

Umsetzungshinweise
der Deutschen Krankenhausgesellschaft
zur Personalausstattung in Psychiatrie und
Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)
des Gemeinsamen Bundesausschusses
sowie ergänzende Informationen

Stand 26. April 2021

Inhalt

1	Einführung	3
2	Erläuterungen zu den Regelungen der PPP-RL.....	4
§ 1	Zweck, Ziele und Anwendungsbereich	4
§ 2	Grundsätze	4
§ 3	Behandlungsbereiche.....	8
§ 4	Definition der Tätigkeiten sowie der Tag- und Nachtdienste	10
§ 5	Berufsgruppen.....	11
§ 6	Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung	13
§ 7	Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und Umsetzungsgrad...	15
§ 8	Anrechnungen von Berufsgruppen.....	17
§ 9	Weitere Qualitätsempfehlungen	19
§ 10	Ausnahmetatbestände.....	19
§ 11	Nachweisverfahren.....	20
§ 12	Veröffentlichungspflichten für Krankenhäuser	23
§ 13	Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben	23
§ 16	Übergangsregelungen	28
Anlage 3	Nachweis.....	30

1 Einführung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 19. September 2019 die Erstfassung der Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) beschlossen. Die Richtlinie ist zum 1. Januar 2020 in Kraft getreten und wurde erstmalig mit Beschluss vom 15. Oktober 2020 geändert.

Die vorliegende Version der Umsetzungshinweise orientiert sich primär an den Regelungen der PPP-RL. Gleichzeitig wird versucht, themenspezifisch weitere Fragen zur Umsetzung der Richtlinie zu beantworten. Fragen zur Abrechnung und Finanzierung werden von den Umsetzungshinweisen nicht adressiert und sind den gesonderten Budgethinweisen und Abrechnungsbestimmungen zu entnehmen.

Die jeweiligen Paragraphen der Richtlinie werden in *kursiver Schrift* aufgeführt. Entsprechende Erläuterungen und Umsetzungshinweise erfolgen im Anschluss daran.

Es werden nur Erläuterungen zu den Paragraphen vorgesehen, die für die Umsetzung der Richtlinie durch die Krankenhäuser relevant sind, die für Krankenhäuser nicht relevanten Paragraphen werden nicht aufgeführt. Dies trifft auf § 11 Absatz 8 bis 11 wie auch § 14 und § 15 zu. Diese Paragraphen betreffen den G-BA, das IQTIG oder weitere Institutionen.

Bei der Umsetzung der PPP-RL ist zu berücksichtigen, dass sich diverse Klarstellungen, Konkretisierungen und insbesondere Berechnungsbeispiele in den Tragenden Gründen zur Erstfassung der Richtlinie (verfügbar unter <https://www.g-ba.de/beschluesse/4005/>) und zur Änderung der Richtlinie mit Beschluss vom 15. Oktober 2020 (verfügbar unter <https://www.g-ba.de/beschluesse/4537/>) befinden. So werden in den Tragenden Gründen Beispiele zur Berechnung des Umsetzungsgrade, der Ausnahmetatbestände und der finanziellen Folgen bei Nichteinhaltung aufgeführt. Diese werden in den Umsetzungshinweisen nicht wiederholt, sollten jedoch bei der Umsetzung vor Ort berücksichtigt werden. Die vorliegenden Umsetzungshinweise verweisen an den entsprechenden Stellen auf die jeweils relevanten Tragenden Gründe. Darüber hinaus finden sich Antworten auf häufig gestellte Fragen in der FAQ-Liste des G-BA (verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/richtlinien/113/>).

2 Erläuterungen zu den Regelungen der PPP-RL

§ 1 Zweck, Ziele und Anwendungsbereich

(1) Diese Richtlinie legt gemäß § 136a Absatz 2 SGB V geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen 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 Anhaltszahlen 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 2021. Eine weitere Anpassung hinsichtlich der künftigen Ausgestaltung der Personalvorgaben, die ab dem 1. Januar 2025 gelten sollen, wird angestrebt.

Der Anwendungsbereich und die Ziele der Richtlinie werden definiert. Es wird zudem darauf hingewiesen, dass die PPP-RL keine Anhaltszahlen zur Personalbemessung festlegt. Stattdessen handelt es sich gemäß Absatz 1 Satz 3 (nur) um Mindestvorgaben, die (nur) einen Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung leisten sollen.

Die Richtlinie gilt ausschließlich für Krankenhäuser im Sinne von § 108 SGB V. Die Definition für ein zugelassenes Krankenhaus nach § 108 SGB V mit psychiatrischer oder psychosomatischer Einrichtung ergibt sich aus § 17d Absatz 1 Satz 1 KHG. In dieser Richtlinie ist der Begriff „Krankenhaus“ jedoch von dem Begriff „Einrichtung“ zu differenzieren. Es sind sowohl Fachkrankenhäuser als auch selbständige, gebietsärztlich geleitete Abteilungen an somatischen Krankenhäusern für die Fachgebiete 1) Psychiatrie und Psychotherapie, 2) Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie 3) Psychosomatische Medizin und Psychotherapie betroffen. Die drei Fachgebiete werden in der PPP-RL **als differenzierte Einrichtungen gemäß § 2 Absatz 5 Satz 3** betrachtet (im Folgenden: Einrichtungen). Für diese sind standortbezogen jeweils einzeln Mindestvorgaben zu ermitteln und einzuhalten. Die Richtlinie bezieht sich zudem ausschließlich auf den stationären, teilstationären und stationsäquivalenten Bereich des Krankenhauses. Ambulante Behandlung (z. Bsp. in einer Psychiatrischen Institutsambulanz) ist nicht umfasst. Sollte ein Teil des jeweiligen Krankenhauses nicht als Krankenhaus nach § 108 SGB V (im Falle einer Privatklinik) gelten, finden auch hier die in dieser Richtlinie geregelten Mindestvorgaben keine Anwendung.

§ 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 leitliniengerechten Behandlung der Patientinnen und Patienten erforderliche Personal vorzuhalten.

Diese Regelung bestimmt, dass Krankenhäuser nicht nur das Personal gemäß Mindestvorgaben vorhalten müssen, um **einen Beitrag** zu einer leitliniengerechten Behandlung zu leisten (vgl. § 1 Absatz 1 Satz 3), sondern darüber hinaus auch das Personal, das für **die Sicherstellung** einer leitliniengerechten Behandlung erforderlich ist. Für letzteres legt die Richtlinie jedoch keine Anhaltzahlen (Personalbemessung) fest. Welche Dienste, Zeiten und Tätigkeiten von den Mindestvorgaben nicht umfasst sind und daher in den Budgetverhandlungen zusätzlich zu berücksichtigen sind, wird in Absatz 10 aufgeführt.

(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.

Bei Behandlung trotz Nichteinhaltung der Mindestvorgaben kommen die Folgen gemäß § 13 Absatz 1 bis 7 zum Tragen. Diese treten erst ab dem 1. Januar 2022 in Kraft. Diesbezüglich schreibt der G-BA in seiner FAQ-Liste (verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/richtlinien/113>): „Daraus folgt für die Jahre 2020 und 2021 eine Sanktionsfreiheit der Krankenhäuser und die Leistungserbringung bleibt auch bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben bis zum 31. Dezember 2021 zulässig.“ Nach dem 1. Januar 2022 kommt das Leistungsverbot bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben zum Tragen und bedeutet, dass neben Sanktionen gemäß § 13 Absatz 1 bis 7 auch haftungsrechtliche Risiken entstehen könnten.

(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.

Hier werden die Grundlagen der Richtlinie erörtert. Die Mindestvorgaben gelten für den Tagdienst, welcher in § 4 für die Pflege näher definiert wird. Zudem wird der Tagdienst von anderen Tätigkeiten abgegrenzt, die in Absatz 10 dritter Spiegelstrich erneut aufgeführt und um weitere Dienste und Tätigkeiten ergänzt werden. Konkrete Beispiele bezüglich der anrechenbaren Arbeitszeit finden sich in den Umsetzungshinweisen zu § 4. In Absatz 4 wird zudem darauf hingewiesen, dass die Patienten/-innen den Behandlungskategorien der Anlage 1 mit Hilfe der Eingruppierungsempfehlungen in Anlage 2 zuzuordnen sind. Die Grundlagen orientieren sich damit an der Systematik der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) in der diesbezüglich die gleichen Regelungen angewandt wurden.

(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.

Mit Satz 3 wird der Einrichtungsbezug der Mindestvorgaben festgelegt. Der Einrichtungsbezug beinhaltet zum einen den Standortbezug (gemäß Standortverzeichnis) und zum anderen die Differenzierung zwischen 1) Erwachsenenpsychiatrie, 2) Psychosomatik sowie 3) Kinder- und Jugendpsychiatrie. Sind an einem Standort alle drei Fachgebiete vertreten, so sind für diesen Standort drei Mindestvorgaben zu ermitteln und deren Umsetzung zu dokumentieren. Tageskliniken mit einer eigenen Standort-ID haben ebenfalls eine eigene Mindestvorgabe zu ermitteln. Ein Krankenhaus mit Pavillonstruktur, in dem die verschiedenen Pavillons unter einer gemeinsamen Standort-ID geführt werden, hat hingegen für alle Pavillons gemeinsam, jedoch differenziert nach Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie, bis zu drei Mindestvorgaben zu ermitteln und einzuhalten. Im Hinblick auf die in Teil B Anlage 3 der PPP-RL geforderten Nachweise, ist darüber hinaus auch stationsbezogen eine Sollvorgabe je Berufsgruppe zu ermitteln und deren Umsetzung stationsbezogen darzulegen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass Stationen in den Nachweisen nur einer der drei genannten Einrichtungen zugeordnet werden können. Dies stellt insbesondere für gemischte Stationen eine große Herausforderung dar.

Beispiel: Ein Krankenhausstandort umfasst 5 folgende Stationen:

Station 1: Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik,

Station 2: Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik,

Station 3: Kinder und Jugendpsychiatrie,

Station 4: Erwachsenenpsychiatrie und

Station 5: Psychosomatik.

Der Krankenhausstandort umfasst somit alle drei Einrichtungen (eine Einrichtung für jedes Fachgebiet). Station 3, 4 und 5 lassen sich diesen direkt zuordnen. Für die Stationen 1 und 2 bestehen verschiedene Möglichkeiten. Beide Stationen könnten durch eine Aufteilung auf die anderen Stationen „aufgelöst“ werden. Bei Station 1 könnte der Anteil der Erwachsenenpsychiatrie der Station 4 und der Anteil der Psychosomatik Station 5 zugeordnet werden. So würden an dem betroffenen Standort die Einrichtungen Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik jeweils eine Station umfassen. Eine andere Möglichkeit, die jedoch mit einem höheren Aufwand bei der Erbringung der Nachweise verbunden ist, ist die Aufteilung der Stationen 1 und 2 in jeweils zwei einzelne Stationen. In diesem Fall würde die Einrichtung Erwachsenenpsychiatrie zwei Stationen (Anteil Station 1 und Station 4) und die Einrichtung Psychosomatik drei Stationen (Anteil Station 1, Anteil Station 2 und Station 5) umfassen.

(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.

Während die Mindestvorgaben gemäß Absatz 5 einrichtungsbezogen definiert sind, sind die Nachweise auch stationsbezogen zu führen. So ergeben sich innerhalb der

Nachweise drei Ebenen: Standort, Einrichtungen und die jeweiligen Stationen. Bezüglich der stationsbezogenen Nachweise ist zu berücksichtigen, dass die Begrifflichkeit der „Station“ nicht näher definiert wird. So bleibt es der Einrichtung überlassen, über die eigene Aufteilung in Organisationseinheiten zu entscheiden, und die im Nachweis ausgewiesenen „Stationen“ müssen z.B. nicht zwangsläufig mit der kleinsten Organisationseinheit der Einrichtung übereinstimmen. Im Hinblick auf in der Zukunft mögliche Qualitätskontrollen durch den Medizinischen Dienst könnten Abweichungen zwischen Abrechnungsdaten, veröffentlichten Informationen (z. Bsp. auf der Internetseite oder im Qualitätsbericht) und den Nachweisen nach der PPP-RL einen Anhaltspunkt für eine Kontrolle der Einhaltung der Mindestvorgaben darstellen. Aus diesem Grund muss eine einheitliche Handhabung mit den Begrifflichkeiten und Definitionen von Einheiten innerhalb des Krankenhauses erfolgen.

Die stationsbezogene Darstellung des Personaleinsatzes stellt eine große Herausforderung dar. Die Abbildung soll dem realen Versorgungsgeschehen entsprechen, so dass bei einer Zurechnung des nicht stationsbezogenen Personals entsprechende Verrechnungsschlüssel verwendet werden müssen. Eine nichtvollständige Verteilung dieses Personals und daraus entstehende Diskrepanzen zwischen dem einrichtungs- und dem stationsbezogenen Nachweis könnten ebenfalls zu Qualitätskontrollen führen. Auch das Freilassen von Datenfeldern in den Nachweisen stellt keine Option dar, da dies einer Nichterfüllung der Mitwirkungspflichten gleich kommt und so mit den entsprechenden Folgen gemäß § 13 Absatz 8 verknüpft werden könnte.

Mit Beschluss vom 18. März 2021 hat der G-BA die Übergangsregelungen zum Inkrafttreten der Folgen bei Nichteinhaltung gemäß § 16 Absatz 2 konkretisiert (verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/beschluesse/4749/>). Neben den Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben gemäß § 13 Absatz 1 bis 7 kommt auch der Vergütungsabschlag gemäß § 13 Absatz 8 bei nicht vollständiger Erfüllung der Mitwirkungspflichten erst ab dem 1. Januar 2022 zur Anwendung. Der Vergütungsabschlag betrifft also alle unvollständigen Datenlieferungen ab dem 1. Januar 2022 und somit auch die Lieferung der Nachweise des vierten Quartals 2021. Eine nicht fristgerechte Erfüllung der Mitwirkungspflichten (Nichtübermittlung von Nachweisen) ist hingegen auch im Jahr 2021 bereits mit dem Vergütungsabschlag nach § 13 Absatz 8 verknüpft.

(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
- 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.

Die PPP-RL definiert für bestimmte Tätigkeiten und Funktionen keine Mindestvorgaben. In § 2 Absatz 10 werden verschiedene Stellen/Tätigkeiten aufgeführt, die von den Mindestvorgaben nicht umfasst sind. Dies bedeutet, dass die Erbringung der entsprechenden Tätigkeiten nicht mit Mindestvorgaben verknüpft ist, und diese Tätigkeiten auch nicht bei der „tatsächlichen Personalausstattung“ zur Erfüllung der Mindestvorgaben berücksichtigt werden dürfen.

Neben dem Personal, das über die Mindestvorgaben hinaus zur Erbringung („Sicherstellung“ gemäß § 2 Absatz 1) einer leitliniengerechten Behandlung erforderlich ist, sind auch die weiteren in § 2 Absatz 10 genannten Personalstellen und Tätigkeiten bei der Budgetvereinbarung auf der Ortsebene gesondert zu berücksichtigen. Hierzu zählen auch die Leitungskräfte. Unabhängig davon sind die Vollkraftstunden (VKS) der Leitungskräfte, mit denen Regelaufgaben gemäß Anlage 4 erbracht werden, im Nachweis der tatsächlichen Personalausstattung der jeweiligen Berufsgruppe gemäß Anlage 3 zu berücksichtigen. Die Regelaufgaben enthalten (außer bei der Pflege) keine Leitungstätigkeiten. Somit ist der Anteil des therapeutischen Personals, in dem Leitungstätigkeiten erfolgen, zusätzlich in den Budgetvereinbarungen zu berücksichtigen.

Beispiel Chefärzte/-innen. Ist eine Chefärztin zu 80 Prozent in der direkten Patientenversorgung tätig, ist davon auszugehen, dass sie nur in 20 Prozent ihrer Arbeitszeit Leitungsfunktionen übernimmt. In diesem Fall wären nur diese 20 Prozent zusätzlich in der Budgetverhandlung zu berücksichtigen. Chefärzte/-innen, die fast zu 100 Prozent Leitungstätigkeiten ausführen, sind vollständig zusätzlich in der Budgetverhandlung zu berücksichtigen. Oberärzte/-innen sind hingegen häufig vollständig dem ärztlichen Personal zuzuordnen, da sie in ihrer Arbeitszeit größtenteils Regelaufgaben nach der PPP-RL erbringen. Oberärzte/-innen können aber auch einen sehr hohen Anteil an Leitungstätigkeiten haben. In dem Fall kann auch genau dieser Anteil zusätzlich berücksichtigt werden. Grundsätzlich ist zu empfehlen, sich hierbei an den Budgetverhandlungen auf Grundlage der Psych-PV in den letzten Jahren zu orientieren, da die Regelung aus der Psych-PV übernommen wurde und eine deutliche Abweichung von der Verhandlung von Leitungskräften in der Vergangenheit gut begründet werden müsste.

Besonderheiten in der Pflege: Bei der Pflege ist die Differenzierung zwischen direkter Patientenversorgung und Leitungsaufgaben schwieriger, denn die Regelaufgaben der Pflege enthalten auch klassische Leitungsaufgaben. Demnach sind viele Leitungskräfte wie Stationsleitungen und Teamleitungen komplett der PPP-RL zuzuordnen und somit nicht zusätzlich einzufordern. Bei den eher „mittleren und oberen“ Führungsebenen hängt der Anteil an Leitungstätigkeiten, der zusätzlich in den Budgetverhandlungen zu berücksichtigen ist, von der Gestaltung der individuellen Position ab.

§ 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 Komplex-behandlung*

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.*

(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*

Im Vergleich zur Psych-PV wurden wenige Anpassungen bei den Behandlungskategorien vorgenommen. So wurden die Kategorien für rehabilitative Behandlung gelöscht und dafür neue für stationsäquivalente Behandlung und psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung ergänzt. Welche Behandlungsbereiche zur Einstufung zur Verfügung stehen, hängt von der Einrichtung ab. Handelt es sich um eine Einrichtung für Erwachsenenpsychiatrie können lediglich die Bereiche A, S und G zur Anwendung kommen. Bei psychosomatischen Einrichtungen können ausschließlich die P-Kategorien und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nur die KJ-Kategorien verwendet werden. Bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen hängt die Möglichkeit der Einstufung davon ab, in welcher Einrichtung die Behandlung erfolgt. Handelt es sich um eine Kinder- und Jugendpsychiatrie können die KJ-Kategorien, bei einer psychosomatischen Einrichtung die P-Kategorien verwendet werden.

Eine gleichzeitige Verwendung von Kategorien mehrerer Fachgebiete innerhalb einer Einrichtung ist nicht vorgesehen und nicht abbildbar. So ist es nicht möglich bei interdisziplinärer Behandlung (z. Bsp. auf einer Station psychosomatisch-psychotherapeutische und psychiatrische Patienten/-innen) innerhalb einer Einrichtung sowohl P- als auch die A, S oder G Kategorien in den Nachweisen zu dokumentieren. Es erfolgt zuerst die Auswahl um welche Einrichtung es sich handelt. Davon abhängig ist entweder die Auswahl der P-Kategorien oder der Kategorien für die Erwachsenenpsychiatrie möglich. Es sei darauf hingewiesen, dass in psychiatrischen Einrichtungen die Kategorien A5 und A7 den Kategorien P1 und P2 entsprechen. Die Kategorien P3 und P4 können erst ab dem Erfassungsjahr 2021 verwendet werden, da diese mit der Änderung der Richtlinie, die am 1. Januar 2021 in Kraft getreten ist, ergänzt wurden.

§ 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.*

Die Minutenwerte, aus denen sich die Mindestvorgaben generieren, beziehen sich auf den Tagdienst. Diesbezüglich gibt die Richtlinie bei den weiteren Berufsgruppen außer der Pflege (vgl. Absatz 3) keinen konkreten Zeitraum vor. Es sind die gesetzlichen Arbeitszeitregelungen zu berücksichtigen.

Beispiel Ärzte/-innen: Die zugrundeliegende und somit anrechenbare Arbeitszeit bei der Berufsgruppe der Ärzte/-innen wird in der PPP-RL nicht festgelegt. Bei Ärzten/-innen sind, wie in der Psych-PV, die arbeitszeit- und tarifrechtlichen Grundlagen zu berücksichtigen. Wird beispielsweise das Modell des Früh- und Spätdienstes auch für die Berufsgruppe der Ärzte/-innen angewandt, sind bei der Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung alle in diesen (Tages)Zeiten erbrachten regulären Tätigkeiten bzw. Regelaufgaben nach Anlage 4 komplett einzubeziehen. Wird hingegen das Modell eines 8-Stunden-Tagdienst verwendet, bei dem vor und nach diesem Dienst Rufbereitschaft oder andere Bereitschaft greifen, sind nur die acht Stunden zu berücksichtigen. Gemäß § 2 Absatz 10 sind Rufbereitschafts- oder andere Bereitschaftszeiten nicht von den Mindestvorgaben umfasst und so auch nicht bei der tatsächlichen Personalausstat-

tung heranzuziehen. Diese Zeiten sind zusätzlich in der Budgetverhandlung zu berücksichtigen.

(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.*

Bei der Pflege umfasst der Tagdienst im vollstationären Bereich 14 Stunden zuzüglich einer halben Stunde Übergabezeit. Der Nachtdienst, welcher nicht durch Mindestvorgaben geregelt wird, umfasst somit 10 Stunden inklusive einer halben Stunde zur Übergabe mit dem Tagdienst. Der Verweis auf die Übergabezeit stellt keine Mindestvorgabe dar.

Konkrete Anfangs- und Endzeitpunkte für Tag- und Nachtdienst werden nicht definiert. Im Hinblick auf den Nachweis der tatsächlichen Personalausstattung, sind Pflegefachpersonen, die sowohl im Tag- als auch im Nachtdienst tätig sind, diesen Diensten entsprechend anteilig zuzuordnen. Umfasst der Nachtdienst beispielsweise den Zeitraum von 22 Uhr bis 7 Uhr und damit nur 9 Stunden, ist die letzte Stunde des Spätdienstes und die in dieser Zeit geleisteten VKS dem Nachtdienst zuzuordnen. Umfasst der Nachtdienst hingegen 10 Stunden (zum Beispiel 21 Uhr bis 7 Uhr), wie von der PPP-RL vorgesehen, und es wird ein Zwischendienst von 17 Uhr bis 23 Uhr eingesetzt, werden die vor 21 Uhr geleisteten Stunden dem Tagdienst und die von 21 Uhr bis 23 Uhr geleisteten Stunden dem Nachtdienst angerechnet.

Die Minutenwerte umfassen bei vollstationärer Behandlung sowohl Wochenenden als auch Feiertage. Bei teilstationärer Behandlung gelten die Minutenwerte für fünf Wochentage und einen Zeitraum von 8 (Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik) bzw. 10 Stunden (Kinder- und Jugendpsychiatrie) je Tag. Eine abweichende Regelung für Tageskliniken, die kürzere Öffnungszeiten haben (zum Beispiel eine Tagesklinik für KJP, die nur 8 Stunden geöffnet ist), wurde nicht aufgenommen. So müssen die Mindestvorgaben für diese Einrichtungen genauso ermittelt werden, wie für Tageskliniken mit einer längeren Öffnungszeit.

§ 5 Berufsgruppen

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

- a) *Ärztinnen und Ärzte*
- 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 Pflegefachpersonen mit einer Weiterbildung im Bereich Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie oder mit Hochschulabschluss Bachelor Psychiatrie Pflege.)*

- c) *Psychologinnen und Psychologen (Dazu zählen Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen oder Master in Psychologie, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten.)*
- 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*
- 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) *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.)*
- 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, 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.*

In § 5 werden die Berufsgruppen festgelegt, für die Mindestvorgaben vorgesehen werden. Berufsgruppen, wie zum Beispiel der Erziehungsdienst, Heilerziehungspfleger/-innen oder Logopäden/-innen, die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht jedoch in der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik aufgeführt werden, können gemäß § 8 Absatz 5 auch in diesen Einrichtungen zur Anrechnung kommen. Da es sich um eine Berufsgruppe handelt, die nicht gemäß § 5 Absatz 1 für die Erwachsenenpsychiatrie oder Psychosomatik vorgesehen ist, gilt die Berufsgruppe als „Nicht-PPP-RL-Personal“ und kann gemäß § 8 Absatz 5 angerechnet werden.

Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass bei der Berufsgruppe der Spezialtherapeuten/-innen keine abschließende Aufzählung vorgenommen wurde. Je nach Behandlungskonzept können unterschiedliche Therapeuten/-innen mit verschiedenen Grundqualifikationen zum Einsatz kommen, die dieser Kategorie zugeordnet werden können. Im Nachweis sind diese getrennt als Ergotherapeuten/-innen, Künstlerische Therapeuten/-innen oder Spezialtherapeuten/-innen mit anderer Qualifikation in der Tabelle B4 auszuweisen.

Die Berufsgruppe e) setzt sich mit abschließender Aufzählung aus Bewegungs- und Physiotherapeuten/-innen zusammen. Das Berufsbild der Bewegungstherapeuten/-innen ist derzeit nicht einheitlich definiert und die Inhalte nicht gesetzlich geregelt.

Demnach ist bei einer Zuordnung von Sportlehrern/-innen, Sport- und Fitnesskaufmännern/-frauen zu prüfen, ob bspw. ein entsprechender Schwerpunkt in der akademischen Ausbildung oder eine zusätzliche Weiterbildung „Bewegungstherapie“ vorliegt. Zusätzlich ist zu prüfen, welche Regelaufgaben übernommen werden. Im Zweifel ist eine Zuordnung zur Berufsgruppe d) Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten zu erwägen.

§ 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, die Zwischenwerte sind kaufmännisch auf zwei Nachkommastellen zu runden.*

Die Absätze beschreiben die Rechenschritte zur Berechnung der Mindestvorgaben in umgekehrter Reihenfolge. In Absatz 1 wird nach den in Absatz 2 und Absatz 3 durchgeführten Rechenschritten der dritte Schritt festgelegt.

(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.*

Hier wird der zweite Berechnungsschritt zur Ermittlung der Mindestvorgaben beschrieben, der die Umrechnung der Behandlungstage in die Behandlungswochen beschreibt. Eine abweichende Regelung für Feiertage ist nicht vorgesehen. Feiertage gelten damit ebenfalls als Behandlungstage. Sie sind weder bei der Ermittlung der Mindestvorgabe noch bei der Darstellung der tatsächlichen Personalausstattung gesondert zu berücksichtigen. Die Mindestvorgaben sind im quartalsdurchschnitt einzuhalten. Sollte die Anzahl und oder Dauer therapeutischer Interventionen in einem Zeitraum aufgrund von Feiertagen geringer ausfallen als gemäß Anlage 1 vorgesehen, muss die Differenz über den Rest des Quartals wieder ausgeglichen werden.

(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.*

Es wird der erste Berechnungsschritt zur Ermittlung der Mindestvorgaben beschrieben. Die Anzahl aller Behandlungstage ergibt sich nicht aus der Anzahl der an den Stichtagen eingestufteten Patienten/-innen. Als Behandlungstage zählen der Aufnahmetag und jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthaltes bzw. bei stationsäquivalenter Behandlung jeder Tag mit direktem Patientenkontakt in den vier Quartalen des vorangegangenen Jahres. Tage, an denen eine über Mitternacht hinausgehende Abwesenheit beginnt, werden nicht als Behandlungstag berücksichtigt. Entlassungs- oder Verlegungstage, die nicht zugleich Aufnahmetag sind, werden bei vollstationärer Behandlung ebenfalls nicht berücksichtigt. Für tagesklinische Behandlungen wird der Entlassungstag als Behandlungstag mitgerechnet. Die Berücksichtigung des Entlassungstages als Behandlungstag war in der Erstfassung der PPP-RL fälschlicherweise nicht vorgesehen und wurde mit der Änderung der Richtlinie vom 15. Oktober 2020 beschlossen. Die Rege-

lung ist erst am 1. Januar 2021 in Kraft getreten und kommt daher erst für das Erfassungsjahr 2021 zum Tragen. Behandlungstage, die vom Medizinischen Dienst gestrichen wurden, werden bei der Ermittlung der Behandlungstage in der PPP-RL berücksichtigt.

Die Behandlungstage je Behandlungsbereich ergeben sich aus der Multiplikation der Behandlungstage mit der durchschnittlichen Verteilung der Patienten/-innen in den einzelnen Behandlungsbereichen. Die durchschnittliche Verteilung berechnet sich aus den 14-tägigen Patienteneinstufungen. Fällt der Stichtag auf einen Feiertag ist die Einstufung am nächsten Arbeitstag durchzuführen.

Für den Teil A1 des Nachweises soll die Anzahl von Behandlungstagen bei Patienten/-innen mit gesetzlicher Unterbringung und landesrechtlicher Verpflichtung zur Aufnahme getrennt voneinander ermittelt werden. Patienten/-innen mit gesetzlicher Unterbringung umfassen alle Patienten/-innen mit Unterbringung nach BGB und mit Unterbringung nach PsychKG. Patienten/-innen mit landesrechtlicher Verpflichtung zur Aufnahme sind diejenigen, die aufgrund der Versorgungsverpflichtung der Einrichtung aufgenommen wurden (siehe „Zu Absatz 4“).

(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.

In Absatz 4 wird ein Korridor zwischen 2,5% über und 2,5% unter den ermittelten Behandlungstagen je Behandlungsbereich festgelegt, innerhalb dessen die Mindestvorgaben auf den Vorjahreswerten zu ermitteln ist. Die Behandlungstage und Patienteneinstufungen des laufenden Kalenderjahres sind laufend zu erfassen, da bei einer Abweichung um mehr als 2,5 Prozent zum Vorjahr die Mindestvorgabe nicht auf Basis des vorangegangenen Kalenderjahres sondern auf Basis der Behandlungstage des aktuellen Kalenderjahres zu berechnen ist. Es handelt sich hierbei um eine Abweichung von mehr als 2,5 Prozent in den Behandlungstagen eines Behandlungsbereiches. Eine entsprechende Abweichung kann aus einer veränderten Anzahl an Behandlungstagen, einer veränderten Patienteneinstufung oder der Kombination aus beidem folgen.

Sind beispielsweise aufgrund der erstmaligen Verwendung der Kategorie A7 entsprechend weniger Patienten/-innen in die Kategorie A5 eingestuft worden und liegt daher die Anzahl der Behandlungstage in der Kategorie A5 um mehr als 2,5 Prozent niedriger als im Vorjahr, hat die Ermittlung der Mindestvorgabe für die gesamte Einrichtung und das gesamte Quartal anhand der IST-Daten (Behandlungstage und Patienteneinstufungen) des jeweiligen Erfassungsjahres zu erfolgen. In diesem Fall sind auch auf der Stationsebene die IST-Daten des jeweiligen Erfassungsjahres zur Ermittlung der stationsbezogenen Vorgaben zu verwenden. Gemäß § 16 Absatz 3 gilt das Jahr 2019 sowohl für das Jahr 2020 als auch 2021 als Bezugszeitraum bzw. „Vorjahr“. Kommt im Erfassungsjahr 2021 durch einen Vergleich der Behandlungstage je Behandlungsbereich mit dem Jahr 2019 der Korridor zum Tragen, stellen nicht mehr die Behandlungstage und Patienteneinstufung von 2019, sondern stattdessen die Einstufung und die Behandlungstage des Jahres 2021 die Grundlage zur Ermittlung der Mindestvorgabe dar.

In Absatz 4 wird nur auf die Verwendung der tatsächlichen Anzahl der Behandlungstage abgestellt. Dass zusätzlich auch die aktuellen Patienteneinstufungen zu berücksich-

tigen sind, lässt sich den Tragenden Gründen der Erstfassung der Richtlinie entnehmen. In den Tragenden Gründen zur Erstfassung der PPP-RL findet sich zudem ein Fehler: Der Hinweis, dass die IST-Daten des Erfassungsjahres zu verwenden sind, wenn die Anzahl der Behandlungstage in einer Berufsgruppe außerhalb des Korridors liegt, ist falsch. Statt der Berufsgruppe sind hier die Behandlungsbereiche gemeint.

(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.*

Es wird der letzte Berechnungsschritt zur Ermittlung der Mindestvorgaben beschrieben.

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

Die Regelung soll dem Sachverhalt Rechnung tragen, dass Einrichtungen mit Versorgungsverpflichtung höhere Aufwände haben. Die Regelung gilt einrichtungsbezogen. Eine Unterscheidung zwischen einzelnen Stationen ist nicht vorgesehen. Wie unter Absatz 3 dargestellt, ist die Versorgungsverpflichtung von der Verpflichtung zur Aufnahme von Patienten/-innen, die mit einem richterlichen Beschluss nach Psych-KG oder BGB untergebracht werden, abzugrenzen. Mit der Versorgungsverpflichtung ist gemäß der Tragenden Gründe zur Änderung der Richtlinie in § 10 Absatz 1 Nummer 2 mit Beschluss vom 15. Oktober 2020 die regionale Pflichtversorgung gemeint. Hierbei handelt es sich „in der Regel um eine über die alleinige Ausweisung des Krankenhauses im Krankenhausplan des Landes hinausgehende Pflicht zur regionalen psychiatrischen Versorgung“. Die regionale Versorgungsverpflichtung ist nicht bundeseinheitlich definiert. Die in den Ländern unterschiedlichen Festlegungen zur regionalen Versorgungsverpflichtung sind in den jeweiligen Landesregelungen verortet.

§ 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.*

Bei der Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung sind die geleisteten Stunden beispielsweise in der Pflege gemäß Dienstplan zugrunde zu legen. Gemäß § 2 Absatz 8 haben „Die Krankenhäuser [...] die Einhaltung der Mindestvorgaben einrichtungsbezogen anhand der auf einer Station jeweils tatsächlich tätigen Fachkräfte der Berufsgruppen fest[zustellen].“ Eine Ermittlung auf Basis eines Dienstplan-SOLLs ist demnach nur richtig, wenn das SOLL dem IST entspricht. Bei der Ermittlung der tatsächlich geleisteten Vollkräftestunden sind sämtliche Tätigkeiten zu berücksichtigen, bei denen es sich um Regelaufgaben gemäß Anlage 4 handelt. Bei Mitarbeitern mit übergreifenden Tätigkeitsbereichen (zum Beispiel Einsatz in der Psychiatrischen Institutsambulanz und auf Station) erfolgt eine entsprechende anteilige Berücksichtigung. Ausfallzeiten und andere Dienste und Tätigkeiten gemäß § 2 Absatz 10 sind nicht bei der Ermittlung der tatsächlich geleisteten Stunden zu berücksichtigen.

(2) Für die Ermittlung des Umsetzungsgrades wird zunächst für jede Berufsgruppe pro Einrichtung 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.

Hier wird die Berechnung des Umsetzungsgrades beschrieben. Es ist zu berücksichtigen, dass auch bei einem durchschnittlichen Umsetzungsgrad von 100% in der gesamten Einrichtung, eine Nichterfüllung vorliegt, wenn in nur einer Berufsgruppe der Umsetzungsgrad unter 100% liegt. Des Weiteren sind die Übergangsfristen bezüglich des Umsetzungsgrades gemäß § 16 Absatz 1 zu beachten. Die Ermittlung des Umsetzungsgrades erfolgt immer ausgehend von 100% der Mindestvorgaben. Bei der Berechnung des Umsetzungsgrades spielen die Übergangsfristen in Absatz 1 somit keine Rolle. Erst bei der Überprüfung, ob die Mindestvorgaben eingehalten wurden, kommen die Übergangsfristen gemäß § 16 Absatz 1 zur Geltung. Ein konkretes Beispiel zur Berechnung des Umsetzungsgrades findet sich in den Tragenden Gründen zur Erstfassung der Richtlinie, (verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/beschluesse/4005/>). Der Umsetzungsgrad ist erst nach Anrechnung von Personal anderer Berufsgruppen gemäß § 5 und von Nicht-PPP-RL-Personal gemäß § 8 Absatz 5 vorzunehmen.

(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 ermittelt sich aus der Summe der geleisteten Arbeitsstunden eines Kalendermonats geteilt durch die Anzahl der Stunden des Nachtdienstes (Kalendertage mal 10 Stunden) des jeweiligen Kalendermonats. Dabei sind 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.

In den Absätzen 5 bis 8 wird geregelt, dass das Krankenhaus die Anzahl an Nachtdiensten zu ermitteln hat, in denen weniger als 16 VKS und in denen weniger als 14 VKS Pflege erbracht wurden. Die Schwellenwerte wurden rein normativ festgelegt. Die 16 VKS bzw. 14 VKS können auch von mehr als 2 Personen geleistet worden sein. Bezüglich der Nachtdienste gibt es bisher keine Mindestvorgaben. So sind die Angaben im Nachweis derzeit nicht mit konkreten (finanziellen) Folgen verbunden. Gemäß § 14 Absatz 2 sollen jedoch Mindestvorgaben für die Nachtdienste zukünftig festgelegt werden.

Die Angaben in den Nachweisen dienen dementsprechend als Grundlage zur Festlegung dieser ebenfalls sanktionsbewährten Mindestvorgaben.

§ 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.

Bezüglich von Auszubildenden in der Pflege setzt die PPP-RL das in § 27 Absatz 2 Pflegeberufgesetz vorgegebene Verhältnis an, welches 1: 9,5 umfasst. Psychotherapeuten/-innen in Ausbildung während der Praktischen Tätigkeit (gemäß §§ 2 PsychTh-APrV und KJPsychTh) können berücksichtigt werden, wenn sie vom Krankenhaus eine Vergütung entsprechend ihres Grundberufes (in der Regel des/der Psychologen/-in) erhalten. Sie sind im Nachweis in Tabelle B4 als entsprechende Teilgruppe auszuweisen. Studierende, die ein Praktikum während des Studiums durchführen, sind hingegen nicht zu berücksichtigen.

Bezüglich der Psychotherapeuten/-innen in Ausbildung wird auf folgendes hingewiesen: Im Rahmen des Gesetzes zur Psychotherapeutenausbildungs-Reform wurde in § 3 Absatz 3 BPfIV ergänzt, dass im Rahmen der Budgetverhandlungen eine Vergütung von 1000 Euro monatlich für Psychotherapeuten/-innen in Ausbildung zu berücksichtigen ist. Diese Regelung ist jedoch unabhängig von der PPP-RL zu betrachten.

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

Der 2. Halbsatz des § 8 Absatz 3 Satz 1 zu den bei Anrechnungen zu erbringenden Regelaufgaben ist zentral für die Anrechnung von Berufsgruppen: Austauschbar sind die Berufsgruppen in dem Maße, in dem sie die gleichen Regelaufgaben gemäß der Anlage 4 erbringen. Berufsgruppen, die nur in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht jedoch in der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik aufgeführt werden (Erziehungsdienst), können über eine Anrechnung gemäß § 8 Absatz 5 auch in der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik berücksichtigt werden.

(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.

Hier wird geregelt, dass Personal aus PPP-RL-Berufsgruppen, das nicht am Krankenhaus selbst angestellt ist, angerechnet werden kann. Darüber hinaus können auch Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen auf die Berufsgruppen gemäß § 5 angerechnet werden. Auf Grund des Hinweises des Bundesministeriums für Gesundheit in seinem Schreiben vom 20. Dezember 2019 zur Nichtbeanstandung zur Erstfassung der PPP-RL (verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-6250/2019-09-19_PPP-RL_Erstfassung_BMG.pdf) wurden mit der Änderung der Richtlinie am 15. Oktober 2020 maximale Anrechnungsumfänge festgelegt. Diese gelten gemäß § 16 Absatz 7 erst ab dem 1. Januar 2023. Bis dahin wird anhand der Nachweise die vorgenommene Anrechnung geprüft und analysiert, ob ein Anpassungsbedarf bezüglich der festgelegten Umfänge besteht. Geprüft werden soll auch – unter Berücksichtigung der Vorbehaltsaufgaben – die Möglichkeit einer Anrechnung auf die Berufsgruppe der Ärzte.

Aufgrund von Unklarheiten bezüglich der Möglichkeit der Anrechnung insbesondere von Pflegehilfskräften wurde mit der am 15. Oktober 2020 vorgenommenen Änderung der Richtlinie zudem der Begriff „Hilfskräfte“ in Absatz 5 aufgenommen. In Absatz 5 wird klargestellt, dass eine Anrechnung nur erfolgen kann, wenn eine Qualifikation zur Übernahme der Regelaufgaben vorliegt, für die die Anrechnung erfolgt oder eine mindestens fünfjährige praktische Tätigkeit in der stationären psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhausbehandlung nachgewiesen werden kann. In den Tragenden Gründen zur o.g. Änderung der Richtlinie in § 8 Absatz 5 wird klargestellt, dass der Nachweis einer entsprechenden Qualifikation vorliegen muss. Im Hinblick auf zukünftige

Qualitätskontrollen durch den Medizinischen Dienst ist das Vorhandensein eines derartigen Nachweises von großer Bedeutung. In den Tragenden Gründen zu Absatz 6 wird zudem eine beispielhafte und damit nicht abschließende Auflistung von Nicht-PPP-RL-Personal vorgenommen. Diese umfasst: Kodierfachkräfte, Medizincontroller, Stationssekretäre, Empfangskräfte, medizinische Fachangestellte, Arzthelferinnen, Pflegehilfskräfte, Personen für den Patiententransport, Servicekräfte und Physician Assistants.

§ 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.*

Bei den in § 9 aufgeführten Aspekten handelt es sich in Abgrenzung zu den Mindestvorgaben um Empfehlungen. Die Anzahl der eingesetzten Genesungsbegleiter ist im Nachweis auszuweisen. In beiden Absätzen wird Bezug auf die Station genommen. Absatz 1 weist zudem eine Empfehlung zur Größe von Stationen aus. Die Begrifflichkeit der „Station“ wird jedoch nicht näher definiert. So bleibt es der Einrichtung überlassen, über die eigene Aufteilung in Organisationseinheiten (einschließlich ggf. „Stationen“) zu entscheiden, und die im Nachweis ausgewiesenen „Stationen“ müssen z.B. nicht zwangsläufig mit der kleinsten Organisationseinheit der Einrichtung übereinstimmen.

§ 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, 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.*

Liegt ein Ausnahmetatbestand gemäß Absatz 1 vor, entfällt die Verpflichtung zur Einhaltung der Mindestvorgaben. Auch hier gilt der Einrichtungsbezug. Eine Unterschei-

dung zwischen einzelnen Stationen ist nicht vorgesehen. Dahingegen ist hier nicht zwangsläufig der Quartalsbezug erforderlich. So ist es auch möglich einen krankheitsbedingten Personalausfall, der nur in einem Monat über 15 Prozent lag, geltend zu machen. Genauso kann es sich bei dem auszuschließenden Zeitraum auch um einen monatsübergreifenden Zeitraum, der ein oder zwei Drittel des Quartals entspricht, handeln. So kann auch der Zeitraum von Mitte Januar bis Mitte Februar (entspricht einem Drittel des Quartals) oder Mitte Januar bis März (entspricht zwei Drittel des Quartals) betroffen sein und damit ausgeschlossen werden. Wird ein Ausnahmetatbestand in nur einem Teil des Quartals geltend gemacht, muss die Mindestvorgabe anteilig im Rest des Quartals eingehalten und nachgewiesen werden.

(3) *Die Nachweispflichten gemäß § 11 finden bis zum 31. Dezember 2020 keine Anwendung.*

Mit dem Beschluss des G-BA zu den COVID-19-Ausnahmen zu QS-Anforderungen vom 27. März 2020 wurden die Nachweispflichten der PPP-RL für das Jahr 2020 ausgesetzt. Dies beinhaltet ausschließlich die Übermittlung der Nachweise bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben. Die Nachweise für das Jahr 2020 sind gemäß § 16 Absatz 5 bis zum 30. April 2020 zu übermitteln. Für den Nachweis des Jahres 2020 und des Jahres 2021 ist das vom G-BA veröffentlichte Servicedokument zu verwenden. Am 22. Januar 2021 wurde eine aktualisierte Version des Servicedokumentes eingestellt. Dieses ist für die Datenübermittlung der Nachweise des Jahres 2020 zu verwenden. Es handelt sich hierbei aufgrund technischer Fehler nicht um eine finale Version des Servicedokumentes. Am 15. April 2021 hat der G-BA die Veröffentlichung eines um diese technischen Fehler bereinigten Servicedokumentes beschlossen. Die Version vom 22. Januar 2021 ist weiterhin für die Übermittlung der Nachweise des Erfassungsjahres 2020 zu verwenden. Die Version vom 15. April ist für das Erfassungsjahr 2021 zu verwenden.

§ 11 Nachweisverfahren

In § 11 wird festgelegt, innerhalb welcher Fristen und an welche Adressaten der Nachweis zu übermitteln ist. An die Krankenkassen und das IQTIG ist, sowohl bei Einhaltung als auch bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben, Teil A der Anlage 3 zu übermitteln. Darüber hinaus erhalten die Landesaufsichtsbehörden nur bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben Teil A der Anlage 3. Teil B der Anlage 3, welcher Daten zur Weiterentwicklung der Richtlinie enthält, ist zusätzlich an das IQTIG zu übermitteln.

In den Jahren 2021 bis 2023 sind die Nachweise gemäß § 11 Abs. 13 Nr. 1 quartalsweise innerhalb von sechs Wochen nach Ende des zu erfassenden Quartals an das IQTIG (Teil A und B) und an die Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen des jeweiligen Bundeslandes (Teil A) zu übermitteln (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 des Folgejahres für das vierte Quartal). Ab 2024 sind die Nachweise dann gemäß § 11 Abs. 2 jährlich bis zum 15. Februar des folgenden Jahres zu übermitteln.

(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 Ausnah-*

metatbestände 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 § 11 nachzuweisen. Hierbei ist Teil A des quartalsbezogenen Nachweises nach Anlage 3 mit zu übermitteln.

Eine Nichterfüllung der Mindestvorgaben ist den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen des jeweiligen Bundeslandes und der zuständigen Landesaufsichtsbehörde des jeweiligen Bundeslandes anzuzeigen. Bezüglich der Frage, ob eine Nichterfüllung vorliegt, sind die in § 16 Absatz 1 festgelegten Übergangsfristen zur Höhe der Mindestvorgaben zu berücksichtigen. So liegt beispielsweise im Jahr 2021 eine Nichterfüllung vor, wenn die Mindestvorgaben in einer Berufsgruppe nicht mindestens zu 85 Prozent umgesetzt wurden.

(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.

In Absatz 4 wird nur geregelt, dass der GKV-Spitzenverband eine Liste der Landesverbände der Krankenkassen veröffentlicht. Das Verzeichnis ist unter folgendem Link abrufbar:

[https://www.gkv-spitzenver-](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/qualitaet/1/kh_ansprechpartner/kh_gs_ansprechpartner.jsp)

[band.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/qualitaet/1/kh_ansprechpartner/kh_gs_ansprechpartner.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/qualitaet/1/kh_ansprechpartner/kh_gs_ansprechpartner.jsp). Gemäß Absatz 3 ist eine Nichterfüllung ebenfalls der zuständigen Landesaufsichtsbehörde anzuzeigen. Den Tragenden Gründen zur Änderung der Richtlinie mit Beschluss vom 15. Oktober 2020 ist zu entnehmen, dass die Gesundheitsministerkonferenz der Länder angeboten hat, eine Auflistung der zuständigen Landesaufsichtsbehörden mit den entsprechenden Kontaktadressen auf ihrer Internetseite zu veröffentlichen. Dies ist inzwischen erfolgt. Die entsprechende Internetseite ist unter folgendem Link verfügbar: <https://www.gmkonline.de/>.

(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.

Qualitätskontrollen durch den MD werden in der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 SGB V (MD-QK-RL) geregelt. Der Richtlinienabschnitt, der die Kontrolle der Einhaltung der Mindestvorgaben der PPP-RL regelt, ist noch nicht beschlossen. Somit besteht derzeit keine rechtliche Grundlage für entsprechende Qualitätskontrollen. Im Hinblick auf zu-

künftige Kontrollen ist zu berücksichtigen, dass der MD unter anderem die konkrete patientenbezogene Dokumentation kontrollieren könnte.

(6) *Der G-BA beauftragt das IQTIG, die Spezifikation zur EDV-technischen Aufbereitung der Dokumentation und der Datenübermittlung gemäß Absatz 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.*

Ziel der Erstellung der Spezifikation ist die Bereitstellung einer langfristigen technischen Lösung zur Übermittlung der Nachweise. Das Servicedokument dient nur so lange der Übermittlung der Nachweise bis eine langfristige technische Lösung zu Verfügung steht. In dieser sollen beispielsweise auch Plausibilitätsprüfungen, welche in dem in der Übergangsphase verwendeten Servicedokument noch nicht vorhanden sind, Anwendung finden.

(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 übermitteln 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.*

Es ist zu berücksichtigen, dass durch Beschluss vom 15. Oktober 2020 in § 13 Absatz 8 Folgen bei Nichterfüllung der Mitwirkungspflichten festgelegt wurden. Wird eine Frist zur Nachweisübermittlung um 90 Tage überschritten, kommen neben der Information der Krankenkassen auch finanzielle Folgen zum Tragen. Mit Beschluss vom 18. März 2021 hat der G-BA in § 16 Absatz 2 konkretisiert, dass der Vergütungsabschlag gemäß § 13 Absatz 8 bei nicht vollständiger Erfüllung der Mitwirkungspflichten erst ab dem 1. Januar 2022 zur Anwendung kommt. Der Vergütungsabschlag betrifft also alle unvollständigen Datenlieferungen ab dem 1. Januar 2022 und somit auch die Lieferung der Nachweise des vierten Quartals 2021. Eine nicht fristgerechte Erfüllung der Mitwirkungspflichten (Nichtübermittlung von Nachweisen) ist hingegen auch im Jahr 2021 bereits mit dem Vergütungsabschlag nach § 13 Absatz 8 verknüpft.

(13) *Bis zum 1. Januar 2024 gelten für den Nachweis der Einhaltung der Mindestvorgaben im Sinne von Absatz 1 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).*

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 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.

Abweichend von den Fristen gemäß § 11 Absatz 13 Nr. 1 (Erfassungsjahre 2021-2023: quartalsweise) bzw. Absatz 2 (ab Erfassungsjahr 2024: jährlich) hat die Datenübermittlung für das Erfassungsjahr 2020 bis zum 30. April 2021 zu erfolgen. Im Jahr 2020 war die Pflicht zur Nachweisübermittlung bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben ausgesetzt. Diese tritt mit dem Jahr 2021 in Kraft. Gemäß der am 18. März 2021 beschlossenen Konkretisierung des § 16 Absatz 2 ist eine nicht fristgerechte Lieferung der Nachweise ab dem 1. Januar 2021 mit dem Vergütungsabschlag gemäß § 13 Absatz 8 verknüpft. Eine unvollständige Datenlieferung wird hingegen bis zum 31. Dezember 2021 nicht sanktioniert.

§ 12 Veröffentlichungspflichten für Krankenhäuser

Die Erfüllung der Mindestvorgaben (die tatsächliche Personalausstattung und der Umsetzungsgrad) ist für die einzelnen Berufsgruppen im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser darzustellen. Die Darstellung regelt der G-BA auf der Grundlage des § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V in den Qb-R.

Die Überschrift des Paragraphen lautet zwar „Veröffentlichungspflichten für die Krankenhäuser“. Letztendlich entsteht jedoch durch die Pflicht zur Veröffentlichung im Qualitätsbericht kein Handlungsbedarf für die Krankenhäuser selbst. Das IQTIG bereitet die Nachweisdaten gemäß § 11 Absatz 11 für die Veröffentlichung im Qualitätsbericht auf und übermittelt sie direkt an die Datenannahmestelle.

§ 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 (BPflV) 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.*

Mit Absatz 1 werden die an der Feststellung der Nichteinhaltung und der Durchsetzung der Maßnahmen „beteiligten Stellen“ festgelegt. Gemäß Absatz 7 haben die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG die „näheren Regelungen zur praktischen Umsetzung des Vergütungswegfalls“ zu treffen. Dies sind die Parteien der Pflegesatzvereinbarung (Vertragsparteien). Somit wird die Umsetzung des Vergütungswegfalls mit der Pflegesatzvereinbarung verknüpft, was dafür spricht, dass der Vergütungswegfall in Form einer Rückzahlung an die Krankenkassen über das Budget geregelt werden soll. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass dies formal nicht in der BPflV verankert ist und somit nur begleitend zu den Budgetverhandlungen und im Einvernehmen der Vertragsparteien umgesetzt werden kann. In Absatz 1 bleibt zudem unklar, welche Aufgabe oder Funktion den unter Nr. 3 benannten Krankenkassen, bei denen das Krankenhaus einen Vergütungsanspruch hat, zukommen soll.

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

Im Zusammenhang mit Absatz 1 und 7 ergibt sich aus Absatz 2, dass die Nachweise gemäß § 11 vom Krankenhaus den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG vorzulegen sind, so dass die beteiligten Stellen gemäß Absatz 1 Nr. 1 und Nr. 2 die Einhaltung bzw. Nichteinhaltung der Qualitätsanforderungen feststellen können.

(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.

Hier wird mit Satz 1 bis 3 die Systematik der Mindestanforderungen aufgegriffen und somit klargestellt, dass dies auch entsprechend für die Ermittlung des Vergütungswegfalls gilt. Satz 4 verweist auf die aktuellen gesetzlichen Vorgaben, mit denen der GKV-SV seine Forderung nach einem vollständigen Vergütungswegfall begründet. Hierüber will der G-BA gemäß Absatz 6 bis zum 31. Oktober 2023 entscheiden.

(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.

Da sich die gesetzlichen Vorgaben zum Vergütungswegfall auf die erbrachten Leistungen beziehen, wird mit Satz 1 versucht, eine Beziehung zwischen der Personalausstattung und den erbrachten Leistungen in/an dem jeweiligen Kalender- bzw. Berechnungstag herzustellen. Mit Satz 2 wird festgehalten, dass die Höhe des Vergütungswegfalls entsprechend des Ausmaßes der Nichteinhaltung und den betroffenen Berufsgruppen bestimmt wird und auf die Vorgaben in Absatz 5 und 7 verwiesen.

(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 1,2fachen Wert des prozentualen Anteils der fehlenden Personalausstattung nach Satz 2 und 3. Im Jahr 2023 ergibt sich der Prozentsatz des Wegfalls des Vergütungsanspruchs aus dem 1,7fachen Wert des prozentualen Anteils der fehlenden Personalausstattung nach Satz 2 und 3.*

In Absatz 5 wird die Methodik zur Ermittlung des Vergütungswegfalls für die „Einführungsphase“ vom 1. Januar 2022 bis zum 31. Dezember 2023 geregelt. Maßgeblich für die Höhe des Vergütungswegfalls ist der Anteil der fehlenden VKS an der Gesamtzahl der Mindest-VKS für alle Berufsgruppen. Dabei wird entsprechend der Übergangsregelungen in § 16 Absatz 1 für die Jahre 2022 und 2023 klargestellt, dass die fehlenden Personalstunden in Bezug auf eine Umsetzung von 90 Prozent zu berechnen ist. Der ermittelte Anteil der Fehlstunden wird durch Multiplikation mit einem Straffaktor erhöht. Im Sinne einer gestuften Scharfschaltung wird das Jahr 2021 von Sanktionen freigestellt, für das Jahr 2022 ein Straffaktor von 1,2 und für das Jahr 2023 ein Straffaktor von 1,7 festgelegt. Die Berechnungen werden in den Tragenden Gründen zum Beschluss vom 15. Oktober 2020 (verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/beschluesse/4537/>) durch Beispiele erläutert.

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

Mit diesem Absatz wird deutlich, dass der GKV-SV weitergehende bzw. höhere Sanktionen fordert und weiterhin einen vollständigen Vergütungswegfall verfolgt. Die DKG setzt sich dafür ein, bis zur erneuten Befassung im G-BA durch den Gesetzgeber eine Klarstellung zu erreichen, dass ein vollständiger Vergütungswegfall hier nicht zum Tragen kommen kann.

(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.*

Die Benennung der Entgelte, auf die sich der Vergütungswegfall bezieht, ist auf die Forderung des GKV-SV nach Rechnungsabschlüssen zurückzuführen, die jedoch vom G-BA nicht beschlossen wurden. Die Auflistung der Entgelte umfasst sämtliche PEPP-Entgelte, auch Zusatzentgelte und krankenhausindividuelle Entgelte. Somit werden entgegen der Tragenden Gründe zum Beschluss vom 15. Oktober 2020, wonach sich die Konsequenzen auf die Entgelte beziehen sollen, an denen das therapeutische Personal bei der Behandlung beteiligt ist, auch Zusatzentgelte für Arzneimittel erfasst. Lediglich die in § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 aufgelisteten Zuschläge werden ausklammert. Nunmehr richtet sich diese Vorgabe an die Vertragsparteien auf der Ortsebene, die die „näheren Regelungen“ zur Umsetzung zu treffen haben. Für die Ermittlung des Vergütungswegfalls sind neben dem nach Absatz 5 zu ermittelnden Prozentsatz die Erlöse aus den benannten Entgelten maßgeblich, so dass hierfür die Erlössumme aus diesen Entgelten für alle Berechnungstage eines betroffenen Quartals ermittelt werden muss.

Mit Satz 2 werden wie oben zu Absatz 1 erläutert die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG mit der Umsetzung beauftragt. Wie in den o.g. Tragenden Gründen erörtert, kann der G-BA „vor dem Hintergrund der bundesgesetzlich geregelten Zuständigkeit der Vertragsparteien gemäß § 18 KHG“ über die Festlegung der konkreten Berechnung der Höhe des Vergütungswegfalls hinaus keine weitergehenden Vorgaben zur Umsetzung regeln. Da dies auch im Bundesgesetz bzw. KHG und BPfIV nicht geregelt ist, bleibt die Form der Umsetzung den Vertragsparteien auf der Ortsebene überlassen. Auch bleibt die Frage offen, ob die Durchsetzung des Vergütungswegfalls vor einer Schiedsstelle zulässig ist.

(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 Abschlages für das jeweilige Kalenderjahr in der auf die Nichterfüllung der Mitwirkungspflicht folgenden Budgetvereinbarung nach § 11 BPfIV nach Maßgabe der Vorgaben in Satz 5 und 6 fest. Werden die Mitwirkungspflichten in einem Quartal verletzt, so beträgt der quartalsbezogene Abschlag nach Satz 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.

Die Mitwirkungspflichten nach § 11 Absatz 2 und 3 in Verbindung mit § 11 Absatz 13 umfassen:

- die Übermittlung aller quartalsbezogenen Nachweise des **Erfassungsjahres 2020** bis spätestens zum 1. Juli 2021 (Korrekturfrist bereits eingeschlossen) an das IQTIG (Teil A und B) und Teil A der Nachweise an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, sowie bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben zusätzlich an die Landesaufsichtsbehörde (Teil A),
- **von 2021 bis 2024:** die quartalsbezogene Nachweisübermittlung an das IQTIG (Teil A und B) und die Landesverbände der Krankenkassen (Teil A) bis – mit Einbezug der Korrekturfrist – zwei Kalendermonate nach Ende des zu erfassenden Quartals (spätestens bis zum 1. Juni für das erste Quartal, bis zum 1. Sep-

tember für das zweite Quartal, bis zum 1. Dezember für das dritte Quartal, bis zum 1. März für das vierte Quartal),

- **ab 2024:** jährliche Übermittlung der Quartalsnachweise, mit Korrektur gemäß § 11 Absatz 12 bis zum 1. März des Folgejahres an das IQTIG (Teil A und B) und Teil A der Nachweise an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen,
- **bei Nichterfüllung:** Übermittlung von Teil A des Nachweises 14 Tage nach Ende des betreffenden Quartals an die Landesverbände der Krankenkassen und die zuständige Landesaufsichtsbehörde.

Die erste Nachweisübermittlung ist bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben im ersten Quartal 2021 bis zum 14. April 2021 an die Krankenkassen und die Landesaufsichtsbehörde erforderlich. Die zweite Frist bezüglich der Mitwirkungspflichten betrifft daraufhin den 30. April 2021 zur Übermittlung der Nachweise des Jahres 2020.

Wird eine dieser Fristen um mehr als 90 Tage überschritten, kommt der in § 13 Absatz 8 dargestellte Vergütungsabschlag zur Anwendung.

Zu beachten ist, dass die Mitwirkungs- bzw. Nachweispflichten quartalsbezogen sind und somit eine Sanktionierung für das betreffende Quartal ausgelöst wird, sobald eine davon nicht oder nicht vollständig erfüllt wird. Zudem ergibt sich daraus, dass auch für die Berechnung der Sanktionshöhe die vereinbarten Berechnungstage für ein Quartal maßgeblich sind, wobei die Regelung auf die in L1 der AEB-Psych vereinbarten Berechnungstage des gesamten Krankenhauses und nicht auf die ggf. für die jeweiligen Fachbereiche vereinbarten Berechnungstage abstellt. Zur Berechnung des Abschlages findet sich ein Berechnungsbeispiel in den Tragenden Gründen zum Beschluss vom 15. Oktober 2020. Diesem ist zu entnehmen, dass die Höhe des Abschlags davon abhängt, in wie vielen und nicht in welchen Quartalen die Mitwirkungspflichten nicht eingehalten wurden. So ist es z.B. irrelevant, ob die Nachweise des ersten und zweiten oder des ersten und vierten Quartals nicht erbracht wurden. Der Abschlag würde in beiden Fällen zwei Euro je vereinbartem Berechnungstag für das erste Quartal und fünf Euro je vereinbartem Berechnungstag für das zweite bzw. vierte Quartal des Erfassungsjahres bedeuten. Auf Grund des Bezuges auf die vereinbarten Berechnungstage des gesamten Krankenhauses können auch bei diesen scheinbar niedrigen Eurobeträgen sehr hohe Sanktionszahlungen resultieren.

Die Vertragsparteien auf der Ortsebene sind für die Umsetzung zuständig und haben die Höhe des „Abschlages“ für das jeweilige Kalenderjahr (retrospektiv) in der auf die Nichterfüllung der Mitwirkungspflicht folgenden Budgetvereinbarung nach § 11 BPfIV „festzulegen“ (prospektiv). Die konkrete Umsetzung bleibt den Vertragsparteien auf der Ortsebene überlassen. Es ist jedoch zu erwarten, dass die Krankenkassen auf Qualitätsabschlüsse gemäß § 5 Abs. 3 BPfIV abstellen werden. Diese sind gemäß BPfIV für „die Vereinbarung von Qualitätszu- und -abschlüssen auf der Grundlage der Nummer 5 und Absatz 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ in der BPfIV verankert. An den Stellen des SGB V, auf die in der BPfIV verwiesen wird, werden jedoch keine Mitwirkungspflichten geregelt. Im Ergebnis sind in der BPfIV keine konkreten Vorgaben zur Umsetzung der Sanktionen bei Verstoß gegen Mitwirkungspflichten der PPP-RL zu finden. Somit bleibt auch die Frage offen, ob die Umsetzung durch die zuständigen Stellen bzw. die Durchsetzung von Sanktionen vor einer Schiedsstelle möglich ist.

§ 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.

Die angegebenen Prozentwerte beziehen sich auf den Umsetzungsgrad der Mindestvorgaben. Die Ermittlung des Umsetzungsgrades erfolgt immer ausgehend von 100%. Erst bei der Überprüfung, ob die Mindestvorgaben laut Umsetzungsgrad eingehalten wurden, kommen die Übergangsfristen gemäß § 16 Absatz 1 zur Geltung.

(2) Die Vorgaben bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben gemäß § 13 finden erst ab dem 1. Januar 2022 Anwendung.

Für die Jahre 2020 und 2021 kommen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben die Folgen gemäß § 13 nicht zur Anwendung. Das bedeutet, dass die Leistungserbringung auch bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben bis zum 31. Dezember 2021 zulässig bleibt. Dies hat der G-BA ebenfalls in seiner FAQ-Liste (verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/richtlinien/113>) veröffentlicht. Mit Beschluss vom 18. März 2021 hat der G-BA diesen Absatz konkretisiert (verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/beschluesse/4749/>). Neben den Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben gemäß § 13 Absatz 1 bis 7 kommt auch der Vergütungsabschlag gemäß § 13 Absatz 8 bei nicht vollständiger Erfüllung der Mitwirkungspflichten erst ab dem 1. Januar 2022 zur Anwendung. Der Vergütungsabschlag betrifft also alle unvollständigen Datenlieferungen ab dem 1. Januar 2022 und somit auch die Lieferung der Nachweise des vierten Quartals 2021. Eine nicht fristgerechte Erfüllung der Mitwirkungspflichten (Nichtübermittlung von Nachweisen) ist hingegen auch im Jahr 2021 bereits mit dem Vergütungsabschlag nach § 13 Absatz 8 verknüpft.

(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.

Die Mindestvorgabe für die Jahre 2020 und 2021 ergibt sich aus der Einstufung der Patienten/-innen gemäß Psych-PV im Jahr 2019. Aus den in 2019 vorgenommenen vier Stichtagserhebungen ist die durchschnittliche Verteilung der Patienten/-innen in den Behandlungsbereichen zu ermitteln. Dieser eine Durchschnittswert bezüglich der Verteilung stellt die Grundlage für die Berechnung der Mindestvorgabe für die vier Quartale des Jahres 2020 und des Jahres 2021 dar. Es ist keine nachträgliche Korrektur des Jahres 2019 vorgesehen, das heißt die Patienten/-innen sollen nicht nachträglich im Rahmen einer Simulation der PPP-RL den neuen Kategorien zugeordnet werden. Auch ist keine Korrektur um die Patienten/-innen vorgesehen, die 2019 nicht um 14 Uhr eingestuft wurden. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass auch in den Jahren 2020 und 2021 der Korridor gemäß § 6 Absatz 4 (Abweichung um 2,5 Prozent nach oben oder unten) zum Tragen kommen kann (s. Erläuterung zu § 6 Absatz 4).

Gemäß Teil A3 und B1 der Anlage 3 sind in Tabelle A3.2 und B1.2 sowohl die Stichtagerhebungen für den Bezugszeitraum des Vorjahres als auch der Behandlungstage für das aktuelle Kalenderjahr anzugeben. Im Servicedokument sind dort die Einstufungen der Patienten/-innen in die Behandlungsbereiche an den normierten Stichtagen des IST-Jahres einzutragen. Zusätzlich sind die Einstufungen des Vorjahres einzutragen. Da im Jahr 2019 die Einstufung in der Regel nur an vier Stichtagen erfolgte, ist es ausreichend, diese Einstufungen in den Tabellen A3.2 und B1.2 nur einmal unter Angabe des konkreten Datums des jeweiligen Stichtags anzugeben.

(4) Für Einrichtungen der Psychosomatik werden bis zum 31. Dezember 2021 die Ermittlung der Mindestvorgaben nach § 6, die Ermittlung des Umsetzungsgrades nach § 7 und die Vorgaben bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben gemäß § 13 inklusive der Meldung bei Nichteinhaltung ausgesetzt. Davon unbenommen haben die Einrichtungen eine Einstufung der Patientinnen und Patienten nach § 6 Absatz 3 vorzunehmen und die tatsächliche Personalausstattung nach § 7 nachzuweisen.

Sowohl im Jahr 2020 als auch im Jahr 2021 sind in psychosomatischen Einrichtungen die tatsächliche Personalausstattung sowie die Einstufung der Patienten/-innen darzulegen. Es sind keine Mindestvorgaben und somit auch kein Umsetzungsgrad zu ermitteln und abzubilden. Die entsprechenden Tabellen im Servicedokument wurden um diesbezügliche Hinweise ergänzt. So muss als Mindestvorgabe jeweils 0 eingetragen werden.

(5) Abweichend von § 11 Absatz 2 sind die Nachweise für das Jahr 2020 und das Jahr 2021 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 ausgesetzt. Das Servicedokument nach Absatz 5 enthält dementsprechend für das Jahr 2020 und das Jahr 2021 keine Abfrage zur Anlage 3 Teil B3.

Das Servicedokument des G-BA ist unter folgendem Link abrufbar: <https://www.g-ba.de/richtlinien/113/>. Es handelt sich hierbei um zwei Excel-Dateien, die jeweils standort- und quartalsbezogen auszufüllen sind. Das Servicedokument dient nur so lange der Übermittlung der Nachweise bis eine andere technische Lösung zu Verfügung steht. In dieser sollen beispielsweise auch Plausibilitätsprüfungen, welche in dem in der Übergangsphase verwendeten Servicedokument noch nicht vorhanden sind, Anwendung finden. Das Servicedokument wurde am 22. Januar 2021 in aktualisierter Fassung auf der oben genannten Internetseite veröffentlicht. In dieser Version des Servicedokumentes wurden technische Fehler identifiziert, sodass der G-BA am 15. April 2021 die Veröffentlichung einer um die technischen Fehler bereinigten Version beschlossen hat. Die Version vom 22. Januar 2021 ist weiterhin für die Übermittlung der Nachweise des Erfassungsjahres 2020 zu verwenden. Die Version vom 15. April 2021 ist für das Erfassungsjahr 2021 zu verwenden.

Technische Rückfragen zum Servicedokument werden direkt vom IQTIG beantwortet. Die Erfassung der Regelaufgaben gemäß Anlage 3 Teil B 3 wird in Form der abgerechneten OPS-Kodes im Rahmen der langfristigen technischen Lösung umgesetzt. Die Erfassung dieser Angaben ist während der Gültigkeit des Servicedokumentes (bis Ende 2021) ausgesetzt.

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

Die Festlegung der Höchstgrenzen ist auf einen entsprechenden Hinweis des Bundesministeriums für Gesundheit in seinem Schreiben vom 20. Dezember 2019 zur Nichtbeanstandung der Richtlinie (verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-6250/2019-09-19_PPP-RL_Erstfassung_BMG.pdf) zurückzuführen. Diese gelten gemäß § 16 Absatz 7 erst ab dem 1. Januar 2023. Bis dahin wird anhand der Nachweise die vorgenommene Anrechnung geprüft und analysiert ob bereits ein Anpassungsbedarf bezüglich der festgelegten Umfänge besteht. Geprüft werden soll auch die Möglichkeit einer Anrechnung auf die Berufsgruppe der Ärzte.

Anlage 3 Nachweis

Die Tabelle B3 zur Dokumentation der Regelaufgaben nach Anlage 4 wurde mit dem Beschluss zur Beauftragung des IQTIG mit der Erstellung des Servicedokumentes bei selbiger ausgeschlossen. Dies bedeutet, dass im Servicedokument diese Tabelle nicht aufgeführt wird. So lange wie das Servicedokument verwendet wird, ist daher eine Übermittlung der Anlage B3 nicht vorgesehen. Der G-BA hat am 21. Januar 2021 beschlossen, dass im Rahmen der Spezifikation, die die Grundlage für die langfristige Lösung zur Übermittlung der Nachweise nach dem Servicedokument darstellen wird, anstelle der erbrachten Regelaufgaben der Anlage 4 in ihrem Umfang die in den Abrechnungsdaten dokumentierten OPS-Kodes zu erfassen sind.

Das Servicedokument zur Übermittlung der Nachweise des Jahres 2020 und das korrigierte Servicedokument zur Übermittlung des Erfassungsjahres 2021 finden sich unter folgendem Link: <https://www.g-ba.de/richtlinien/113/>. Am 22. Januar 2021 wurde eine aktualisierte Version des Servicedokumentes eingestellt. Mit der Überarbeitung wurden technische Fehler behoben und häufig gestellte Fragen zum Servicedokument durch entsprechende Hinweise aufgegriffen. Darüber hinaus wurde der Beschluss vom 15. Oktober 2020 umgesetzt. Die inhaltlichen Änderungen sind erst am 1. Januar 2021 in Kraft getreten und haben damit für die Nachweise des Jahres 2020 keine Wirkung mehr. Zu berücksichtigen sind die Änderungen erst im Erfassungsjahr 2021. Dies betrifft beispielsweise

- die Möglichkeit der Einstufung in die Behandlungskategorien P3 und P4,
- die Stationsklassifikation in der Tabelle A2.2,
- die differenziertere Darstellung der Ausnahmetatbestände in A6.1 bis A6.4,
- die Patienteneinstufung am nächsten Werktag, wenn der Stichtag ein Feiertag ist und
- die Berücksichtigung des Entlassungstages bei tagesklinischen Patienten/-innen als Behandlungstag.

In der Version des Servicedokumentes vom 22. Januar 2021 wurden erneut technische Fehler identifiziert, sodass der G-BA am 15. April 2021 die Veröffentlichung einer um die technischen Fehler bereinigten Version beschlossen hat. Die Version vom 22. Januar 2021 ist weiterhin für die Übermittlung der Nachweise des Erfassungsjahres 2020

zu verwenden. Die Version vom 15. April 2021 ist für das Erfassungsjahr 2021 zu verwenden.