflegepersonal auf COVID-Stationen, die dann aus der Psychiatrie abgezogen werden, je nachdem, wie die Pandemie gerade ist. Das heißt, es ist wirklich ausgesprochen schwierig.

Insbesondere den Nachwuchs in der Pflege sehe ich in der näheren Zukunft nicht in dem Maße, dass wir wirklich einen Aufbau erzielen können. Ich glaube, dass es ganz, ganz wichtig ist, dass man schnellstmöglich auch an eine Aufweichung dieser starren Grenzen zwischen stationärer und ambulanter Medizin noch einmal erheblich heran muss. – Das wäre mein Statement.

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Das ist allerdings dann ein großes Fass. Vielen Dank! – Jetzt würde ich einmal wieder zur Kassenseite springen. Frau Dr. ... (GKV-SV).

GKV-SV: Vielen Dank! – Zunächst gestatten Sie mir eine persönliche Bemerkung. – Ich meine, wir haben viel über Flexibilität geredet. Aber Flexibilität hört natürlich dort auf, wo die Patientensicherheit und die Qualität der Versorgung gefährdet ist. Man muss natürlich sagen, dass wir über einrichtungs- und quartalsbezogene Mindestvorgaben sprechen. In Berlin wird zurzeit gerade für schichtgenaue Personalausstattung gestreikt. Ich glaube, Sie sind mit dieser Flexibilität eigentlich bisher noch ganz gut beraten.

Noch einmal zu den Fragen, die von den Anhörenden an den G-BA gestellt worden sind. Die Ergotherapeuten, Musiktherapeuten und die künstlerischen Therapeuten haben zurecht gefragt, wann sie denn endlich dran sind. Ich glaube, zumindest GKV-seitig, aber auch alle anderen wissen, dass es sehr spät ist, dass wir Sie bisher nicht angehört haben. Wir hoffen GKV-seitig sehr, dass wir das im letzten Quartal im Herbst oder im ersten Quartal des nächsten Jahres nachziehen können, sodass wir dann noch einmal persönlich mit Ihnen sprechen können.

Zur DGKJP, die angeboten hat, dass sie die Regelaufgaben doch gerne überarbeiten würden wollen: Machen Sie das gerne! Wir warten eigentlich schon seit einem Jahr darauf. Scheinbar hat die Kommunikation dann nicht so gut geklappt. Ich bin überzeugt, dass Sie das besser machen als wir. Aber wir haben wirklich auf die Regelaufgaben, auch auf die Stationstypisierung gewartet. Wir werden das sicherlich ganz wohlwollend prüfen, was Sie uns dann schicken werden.

Ganz zum Anfang hatte ich zwei Fragen gestellt, auch noch einmal an die DGKJP und an die Ergotherapeuten, wie sie zu § 8 Absatz 3 stehen: Anrechnung der Psychotherapeuten auf die Berufsgruppen der Pflegenden und der Spezialtherapeuten. Ich würde Sie noch einmal fragen wollen, ob Sie kurz darauf antworten können?

Dann wollte ich noch einmal eine Frage an die DGPM stellen: Sie verweisen ja immer auf die EPIK-Studie. Aber da haben wir vielleicht in drei, vier Jahren Ergebnisse; eine Umsetzung in fünf bis sechs Jahren. Solange können wir mit den Anpassungen an der Richtlinie wirklich nicht warten. Sie selbst haben einen Vorschlag in die OPS-Veränderungen oder Anpassungen eingebracht, in dem Sie eine solche intensiviertere psychotherapeutische Komplexbehandlung, wie wir sie auch vorschlagen, in den Behandlungsbereichen selbst vorschlagen. Wir haben uns mit unserem Vorschlag quasi auf Sie bezogen.

Sie selbst haben in der Begründung geschrieben, dass 30 Prozent der Patienten, soweit ich das erinnere, in der Psychosomatik diese Therapie bereits erhalten. Dann verstehe ich nicht, wieso Sie jetzt hier sagen, dass das ein Vorschlag ist, der so überhaupt nicht in der Realität empirisch nachgewiesen werden kann. Dazu würde ich noch einmal um Aufklärung bitten.

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Das sind jetzt zwei Komplexe. Der erste Komplex betraf Ergotherapeuten, soweit ich das noch in Erinnerung habe.

(GKV-SV: Ja, Ergotherapeuten und DGKJP.)

Okay. – Wer will?

Frau Prof. Dr. ... (DGKJP): Ich bin für die DGKJP hier. Danke für die Frage. Ich bin vorhin nicht mehr rangekommen, als Sie es zum ersten Mal gefragt haben. – Danke auch, dass Sie die

Berufsgruppen der Logopäden jetzt in die Fachtherapeuten integriert haben. Das haben wir in unserer Stellungnahme positiv konnotiert.

Wir halten es nicht für erforderlich und sogar für schädlich für die etablierten Abläufe in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die psychologischen Kräfte auf die anderen Berufsgruppen anrechenbar zu machen.

Wir haben eine andere Situation als die Psychosomatik. Das ist auch seitens der Kollegen der Psychosomatik betont worden. Wir haben für die einzelnen Berufsgruppen in unserem Fach relativ klar umschriebene Aufgabengebiete.

Wir halten es für sinnvoll, die Austauschbarkeit der Berufsgruppen, so wie sie jetzt ist, zu lassen, auch mit dem starken Argument, dass das in der OPS-Systematik auch schon so geregelt ist. Wir würden die internen Klinikabläufe in unserem Fachgebiet sehr durcheinanderbringen, würden wir das jetzt ändern. – Ich hoffe, das reicht Ihnen.

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Okay. – Wollen die Ergotherapeuten speziell noch etwas sagen?

Frau ... (DVE): Ganz kurz: Das hat in weiten Teilen auch Frau ... schon gesagt – *[Tonstörung]* –

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Es kommt gerade nur die Hälfte an, Frau Sie müssten entweder näher ans Mikrofon oder weiter weg.

Frau ... (DVE): Ist die Tonqualität ohne Bild etwas besser?

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Ja!

Frau ... (DVE): Danke! – Letztendlich hat es Frau ... (DFPP) vorhin schon für die Pflege sehr gut beschrieben, was auch die Ergotherapie betrifft. Natürlich gibt es bestimmte Bereiche – *[Tonstörung]* –, es gibt auch im therapeutischen Bereich Ergotherapeuten. Es macht aber wenig Sinn, schon gar nicht eine einseitige, aber eine Ausweitung an dieser Stelle, wo es schon – *[Tonstörung]* – eine sachgerechte Abgrenzung beziehungsweise Flexibilität herzustellen. Von daher sind wir gegen eine einseitige – *[Tonstörung]* – und auch eine beidseitige halten wir an dieser Stelle für äußerst schwierig, weil nicht sachgerecht.

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Okay. – Der zweite Teil der Frage von Frau ... (GKV-SV) ging an die DGPM.

Herr Prof. Dr. ... (DGPM): Ja, vielen Dank Frau ... (GKV-SV), dass Sie noch einmal nachgefragt haben. – Der DGPM ist es wichtig klarzustellen: Wir begrüßen es natürlich, dass der Vorschlag einer weiteren Ausdifferenzierung und Definition weiterer Behandlungsbereiche vom GKV-SV vorgeschlagen worden ist. Das brauchen wir auch dringend aufgrund der unterschiedlichen Versorgungskonstellationen, die wir in der Psychosomatik haben. Jedoch ist es so, dass wir große Bedenken haben, wenn direkt auch Personalmindestvorgaben dann für diese neuen Behandlungsbereiche gemacht werden.

Wir haben die Situation, dass wir jetzt eine Definition von P1 bis P4 haben. Das sind Behandlungsbereiche, die in der Versorgungspraxis noch nicht überprüft worden sind. Und wir bauen auf P1 bis P4 jetzt P5, P6 auf, ohne überhaupt zu wissen, ob P1 und P4 in der Versorgungspraxis wirklich Sinn machen. Das bringt mich noch einmal auf mein Eingangsstatement zurück, dass es einfach wichtig ist, dass wir eine gewisse Datenbasis brauchen. Diese Datenbasis, die ja damals für die Psych-PV auch viele Jahre gedauert hat, um überhaupt dann in der Versorgung berücksichtigt zu werden.

Wir hatten aus verschiedenen Gründen, weil die vom G-BA angesetzte Studie eben dann auch nicht das Tageslicht gesehen hat, also nicht zur Geburt gekommen ist, das Problem, dass wir

uns im Moment einfach so ein bisschen, ohne eine wirklich gute Datenbasis zu haben, bewegen. Vor dem Hintergrund wären wir sehr zurückhaltend. Wir erhalten jetzt schon von Kolleginnen und Kollegen Anrufe, die einfach sehr leidvolle Erfahrungen gemacht haben, weil diese Personalmindestvorgaben, die in der Versorgungspraxis bisher nicht überprüft sind, von den Geschäftsleitungen direkt auch umgesetzt werden.

Das führt wirklich dazu, dass dann funktionierende Therapieprogramme auch erheblich gestört werden. Vor dem Hintergrund ist es uns ein großes Anliegen, dass vermieden wird, jetzt vorschnell noch einmal weitere Personalmindestvorgaben in die PPP-RL aufzunehmen.

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Okay. Das war eine klare Aussage, Herr Professor – Ich würde jetzt die Rednerliste schließen in dem Zustand, wie sie jetzt ist. Ich hätte jetzt noch Frau ... von der DKG und Herrn ... von der Patientenvertretung auf der Liste. Ich würde aber zuerst einmal Frau ... (DKG), weil es irgendwie zu Frau ... (GKV-SV) als Gegenpol passt. Und die Patientenvertretung soll hier ruhig einmal das letzte Wort bekommen. Das wäre eigentlich meine Bitte. – Also Frau ... (DKG). Und dann machen wir Schluss.

DKG: Vielen Dank! – Ich habe noch zwei Fragen. Die eine Frage richtet sich an die DFPP und betrifft die Position der DFPP: Sie haben sich in Ihrer Stellungnahme konkret im § 2 Absatz 1 der PPP-RL dafür ausgesprochen, dass der Begriff „jederzeit“ also die Anforderung, dass Krankenhäuser jederzeit das für eine leitliniengerechte Behandlung erforderliche Personal vorzuhalten hat. Sie sagen, dieses „jederzeit“ soll in der Richtlinie bleiben. Wiederum der Vorschlag, dass man zusätzlich aufnimmt, dass es sich um evidenzbasierte Behandlung handelt, dieses „evidenzbasiert“ soll nicht aufgenommen werden. Hier würden wir gerne einmal nachfragen, warum die Krankenhäuser weiterhin auch verpflichtet sein sollen, jederzeit das für die leitliniengerechte Behandlung erforderliche Personal vorzuhalten. Und was wären aus Ihrer Sicht die Folgen, wenn man zusätzlich die Anforderung der Evidenz noch aufnimmt, dass eben auch noch eine Evidenz vorliegen muss für dieses erforderliche Personal? Das wäre einmal meine Frage an die DFPP.

Dann hätte ich noch eine Frage an Herrn Professor ... von APK: Es wurde jetzt bereits auch viel über die allgemeine Situation in den Kliniken gesagt. Was wir jetzt noch nicht gehört haben und wo wir uns noch einmal gerne eine Darstellung erbitten würden, wie die Situation derzeit sich konkret in der Umsetzung auch mit den Nachweisverfahren der PPP-RL gestaltet, wie diesbezüglich derzeit die Situation wirklich in den Kliniken, im Klinikalltag ist.

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Danke! Die erste Frage ging an Frau ... (DFPP), wenn ich das richtig sehe.

Frau ... (DFPP): Ich glaube, die Antwort geht schnell. – Evidenz und leitliniengerecht finden wir eine Doppelung. Leitlinien sind akkreditierte Evidenz. Und das impliziert das andere. Das halte ich für ein semantisches Detail, da sind wir letztendlich ambitionsfrei. Das „jederzeit“ sollte die Verbindlichkeit unterstreichen

Herr Prof. Dr. ... (DFPP): Wenn man das noch kurz ergänzen darf aus DFPP-Sicht: Das Problem, das wir hier haben, ist, wenn Sie sagen „evidenzbasierte Personalausstattung“, dann muss man halt sagen – ich habe mich in den letzten Jahren lang und breit mit dieser Frage auseinandergesetzt –, dass es weltweit keine evidenzbasierte Personalausstattung gibt. Das finden Sie nicht; das gibt es nicht. Sondern das ist am Ende immer ein Expertenkonsens, was benötigt wird, um gute Behandlung voranzutreiben. Das begründet es vielleicht auch noch ein wenig. Wie Frau ... (DFPP) schon sagte, wenn es um Fachlichkeit geht, dann ist es halt semantisch irgendwie eine Doppelung.

Wenn wir die Evidenz vor die Leitlinie schieben, dann finde ich das jetzt bei der Psychotherapie relativ spannend. Denn dann müssten wir sofort viele Pflegenden in die Psychotherapieausbildung schicken, weil – wie gesagt – wir da international eher outstanding sind, dass das bei uns

nicht möglich ist oder genauso wie bei den Sozialarbeitern. Wir könnten uns auch auf Evidenz irgendwie beziehen und lassen die Leitlinien dann weg. Aber dann haben wir ganz andere Diskussionen.

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Danke für den Hinweis. – Der zweite Teil ging an Herrn Professor ... von der APK.

Herr Prof. ... (APK): Vielen Dank, Herr Schlenker. Vielen Dank, Frau ... (DKG) für die Frage. Ich beantworte sie sehr gern. – Denn die Situation ist doch sehr viel aufwendiger, als es vorhin angeklungen ist.

Wir haben einmal ganz praktische Probleme: Beispielsweise die tatsächlichen Präsenzen auf den Stationen und die entsprechenden Nachweise zusammenzubringen, ist EDV-mäßig sehr viel komplizierter, als das im ersten Moment sich andeutet. Das ist unglaublich, was da herauskommt. Auch wir haben das Problem, was Herr ... (Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.) dargestellt hat, obwohl ich jetzt ein sehr großes Krankenhaus leite. Aber wir orientieren uns am Standortverzeichnis. Und dieses Standortverzeichnis führt auch dazu, dass wir teilweise ganz kleine Einheiten mit zwölf Plätzen Tagesklinik haben. Da muss nur eine Ergotherapeutin drei Tage krank sein, dann rutschen wir plötzlich unter die 85 Prozent für den Nachweis. Also das ist unglaublich hier in der Personalsteuerung auch mit den Betriebsräten, entsprechend die Umsetzungen dann umzusetzen. Das sind extrem dicke Bretter, die wir da gerade bohren müssen.

Und was uns doch irgendwie verwirrt hat, ist, dass jetzt gleichzeitig die MDK-Strukturprüfungen scharfgeschaltet werden, die uns natürlich von einer anderen Seite plötzlich in die Quere kommen. Da sind teilweise Prinzipien hinterlegt, die der PPP-RL widersprechen. Beispielsweise kommt dort das Wort „Psychotherapeut“ gar nicht vor. Es ist überhaupt nicht möglich, dort irgendeine Einheit psychotherapeutisch leiten zu lassen, weil es in den MDK-Strukturprüfungen, in den entsprechenden Texten der OPS nicht vorgesehen ist. Damit wird es natürlich schwierig.

Was wir gesehen haben: Wir sehen dann so Kurven, wo wir plötzlich bei 120 Prozent sind und dann wieder bei 75 Prozent. Das orientiert sich komplett an der Corona-Belegung, so wie es Herr ... vorhin dargestellt hat: Erstes, zweites Quartal 2021 habe ich überhaupt kein Problem, da bin ich immer darüber, weil die Belegung relativ schlecht war. Jetzt im dritten Quartal sehen wir plötzlich, dass die Belegung steigt, das Personal steigt nicht gleichmäßig. Und dann kommen wir in manchen Berufsgruppen plötzlich darunter. Das ist im Moment so volatil, das ist nicht wirklich gut steuerbar. Ich glaube auch nicht, dass da irgendetwas sehr Brauchbares im Moment herauskommen kann. Wir müssen dann Meldungen ans Ministerium geben. – Herr ... [Anm.: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege] ist auch da –, ich weiß gar nicht, was das Ministerium mit den Meldungen weiter macht. Also das ist im Moment eher eine Achterbahnfahrt, die wir da erleben.

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Danke! – Als letzten Redner Herr ... von der Patientenvertretung.

Patientenvertretung: Danke schön, Herr Schlenker, mit Gruß aus dem Heidelberger Süden an den Heidelberger Norden. – Heute war ja sehr viel die Rede von der Schwierigkeit, vernünftige Daten zu haben, auf die wir in der Richtlinie aufbauen können. Dafür auch noch einmal Dank für die Thematisierung. Von daher sind wir natürlich vielfach darauf angewiesen, was für Nachweise wir auch aus der Praxis haben. Ich würde wirklich auch alle ermuntern, uns diese Nachweise zu geben. Also wir sind auch bei der Weiterarbeit an der Richtlinie darauf angewiesen.

Ich würde noch einmal ganz gerne zwei kleinere Punkte ansprechen, die aber auch ganz wichtig sind für die Weiterarbeit und die Nachweise, die Sie uns geben können. – Zuerst die Frage

an den Dachverband Gemeindepsychiatrie: Sie haben sich ja dafür ausgesprochen, dass ab 2024 die Vorgabe für Genesungsbegleitungen der Erwachsenenpsychiatrie Pflicht werden soll. Dazu würde ich gerne von Ihnen noch einmal etwas hören, was dafür getan werden muss, um diese Forderung zu realisieren.

Ich habe noch eine Frage an die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di zum Thema Nachtdienste, das auch 2022 jetzt mit in die Änderung mit reingenommen werden soll. Da würde ich noch einmal nachfragen, warum es so dringlich erforderlich ist, auch eine Nachtdienstbesetzung mit festzuschreiben und uns da die Nachweise derzeit auch für die Nachtdienste bereits zu geben. Die sind ja nicht sanktionsbewehrt. Aber wir sind darauf angewiesen, dass wir die Daten dazu haben. – Danke schön!

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Das waren zwei konkrete Fragen. – Herr ... von der Gemeindepsychiatrie, bitte.

Herr ... (DVGP): Vielen Dank, Herr ... (Patientenvertretung), dass Sie dieses Thema noch anbringen, denn die Berufsgruppe der Genesungsbegleiter liegt uns am Herzen. Wir haben ja in Deutschland im Gegensatz zu anderen Ländern – beispielsweise den Niederlanden – einen erheblichen Rückstand darin, Genesungsbegleitung als eine vollwertige Behandlungsleistung anzuerkennen und das dann auch schrittweise institutionell und finanziell umzusetzen.

Was müsste jetzt getan werden? Zum einen muss ich gestehen, wir haben keine Erhebung gemacht, wie viele Genesungsbegleiter es in Deutschland inzwischen gibt, insbesondere solche, die eine Weiterbildung im Ex-In-Schema durchlaufen haben. Wir sind aber ziemlich zuversichtlich, dass wir sehr bald in der Situation sein werden, genug Genesungsbegleiter in ungefähr den allermeisten Regionen Deutschlands zur Verfügung zu haben, wie immer in Städten mehr als in ländlichen Regionen.

Also die Krankenhäuser – wir reden ja heute über die Personalbemessung in den Krankenhauseinrichtungen –, die noch keine Erfahrungen mit Genesungsbegleitung gemacht haben, sollten dies nachholen. Es wird Zeit! Damit dann Genesungsbegleitung tatsächlich auch eine Pflichtleistung wird, im Krankenhausbereich ebenso wie im gemeindepsychiatrischen Bereich, muss sie institutionell besser abgesichert werden. Das heißt, sie muss nicht nur als mögliche Leistung anerkannt werden, sondern sie muss mit Minutenwerten hinterlegt werden, und sie muss – durchaus auch im Sinne von Mindestvorgaben – eine Pflicht werden. Ob das, was wir so aus dem Ärmel vorgeschlagen haben, mit den zwei VK pro Einrichtung zielführend ist, das muss man dann im Einzelnen sehen.

Das zweite, was getan werden müsste: Die Qualifikation Genesungsbegleitung muss stärker als bisher auch gewürdigt werden. Soweit wir wissen, handelt es sich im Klinikbereich nur um Pflegehelfer, was die tarifliche Eingruppierung angeht oder um geringfügige Beschäftigung auf 450-Euro-Niveau. Das wird der tatsächlichen Bedeutung dieser Leistung für die Patienten nicht gerecht. Daran werden wir arbeiten müssen, um eine tarifliche Eingruppierung und auch eine Differenzierung vorzunehmen. Denn Genesungsbegleiter werden auf sehr unterschiedlichem Qualifizierungsniveau tätig. – Der Dachverband beteiligt sich gerade an einem solchen Vorhaben.

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Danke, Herr – Dann hat ver.di heute das letzte Wort.

Frau ... (ver.di): Vielen Dank! Sehr gerne übernehme ich die Antwort auf die letzte Frage. – Vielen Dank für die Frage, Herr ... (Patientenvertretung).

Ich möchte auch noch einmal bekräftigen – ich hatte es im Eingangsstatement schon einmal erwähnt –, dass es unbedingt erforderlich ist, eine Regelung für den Nachtdienst mit aufzunehmen und in der Revision einzuarbeiten. Ich möchte die Patientenvertretung in dem

Anliegen unterstützen, dass dafür auch die Nachweise jetzt aus den Krankenhäusern zu bringen sind, damit dann auch datenbasiert eine Regelung eingearbeitet werden kann.

Ich hatte heute auch einige Male auf das Versorgungsbarometer verwiesen. Ich möchte dazu noch ein Paar Erkenntnisse konkret zum Nachdienst einfließen lassen, Hier waren die Ergebnisse der Befragung tatsächlich erschreckend: Knapp 46 Prozent derjenigen, die Angaben zur Schichtbesetzung machen, berichten, dass eine Fachkraft allein, also auch ohne Hilfskraft, im Nachtdienst gearbeitet hat.

Auf Stationen mit mehr als 20 PatientInnen trifft das immerhin noch für knapp 39 Prozent zu. Und sogar auf Akutstationen berichten uns das Beschäftigte zu 22 Prozent. Also selbst auf den Akutstationen kommt Alleinarbeit vor.

Die Alleinarbeit ist in der Psychiatrie unter anderem deshalb hoch problematisch, weil es immer wieder zur Krisensituationen kommt, in denen PatientInnen mitunter auch aggressiv werden. Deshalb möchte ich heute noch einmal die Forderung von ver.di bekräftigen: „Keine Nacht allein!“

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Das war eine sehr konkrete Forderung. Vielen Dank, Frau ... (ver.di)!

Wir wären am Ende unserer Fragerunde, unserer Diskussionsrunde, die ich extrem konstruktiv und diszipliniert fand. Das war wohltuend. Ich danke allen nochmals für die schriftlichen Stellungnahmen, für die heutigen Kurzstatements und natürlich auch für die Redebeiträge. Mir bliebe dann eigentlich nur für alle heute Anwesenden, die jetzt angehört wurden, eine Verabschiedung vorzunehmen. – Jetzt sehe ich aber, bevor ich ganz Schluss mache, dass Frau ... (G-BA-Geschäftsstelle) starke Unruhe entfaltet.

Frau ... (G-BA-Geschäftsstelle): Ja, so könnte man das auch sagen. – Ich würde gerne noch kurz an Frau ... (G-BA-Geschäftsstelle) als zuständige Referentin weitergeben. Es gab noch zwei Punkte, die aus der AG übriggeblieben sind. Wir wollen uns da nur vergewissern, dass es da keinen Nachfragebedarf mehr gibt. Das geht hoffentlich ganz schnell. Wir fragen generisch.

Frau ... (G-BA-Geschäftsstelle): Im Prinzip haben Sie es schon vorweggenommen. – In den Unterausschussunterlagen finden Sie zwei Merkposten, die die AG eingebracht hatte und heute noch einmal zu zwei Punkten, zu zwei Stellungnahmen nachfragen wollte. Deswegen jetzt einfach die Frage, ob da noch etwas offen ist, dann würde ich Sie jetzt um entsprechende Wortmeldungen bitten. Ansonsten gehen wir davon aus, dass sich das erledigt hat. – Vielen Dank!

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Dazu kann ich jetzt nichts sagen. – Frau ... vom GKV-SV hat sich gemeldet und hat noch etwas zu sagen.

GKV-SV: Ich habe mein Video aus, die Verbindung ist schlecht. – Wir hatten eine Frage bezüglich der Arbeitstherapie in der KJP, ich glaube sechs [Anm.: Stunden] für die Jugendlichen. Da steht immer noch die Arbeitstherapie in den Regelaufgaben drin. Wir hielten das eigentlich für überflüssig und wollten da noch einmal bei der DGKJP nachfragen, ob das erforderlich ist.

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Ist dazu eine Spontanantwort möglich?

Frau Prof. Dr. ... (DGKJP): Das kann ich schnell beantworten.

Wir nehmen durchaus Arbeitstherapie für Jugendliche wahr. Das ist aber Teil der Ergotherapie, also als Oberbegriff. Wer das dann macht, ist unterschiedlich. In Institutionen, wo Kinder-Jugendpsychiatrie in einer großen Erwachsenenpsychiatrie ist, werden dann im Moment Stunden in der Arbeitstherapie des Erwachsenenbereiches eingekauft und müssen quer verrechnet werden. Das ist ein Beispiel, wie schwierig es ist, Stellenanteile zu erfassen. In anderen Institutionen, wo es keine Erwachsenenpsychiatrie-Angebote gibt, muss das die Ergotherapie

der Kinder- und Jugendpsychiatrie leisten. Deswegen dazu eine kleine Anmerkung in unserer Stellungnahme.

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Okay. Frau ... (GKV-SV), war das ausreichend? – Ja, danke!

Frau ... (G-BA-Geschäftsstelle), Sie sind auch klar?

Frau ... (G-BA-Geschäftsstelle): Ja, alles klar!

Der stellv. Vorsitzende des Unterausschusses: Gut, alles wunderbar! – Meinerseits noch einmal Danke an alle Teilnehmer. Ich verabschiede Sie jetzt. Der Ausschuss selber wird allerdings noch weitermachen.

Schluss der Anhörung: 13:27 Uhr