

Stand: 1. Januar 2026

Häufig gestellte Fragen und ihre Antworten zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)

Die zur Beantwortung herangezogene PPP-RL sowie entsprechende Erläuterungen aus den Tragenden Gründen und die Themenseite zur PPP-RL können Sie den folgenden Links entnehmen:

- Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL): <https://www.g-ba.de/richtlinien/113/>
- Beschlüsse zur PPP-RL mit ihren jeweiligen Tragenden Gründen: <https://www.g-ba.de/richtlinien/113/beschluesse/>
- Themenseite zur PPP-RL: <https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/vorgaben-zur-qualitaetssicherung/vorgaben-personalausstattung-psychiatrie-psychosomatik/>

Hinweis: Da der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) kein Vorrecht auf die Auslegung seiner eigenen Beschlüsse und Richtlinien hat, bitten wir Sie zu beachten, dass es sich bei den Antworten nicht um rechtsverbindliche Auskünfte handelt.

Nr.	Frage/Hinweis	Antwort
I.	Allgemeines	
1.	Wo sind ausführlichere Erläuterungen zu einzelnen Regelungen zu finden?	Die ausführlichsten Erläuterungen zu den einzelnen Beschlüssen sind den nachfolgend aufgelisteten Tragenden Gründen über die PPP-RL zu entnehmen, da der G-BA darin seine Entscheidungen begründet bzw. interpretiert und z.B. mit Rechenbeispielen versieht. In den umfangreichen Dokumenten hilft häufig auch eine elektronische Stichwortsuche. Zur Erstfassung der PPP-RL vom 19. September 2019: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-6078/2019-09-19_PPP-RL_Erstfassung_TrG.pdf Zur Konkretisierung und Überarbeitung der Regelungen vom 15. Oktober 2020: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-7041/2020-10-15_PPP-RL_Konkretisierung_TrG.pdf Zur klarstellenden Änderung von § 16 Abs. 2 PPP-RL vom 18. März 2021: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-7372/2021-03-18_PPP-RL_Klarstellung-Aenderung-Paragraf-16_TrG.pdf Zu Fristen zur Weiterentwicklung der Richtlinie und zur Aussetzung von Regelungen für psychosomatische Einrichtungen vom 20. Mai 2021: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-7587/2021-05-20_PPP-RL_Aenderung-Fristvorgaben_TrG.pdf

		Zu Mindestvorgaben für Psychotherapeuten und zur Überarbeitung weiterer Regelungen vom 16. September 2021: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-7991/2021-09-16_PPP-RL_Mindestvorgaben-Psychotherapeuten_TrG.pdf Zur ersten Anpassung nach § 1 Abs. 3 PPP-RL vom 15. September 2022: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-9060/2022-09-15_PPP-RL_Erste-Anpassung_TrG.pdf Zu Änderungen ab dem Erfassungsjahr 2024 vom 19. Oktober 2023: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-10010/2023-10-19_PPP-RL_Aenderungen-2024_TrG.pdf Zu weiteren Änderungen zum Erfassungsjahr 2024 vom 21. März 2024: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-10449/2024-03-21_PPP-RL_weitere-Aenderungen-EJ-2024_TrG.pdf Zu Änderungen zum Erfassungsjahr 2025 vom 20. Juni 2024: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-10699/2024-06-20_PPP-RL_Aenderung-EJ-2025_TrG.pdf Zu Änderungen zum Erfassungsjahr 2026 vom 18. Juni 2025: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-11810/2025-06-18_PPP-RL_Aenderungen-EJ-2026_TrG.pdf Weitere Erläuterungen zu zurückliegenden Regelungen der PPP-RL, wie z.B. zu den Übermittlungsfristen für die Nachweise in den Einführungsjahren ab 2020 oder zur Ermittlung der Mindestvorgaben mit 14-tägiger Einstufung im Stichtagsverfahren, finden sich im <i>Archiv</i> zu älteren Versionen der FAQ-Liste zur PPP-RL unter „Häufig gestellte Fachfragen“: https://www.g-ba.de/richtlinien/113/
2.	Wie erfolgt der Nachweis über die Erfüllung der Mindestvorgaben?	Das grundsätzliche Verfahren, wann und wie die betroffenen Krankenhäuser die Erfüllung der Mindestvorgaben nachweisen müssen, ist in § 11 PPP-RL geregelt. Demnach sind die in Anlage 3 „Nachweis“ der PPP-RL aufgeführten Daten zu erfassen und elektronisch zu übermitteln. Die Mindestvorgaben sind quartalsweise zu erfüllen. Ab dem 1. Januar 2026 gelten für den Nachweis der Erfassungsjahre 2025 und 2026 unterschiedliche Regelungen. Regelungen für das Erfassungsjahr 2025 Die Nachweise sind in einen <i>Teil A</i> mit der einrichtungs- und quartalsbezogenen Dokumentation und einen <i>Teil B</i> mit der stations- und monatsbezogenen Dokumentation aufgeteilt. <i>Teil A</i> wird an das IQTIG und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen übermittelt. <i>Teil B</i> wird ausschließlich an das IQTIG übermittelt, d.h. den gesetzlichen Krankenkassen werden nur einrichtungs- und quartalsbezogene Ergebnisse (<i>Teil A</i>) übermittelt (vgl. Frage VI.1). Außerdem erfolgt die Übermittlung von <i>Teil A</i> des Nachweises an die Landesaufsichtsbehörde, wenn die Mindestvorgaben nicht erfüllt wurden. Die Übermittlung zu <i>Teil A</i> und <i>Teil B</i> erfolgt quartalsweise mittels Servicedokumenten.

Im Erfassungsjahr 2025 dokumentiert eine Stichprobe von 5% der Krankenhäuser die stations- und monatsbezogenen Nachweise des *Teils B*. Hierbei sind die entsprechenden Regelungen zu beachten.

Regelungen für das Erfassungsjahr 2026

Ab dem Erfassungsjahr 2026 entfällt die stations- und monatsbezogene Dokumentation (*Teil B* des Nachweises in Anlage 3) ersatzlos für alle Krankenhäuser.

Außerdem wird in diesem Zeitraum die Datenübermittlung umgestellt und erfolgt

- jährlich bis zum 15. Februar in dem auf die Dokumentation folgenden Jahr und
- mittels einer Spezifikation an das IQTIG und die Krankenkassen.

Übergangsweise für das Erfassungsjahr 2026 wird das Servicedokument nur noch für die Meldung einer Nichterfüllung der einrichtungs- und quartalsbezogenen Mindestvorgaben genutzt (siehe § 11 Abs. 3 PPP-RL). Diese Meldung erfolgt bis spätestens sechs Wochen nach Ende des betreffenden Quartals.

Abbildung: Überblick über die Datenübermittlung für die Erfassungsjahre 2025 und 2026

Datenübermittlung für das Erfassungsjahr 2025

- Nachweise Teil A einrichtungs- und quartalsbezogen und Teil B stations- und monatsbezogen
- Übermittlung: quartalsweise, unabhängig von Erfüllung oder Nichterfüllung der Mindestvorgaben
- mittels Servicedokument

Datenübermittlung für das Erfassungsjahr 2026

- Nachweis einrichtungs- und quartalsbezogen (Teil B entfällt)
- Übermittlung: im Erfassungsjahr 2027 für das gesamte Erfassungsjahr 2026
- mittels Spezifikation

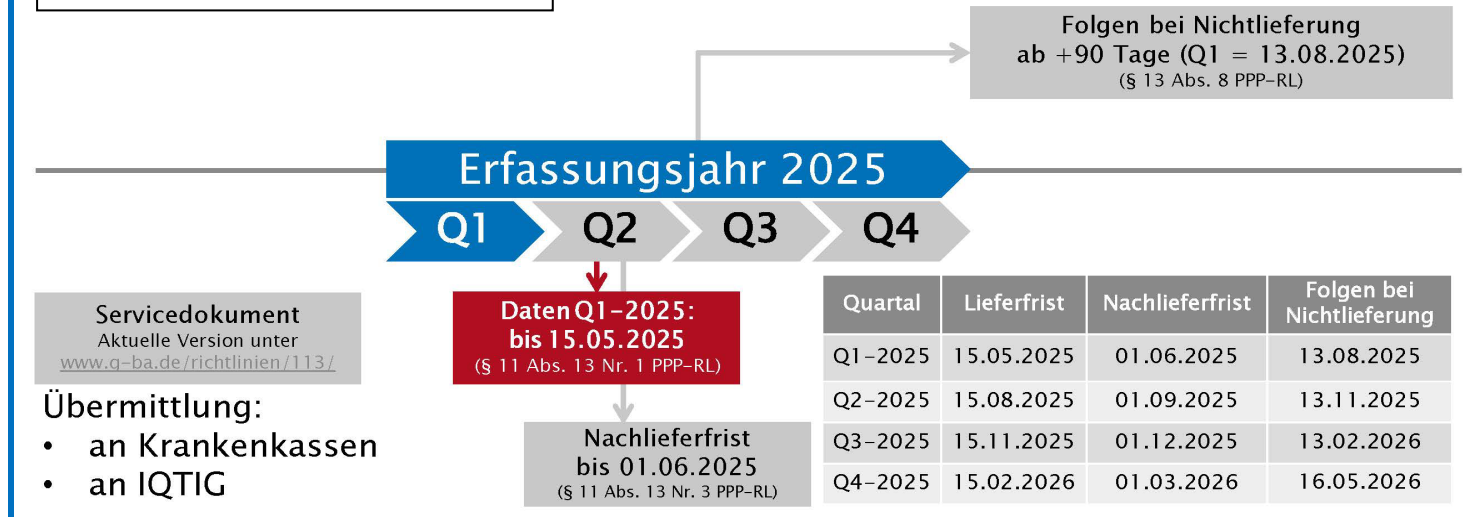
zusätzlich bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben

- quartalsweise für das jeweilige Quartal im Erfassungsjahr 2026, in dem die Mindestvorgaben nicht erfüllt wurden
- mittels Servicedokument

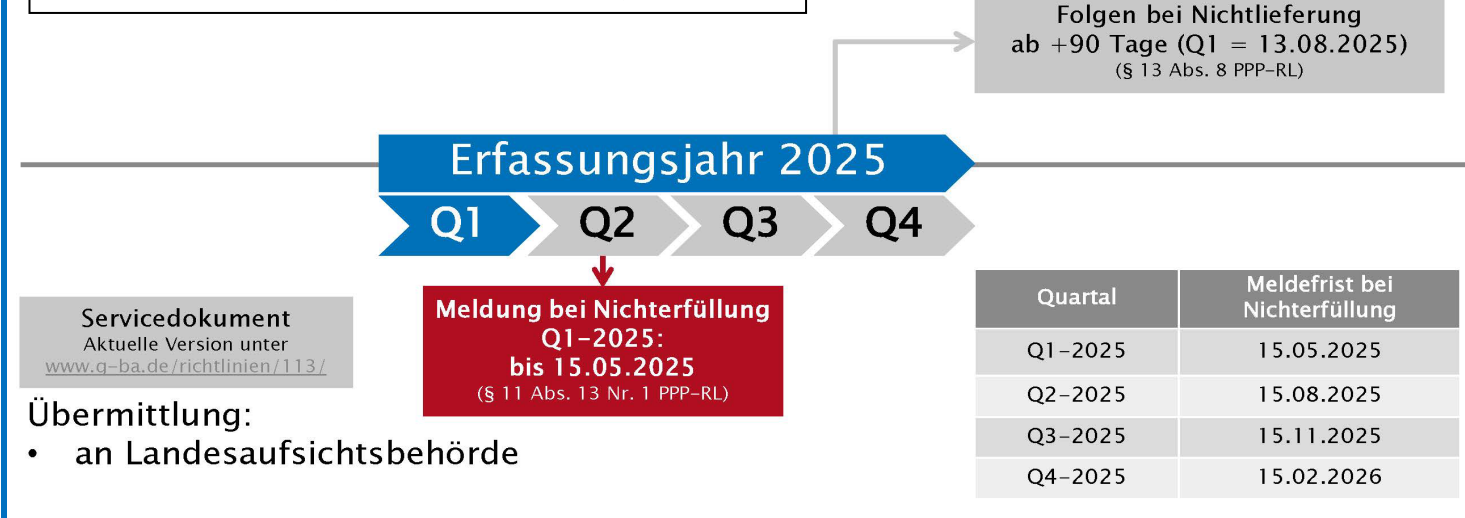
3.	Welche Übermittlungsfristen gelten im Zusammenhang mit den Nachweisen für das Erfassungsjahr 2025?	Für die Nachweise für das Erfassungsjahr 2025 ist eine quartalsweise Übermittlung festgelegt (siehe § 11 Abs. 13 Nr. 1 PPP-RL). Die Krankenhäuser übermitteln diese jeweils sechs Wochen nach Ende des zu erfassenden Quartals, spätestens aber bis zum 15. des übernächsten Monats nach Ende des Quartals in elektronischer Form an die Empfänger der Nachweise: 1. Das IQTIG erhält <i>Teil A</i> und <i>ggf. B</i> des Nachweises nach Anlage 3 der PPP-RL. <i>Teil B</i> muss im Erfassungsjahr 2025 nur von einer zufällig ausgewählten und entsprechend benachrichtigten 5%-Stichprobe der Einrichtungen übermittelt werden. 2. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen erhalten <i>Teil A</i> – ausgenommen Teil A8 sowie A9/B3 – des Nachweises nach Anlage 3 der PPP-RL. Für das Erfassungsjahr 2025 ist die Übersendung von korrigierten Daten bis zu zwei Kalendermonate nach Ende des zu erfassenden Quartals möglich. Erfüllt ein Krankenhaus die Mindestvorgaben in einem Quartal nicht, meldet es dies unverzüglich, spätestens 14 Tage nach Ende des betreffenden Quartals an die folgenden Empfänger: 1. die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen 2. die zuständige Landesaufsichtsbehörde. Erfüllt ein Krankenhaus seine Mitwirkungspflichten nach § 11 Abs. 2 und 3 i.V.m. § 11 Abs. 13 PPP-RL nicht fristgerecht, erfolgt zunächst eine schriftliche Erinnerung durch den vorgesehenen Empfänger des Nachweises an das Krankenhaus. Wird von einem Krankenhaus in einem Kalenderjahr eine der Mitwirkungspflichten – mit Ausnahme der Anzeige bei der zuständigen Landesaufsichtsbehörde – um mehr als 90 Tage überschritten, wird ein Vergütungsabschlag festgelegt. Die in § 13 Abs. 8 PPP-RL festgelegte Frist von 90 Tagen beginnt dabei mit dem Termin der regulären Lieferfrist.
----	--	---

Die folgenden Grafiken zeigen die konkreten Übermittlungsfristen für das Erfassungsjahr 2025.

Übersicht Nachweise für 2025:



Übersicht Meldung bei Nichterfüllung für 2025:



4.	Welche Übermittlungsfristen gelten im Zusammenhang mit den Nachweisen für das Erfassungsjahr 2026?	Für die Nachweise ab dem Erfassungsjahr 2026 ist eine jährliche Übermittlung festgelegt (siehe § 11 Abs. 2 PPP-RL). Die Krankenhäuser übermitteln diese jährlich bis zum 15. Februar des auf das jeweilige Erfassungsjahr folgenden Jahres in elektronischer Form an die Empfänger der Nachweise: 1. die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen 2. das IQTIG. Übermittlungsfrist der Nachweise für das Erfassungsjahr 2026 gemäß § 11 Abs. 2 PPP-RL: 15. Februar 2027 Das IQTIG prüft die übermittelten Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität und informiert das Krankenhaus bei Korrekturbedarf. Die Krankenhäuser können korrigierte Daten bis zum 1. März des folgenden Jahres übermitteln (siehe § 11 Abs. 8 PPP-RL). Nachlieferfrist gemäß § 11 Abs. 8 PPP-RL: 1. März 2027 Erfüllt ein Krankenhaus seine Mitwirkungspflichten nach § 11 Abs. 2 PPP-RL nicht fristgerecht, erfolgt zunächst eine schriftliche Erinnerung durch die Empfänger des Nachweises an das Krankenhaus. Wird von einem Krankenhaus in einem Kalenderjahr die Mitwirkungspflicht um mehr als 90 Tage überschritten, wird ein Vergütungsabschlag festgelegt. Die Frist von 90 Tagen (festgelegt in § 13 Abs. 8 PPP-RL) beginnt dabei mit dem Termin der regulären Lieferfrist. Meldung bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben für das Erfassungsjahr 2026 Erfüllt ein Krankenhaus die Mindestvorgaben in einem Quartal nicht, meldet es dies spätestens sechs Wochen nach Ende des betreffenden Quartals an die folgenden Empfänger: 1. die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen 2. die zuständige Landesaufsichtsbehörde 3. das IQTIG. Die Meldung umfasst den Nachweis nach Anlage 3 der PPP-RL ohne die Tabellen A8.1 und A9 und erfolgt im Erfassungsjahr 2026 weiterhin über das bisher zur Nachweisübermittlung genutzte Excel-Format des Servicedokuments. Übermittlungsfristen der Meldung bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben für das Erfassungsjahr 2026 (gemäß § 11 Abs. 3 PPP-RL): <table><tr><th>Quartal</th><th>Meldefrist bei Nichterfüllung</th></tr><tr><td>Q1-2026</td><td>12.05.2026</td></tr><tr><td>Q2-2026</td><td>11.08.2026</td></tr><tr><td>Q3-2026</td><td>11.11.2026</td></tr><tr><td>Q4-2026</td><td>11.02.2027</td></tr></table>	Quartal	Meldefrist bei Nichterfüllung	Q1-2026	12.05.2026	Q2-2026	11.08.2026	Q3-2026	11.11.2026	Q4-2026	11.02.2027
Quartal	Meldefrist bei Nichterfüllung											
Q1-2026	12.05.2026											
Q2-2026	11.08.2026											
Q3-2026	11.11.2026											
Q4-2026	11.02.2027											

		Eine schriftliche Erinnerung durch den vorgesehenen Empfänger der Meldung bei Nichterfüllung erfolgt nicht.
5.	Wie erfolgt die „Datenübermittlung mittels Servicedokument“ an das IQTIG?	Der G-BA hat die Veröffentlichung eines Servicedokuments für die elektronische Datenübermittlung im Excel-Format beschlossen und stellt dieses auf seinen Internetseiten zur Verfügung. Link: https://www.g-ba.de/richtlinien/113/ Ab dem Erfassungsjahr 2026 wird das Servicedokument nicht mehr für die reguläre Nachweisübermittlung der Krankenhäuser genutzt, sondern nur noch für die Meldung bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben nach § 11 Abs. 3 PPP-RL (<i>vgl. Frage I.4</i>). Im Servicedokument wird erläutert, dass sowohl für jeden Krankenhausstandort als auch für jedes neue Quartal eine Kopie des Dokuments zu erstellen ist. Die jeweiligen Excel-Dateien werden schließlich über das unter www.iqtig.org zugängliche Webportal www.ppp-webportal.de an das IQTIG übermittelt. Bei weiteren Fragen zum konkreten Prozess der Datenannahme oder zur technischen Handhabung des Dokuments wenden Sie sich bitte an den zuständigen Verfahrenssupport des IQTIG.
6.	Dürfen psychiatrische und psychosomatische Kliniken Leistungen erbringen, obwohl sie die Mindestvorgaben nicht erfüllen?	Der G-BA definiert in § 1 Abs. 2 PPP-RL, welche Krankenhäuser in den Anwendungsbereich der Richtlinie fallen. Durch die vom G-BA am 19. Oktober 2023 beschlossene Änderung in § 16 Abs. 2 PPP-RL wird die Anwendung der Rechtsfolgen des § 13 PPP-RL für die Nichterfüllung der Mindestvorgaben erst für den 1. Januar 2026 normiert. Daraus folgt für die Jahre 2020 bis 2025 eine Sanktionsfreiheit der Krankenhäuser, und die Leistungserbringung bleibt auch bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben bis zum 31. Dezember 2025 zulässig.
7.	Ab wann führt die Nichterfüllung der Mindestanforderungen eines Fachgebietes zu Konsequenzen?	Die Nichterfüllung der Mindestanforderungen eines Fachgebietes im Zeitraum vom 1. Januar 2026 bis zum 31. Dezember 2027 führt zu einem anteiligen Wegfall des Vergütungsanspruchs (siehe § 13 Abs. 5 PPP-RL). Für die Nichterfüllung eines Fachgebietes in den Jahren 2021 bis 2025 erfolgt kein Vergütungswegfall. Maßgeblich ist jeweils der Zeitraum, für den die Mindestanforderungen nicht erfüllt wurden, unabhängig von dem Zeitpunkt, an dem die Nichterfüllung festgestellt wird.
II. Psychosomatische Einrichtungen bzw. Behandlung		
1.	Inwieweit gelten die Mindestvorgaben auch für die psychosomatische Behandlung von Kindern und Jugendlichen?	Die 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 Abs. 1 SGB V bedürfen und nach Art und Schwere der Krankheit den Behandlungsbereichen gemäß § 3 in Verbindung mit Anlage 2 der PPP-RL zugeordnet werden können (siehe § 1 Abs. 2 PPP-RL). Somit gelten die Vorgaben der PPP-RL für sämtliche zugelassenen Krankenhäuser mit psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen, die eine solche – beispielsweise psychosomatische – Patientenbehandlung vornehmen. Demnach gelten für die in die jeweiligen Behandlungsbereiche einzustufenden Kinder und Jugendlichen stets die entsprechenden Minutenwerte.

2.	Ab wann erfolgt die Ermittlung der Mindestvorgaben für psychosomatische Einrichtungen?	Für Einrichtungen der Psychosomatik erfolgt seit dem Erfassungsjahr 2024 neben einer Patienteneinstufung und Übermittlung der Daten zur tatsächlichen Personalausstattung auch eine Ermittlung der Mindestvorgaben und des Umsetzungsgrades im Tagdienst (siehe § 16 Abs. 3 PPP-RL). Diese erfolgt auf Basis der Patienteneinstufung des Vorjahres. Die Vorgaben bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben sowie der Vergütungsabschlag bei nicht vollständiger Erfüllung der Mitwirkungspflichten gelten jedoch erst ab dem Erfassungsjahr 2028. Davon unberührt sind die Mitwirkungspflichten bereits seit dem 1. Januar 2020 fristgerecht zu erfüllen. Bei nicht fristgerechter Erfüllung der Mitwirkungspflichten gilt der Vergütungsabschlag gemäß § 13 Abs. 8 PPP-RL. Ferner hat sich der G-BA mit Beschluss vom 15. September 2022 darauf verständigt, für Einrichtungen der Psychosomatik keine personellen Mindestvorgaben für den Nachtdienst festzulegen (siehe § 6 Abs. 7 Satz 4 Nr. 4 PPP-RL).
III. Personelle Anrechnungen und Qualifikationen		
1.	Was ist bei den Anrechnungen zwischen den Berufsgruppen zu berücksichtigen?	Der 2. Halbsatz des § 8 Abs. 3 Satz 1 der PPP-RL zu den bei Anrechnungen zu erbringenden Regelaufgaben ist zentral für die Anrechnung von Berufsgruppen bei der Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung nach § 7 PPP-RL: Eine Berufsgruppe kann in dem Umfang auf eine andere angerechnet werden, soweit diese Regelaufgaben der Berufsgruppe, bei der die Anrechnung erfolgen soll, erbringt. Für die Anrechnungen von Berufsgruppen nach § 5 PPP-RL untereinander sind – anders als für Anrechnungen von z.B. Hilfskräften (vgl. Frage III.3) – keine fixen Höchstgrenzen festgelegt. Die Umfänge der angerechneten Fachkräfte sind im Nachweis gemäß Anlage 3 der PPP-RL gesondert auszuweisen. Zusätzlich sind diese bis zum 31. Dezember 2025 im Nachweis näher zu erläutern. Ab dem Erfassungsjahr 2026 entfällt die Erläuterung. Bei der Erstellung der Nachweise ist zu beachten, dass der im Nachweis der tatsächlichen Personalausstattung (Tabelle A5.3) angegebene Umfang der angerechneten Tätigkeiten in VKS auch im Nachweis zur Qualifikation des tatsächlichen Personals (Tabelle A8.1) einzuschließen ist. Dort erfolgt die Zuordnung unter der Berufs- bzw. Teilgruppe, von der sie tatsächlich erbracht – und nicht, auf welche sie übertragen – wurden. Diese Hinweise gelten für den Zeitraum bis einschließlich des Erfassungsjahres 2025 auch für die Tabellen B2.2 und B4.
2.	Was ist bei den Angaben zu den Qualifikationen zu berücksichtigen?	Bei den Angaben zur Qualifikation des tatsächlichen Personals in den Nachweisen unter A8.1 sind unter Berücksichtigung der Referenztabellen z.B. unter der Teilgruppe a1 – anders als bei den Angaben zur pflegerischen Teilgruppe b1 – alle Fachärztinnen und Fachärzte zu subsumieren, auch die Anzahl von a2, a3 und a4. Im Nachweisteil A8 sind die in Tabelle A5.3 angegebenen „angerechneten Tätigkeiten in VKS“ – z.B. 35 VKS von Berufsgruppe a auf Berufsgruppe c – einzuschließen. Da in Teil A8 die Qualifikation der tatsächlichen Personalausstattung dargestellt werden soll, wären diese 35 VKS entsprechend in Teil A5.3 unter der Berufsgruppe a aufzuführen. Diese Hinweise gelten für den Zeitraum bis einschließlich des Erfassungsjahres 2025 auch für die Tabellen B2.2 und B4.

3.	Inwieweit können Fach- und Hilfskräfte aus nicht in § 5 PPP-RL genannten Berufsgruppen angerechnet werden und worauf beziehen sich die Prozentwerte der geltenden Höchstgrenzen?	Die Aufzählungen der unter § 5 PPP-RL genannten Berufsgruppen sind – mit Ausnahme der Aufzählungen unter Abs. 1d, 2b und 2d – als abschließend zu betrachten. Zudem können Fach- und Hilfskräfte aus nicht in § 5 PPP-RL genannten Berufsgruppen im begrenzten Umfang angerechnet werden, soweit diese gemäß Anlage 4 der PPP-RL Regelaufgaben der Berufsgruppe, bei der die Anrechnung erfolgen soll, erbringen (siehe § 8 Abs. 5 PPP-RL). Ausgehend von den Bezugsgrößen zur Einhaltung der Mindestvorgaben sind die Vollkraftstunden pro differenzierter Einrichtung nach § 2 Abs. 5 PPP-RL (VKS-Mind) und Quartal ausschlaggebend für die Berechnung der prozentualen Höchstgrenzen für die Anrechnung von Fach- und Hilfskräften gemäß § 8 Abs. 5 PPP-RL. Die Anrechnungen sind im Nachweis gemäß Anlage 3 der PPP-RL anzugeben. Die Festlegung von Höchstgrenzen für psychosomatische Einrichtungen wird vom G-BA derzeit noch geprüft. Bis einschließlich des Erfassungsjahres 2025 muss eine Qualifikation zur Erfüllung der jeweiligen Regelaufgaben gemäß Anlage 4 vorliegen und nachgewiesen werden, die mindestens eine vergleichbare pflegerische oder therapeutische Behandlung der Patientinnen und Patienten sicherstellt. Die Qualifikationserfordernisse zur Übernahme der Regelaufgaben und Anrechenbarkeit nach § 8 Abs. 5 PPP-RL können auch durch eine mindestens fünfjährige praktische Tätigkeit in der stationären psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhausbehandlung nachgewiesen werden. Unter den o.g. Voraussetzungen ist es z.B. möglich, dass • Sportlehrer, Masseur oder Fitnesskaufleute auf Bewegungstherapeuten, • Erzieherinnen in der Erwachsenenpsychiatrie, MFA oder Pflegehilfskräfte auf Pflegefachpersonen oder • Pädagoginnen auf Sozialpädagoginnen angerechnet werden. Je nach Qualifikation und Übernahme von Regelaufgaben nach Anlage 4 der PPP-RL kann es aber auch vorkommen, dass z.B. Sportwissenschaftler oder Gymnastiklehrer der Berufsgruppe der Spezialtherapeutinnen und -therapeuten zugeordnet werden. Bei der Anrechnung in der Erwachsenenpsychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind seit dem 1. Januar 2023 berufsgruppenspezifische Höchstgrenzen von 5 bzw. 10 Prozent einzuhalten (siehe § 8 Abs. 5 und § 16 Abs. 6 PPP-RL). Diese gelten auch für sehr erfahrene Fach- und Hilfskräfte oder solche mit Zusatzqualifikationen, die nicht in § 5 PPP-RL genannt sind. Ab dem Erfassungsjahr 2026 muss keine Qualifikation zur Erfüllung der jeweiligen Regelaufgaben nachgewiesen werden. Bei der Anrechnung in der Erwachsenenpsychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind berufsgruppenspezifische Höchstgrenzen von 5 bis 15 Prozent einzuhalten (siehe § 8 Abs. 5 PPP-RL). Die Umfänge der angerechneten Fach- und Hilfskräfte sind weiterhin im Nachweis gesondert auszuweisen.
----	---	---

		Ab dem Erfassungsjahr 2026 können auch im Nachtdienst bestimmte Pflegehilfskräfte angerechnet werden (siehe § 8 Abs. 7 PPP-RL).
4.	Unter welchen Voraussetzungen können sich Fach- und Hilfskräfte, die sich in einer berufsbegleitenden Aus- oder Weiterbildung befinden, anrechnen lassen (ab Erfassungsjahr 2026)?	Fach- und Hilfskräfte, die am Stichtag 1. Januar 2025 im Krankenhaus angestellt sind und sich in einer berufsbegleitenden Aus- oder Weiterbildung zu einer der Berufsgruppen gemäß § 5 Abs. 1b, d oder f oder Abs. 2b, d oder f PPP-RL befinden, können während dieser Zeit, aber maximal fünf Jahre lang, auf die jeweilige Berufsgruppe angerechnet werden (siehe § 8 Abs. 2 PPP-RL).
5.	Können Psychologinnen und Psychologen im Praktikum angerechnet werden?	Psychologinnen und Psychologen sowie weitere Berufsgruppen in Ausbildung gemäß § 27 Abs. 4 PsychThG können bei der Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung nach § 7 PPP-RL berücksichtigt werden, wenn sie vom Krankenhaus eine Vergütung entsprechend ihrem Grundberuf erhalten (siehe § 8 Abs. 2 Satz 2 PPP-RL). In den Tragenden Gründen zum Beschluss vom 19. September 2019 wird dazu erläutert, dass es sich bei dem Grundberuf in der Regel um den Beruf der Psychologin oder des Psychologen handelt.
IV. Ermittlung der Mindestvorgaben		
1.	Wie werden die Mindestvorgaben ermittelt?	Die Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung im Tag- und Nachtdienst ist in § 6 PPP-RL geregelt. Insbesondere in den Tragenden Gründen zu den Beschlüssen vom 19. September 2019 und 15. September 2022 finden sich ausführliche Erläuterungen und Beispielrechnungen zu §§ 6 und 7 PPP-RL.
2.	Wie werden die Behandlungstage ermittelt?	Erläuterungen zur Ermittlung der Behandlungstage sind in § 6 Abs. 3 PPP-RL, in Anlage 2 (Eingruppierungsempfehlungen) sowie in den Hinweisen zum Nachweis in Anlage 3 der PPP-RL und in den Tragenden Gründen zu den Beschlüssen vom 19. September 2019 und 15. September 2022 zu finden. Seit dem 1. Januar 2024 erfolgt die Ermittlung der Behandlungstage für die einzelnen Behandlungsbereiche grundsätzlich auf Grundlage der kontinuierlichen Kodierung der Behandlungsarten des Kapitels 9 des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) in den Routinedaten. 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 Einstufung in die Behandlungsbereiche gemäß § 3 PPP-RL anhand der Eingruppierungsempfehlungen gemäß Anlage 2 zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel der Behandlungsart. Als Behandlungstage zählen der Aufnahmetag und jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthaltes bzw. bei stationsäquivalenter Behandlung Tage mit direktem Patientenkontakt. Entlassungs- oder Verlegungstage, die nicht zugleich Aufnahmetag sind, sowie Tage, an denen eine über Mitternacht hinausgehende Beurlaubung oder Abwesenheit beginnt,

		werden nicht berücksichtigt. Bei teilstationärer Behandlung ist der letzte Tag des Aufenthaltes als Behandlungstag zu berücksichtigen. In den Eingruppierungsempfehlungen in Anlage 2 sind den einzelnen Behandlungsbereichen die entsprechenden OPS-Kodes sowie die Merkmale Alter (<14 Jahre und >=14 in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie <= 65 Jahre und >65 Jahre in der Erwachsenenpsychiatrie), Hauptdiagnose (Hauptdiagnose aus ICD F10-F19 und andere Hauptdiagnose in der Erwachsenenpsychiatrie) und Aufnahmegrund (vollstationär, teilstationär, stationsäquivalent) zugeordnet. Diese Merkmale – Alter, Hauptdiagnose und Aufnahmegrund – sind ein Bestandteil der Routinedaten. Die OPS-Kodes sind zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel der Behandlungsart in den Routinedaten anzugeben. Auf Grundlage der laufenden Kodierung der Behandlungsarten des OPS sowie weiterer Angaben in den Routinedaten kann die Anzahl der Behandlungstage gemäß § 3 PPP-RL direkt und vollständig ermittelt werden. Für die Zählung der Behandlungstage gelten die bisher in Anlage 3 festgelegten Vorgaben, die im Absatz übernommen werden. Da die Kodierung der Behandlungsarten laufend erfolgt, kann unmittelbar nach Abschluss des Quartals eine Ermittlung der Behandlungstage anhand der zu diesem Zeitpunkt vorliegenden Kodierung erfolgen. Soweit die Behandlung über das Quartalsende hinaus fortgesetzt wird, sind ausschließlich die Kalendertage innerhalb des abgelaufenen Quartals zu berücksichtigen. Endet die vollstationäre Behandlung am letzten Kalendertag des Quartals oder beginnt eine über Mitternacht hinausgehende Abwesenheit, so ist dieser Tag nicht als Behandlungstag zu berücksichtigen.
3.	Wie sind die Vollkraftstunden (VKS) der Fachkräfte im Nachweis (Tabelle A5.1) anzugeben?	In der Spalte „Fachkräfte der Berufsgruppen nach PPP-RL in VKS“ (Spalte 5 der Tabelle A5.1 in Anlage 3 der PPP-RL bzw. Spalte F im Servicedokument) sind die tatsächlichen Vollkraftstunden (VKS) der Fachkräfte aus den Berufsgruppen (Buchstaben a bis f nach § 5 PPP-RL) einzutragen. In der Berufsgruppe b sind beispielsweise alle Pflegefachpersonen zu berücksichtigen, die in § 5 PPP-RL definiert sind. Diese Angabe gilt für die jeweilige differenzierte Einrichtung der Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dabei sind folgende Punkte zu beachten: • Relevante Stunden: Es dürfen nur jene VKS berücksichtigt werden, die gemäß § 7 Abs. 1 PPP-RL tatsächlich für die jeweilige Berufsgruppe geleistet wurden. • Anrechnung: Wenn VKS einer Berufsgruppe anteilig auf eine andere Berufsgruppe angerechnet werden (z. B. wenn Ärzte Leistungen erbringen, die Psychologen zugerechnet werden), müssen diese VKS bei der Berufsgruppe eingetragen werden, auf die die Anrechnung erfolgt (im Beispiel: bei den Psychologen). • Keine Doppelzählung: Es ist nicht zulässig, geleistete VKS doppelt auszuweisen (d. h. sie dürfen nicht bei der ursprünglichen Berufsgruppe und gleichzeitig bei der Berufsgruppe der Anrechnung gezählt werden).

4.	Was ist im Nachweisteil A9 (Datenfelder zur Leistungsdokumentation) bei der Ermittlung der Gültigkeitsdauer zeitraumbezogener OPS-Kodes zu berücksichtigen?	Für die Dokumentation der OPS-Kodes im Nachweisteil A9 der Anlage 3 der PPP-RL sind folgende Hinweise zu berücksichtigen: Für die spezifischen zeitraumbezogenen OPS-Kodes 9-607, 9-617, 9-618, 9-619, 9-61a, 9-61b, 9-626, 9-634, 9-656, 9-672 und 9-686 muss eine Gültigkeitsdauer angegeben werden. Diese Gültigkeitsdauer ist die Anzahl der Tage bis zum Ende der Behandlung oder bis zum Wechsel der Behandlungsart. Wichtig dabei ist die Zählweise: Der Tag der Entlassung beziehungsweise des Wechsels der Behandlungsart wird nicht gezählt, es sei denn, dieser Tag ist gleichzeitig der Tag des Behandlungsbeginns. Die Regelung, wie mit Quartalsüberliegern zu verfahren ist, findet sich im Ausfüllhinweis zur Tabellenspalte 1 in Anlage 3 Teil A9 der PPP-RL: „Bei zeitraumbezogenen OPS-Kodes erfolgt die Zuordnung zum Quartal, in dem der Gültigkeitszeitraum beginnt.“ Ergänzend findet sich dazu in den Tragenden Gründen zum Beschluss der Richtlinienänderung vom 15. September 2022 folgender Satz: „Soweit die Behandlung über das Quartalsende hinaus fortgesetzt wird, sind ausschließlich die Kalendertage innerhalb des abgelaufenen Quartals zu berücksichtigen.“ Entsprechend ist die Gültigkeitsdauer des OPS-Kodes bis zum letzten Tag innerhalb des zu übermittelnden Quartals zu zählen. Wenn zum Zeitpunkt der Datenlieferung kein vollständiger Gültigkeitszeitraum ermittelt werden kann, weil die Behandlung weder abgeschlossen noch die Behandlungsart gewechselt wurde, wird die Gültigkeitsdauer des OPS-Kodes maximal bis zum letzten Tag innerhalb des zu übermittelnden Quartals gezählt. Der Fall ist, da er dem ursprünglichen Quartal zugeordnet wurde, im Folgequartal nicht erneut zu dokumentieren.
5.	Was ist bei den Angaben zum Nachtdienst zu berücksichtigen?	Die Nachweise zur Pflegepersonalausstattung im Nachtdienst wurden mit Beschluss vom 15. September 2022 ab dem Erfassungsjahr 2023 geändert. Regelungen zum Nachtdienst ab dem Erfassungsjahr 2023 finden sich insbesondere in § 6 Abs. 7 und 8 sowie § 7 Abs. 5 und 6 PPP-RL, und entsprechende Erläuterungen sowie Berechnungsbeispiele finden sich in den zugehörigen Tragenden Gründen zum o.g. Beschluss. Für die Zeit vom 1. Januar 2024 bis 31. Dezember 2027 gelten Mindestvorgaben für die pflegerischen Nachtdienste in der Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie, bei deren Nichteinhaltung aber keine Folgen nach § 13 Abs. 1 bis 7 PPP-RL festgelegt sind. Für Einrichtungen ohne Intensivpatientinnen und Intensivpatienten und Einrichtungen der Psychosomatik wurden nach § 6 Abs. 7 Nr. 4 PPP-RL keine Mindestvorgaben für den Nachtdienst festgelegt. Ab dem Erfassungsjahr 2026 können auch im Nachtdienst bestimmte Pflegehilfskräfte angerechnet werden (siehe § 8 Abs. 7 PPP-RL).
6.	Was ist bei den Angaben zur gesetzlichen Unterbringung und landesrechtlichen	Wie auch in den Tragenden Gründen zu den G-BA-Beschlüssen zur PPP-RL erläutert wird, soll in Teil A1 des Nachweises gemäß Anlage 3 der PPP-RL die Anzahl von Behandlungstagen bei <i>Patientinnen oder Patienten mit gesetzlicher Unterbringung oder landesrechtlicher Verpflichtung zur Aufnahme</i> angegeben werden. In Teil A1 werden unter Nr. 5 die Behandlungstage aller Patientinnen und Patienten mit Unterbringung nach BGB und mit Unterbringung nach PsychKG sowie unter Nr. 6 jene mit einer landesrechtlichen Verpflichtung zur Aufnahme gezählt. Bei der landesrechtlichen Verpflichtung zur Aufnahme handelt es sich

	Verpflichtung zur Aufnahme zu beachten?	in der Regel um eine über die alleinige Ausweisung des Krankenhauses im Krankenhausplan des Landes hinausgehende Pflicht zur regionalen psychiatrischen Versorgung. Die Behandlungstage mit gesetzlicher Unterbringung und jene mit landesrechtlicher Verpflichtung zur Aufnahme sind getrennt auszuweisen. Die Tage mit gesetzlicher Unterbringung gelten nicht als Behandlungstage mit landesrechtlicher Verpflichtung zur Aufnahme. Wird die gesetzliche Unterbringung beispielsweise nach einigen Tagen mit richterlichem Beschluss aufgehoben und die Behandlung freiwillig fortgeführt, fallen die restlichen Tage in die Kategorie der landesrechtlichen Verpflichtung zur Aufnahme und sind ab dem Zeitpunkt dort entsprechend auszuweisen. <i>Beispiel:</i> Ein Patient wird an 30 Behandlungstagen stationär behandelt. Nach den ersten 5 Behandlungstagen wird er ein Patient mit gesetzlicher Unterbringung. Nach weiteren 10 Tagen wird er bis zur Entlassung ein Patient mit landesrechtlicher Verpflichtung zur Aufnahme. Im Nachweis sind 10 Behandlungstage bei der Angabe Nr. 5 (mit gesetzlicher Unterbringung) und 15 Behandlungstage bei der Angabe Nr. 6 (mit landesrechtlicher Verpflichtung zur Aufnahme) zu berücksichtigen.
7.	Wie erfolgt die konkrete Berechnung des Prozentsatzes für den Ausnahmetatbestand bei kurzfristig stark erhöhter Patientenanzahl in der Pflichtversorgung (§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 PPP-RL)?	Für die Berechnung des Prozentwertes wurde in den Tragenden Gründen zum Beschluss vom 15. Oktober 2020 eine Konkretisierung und ein Berechnungsbeispiel ergänzt. Demnach wird die Anzahl der Behandlungstage im aktuellen Jahr durch den Vergleichswert im Vorjahr dividiert. Der Durchschnittswert des Vorjahres wird aus der Zahl der Behandlungstage bei Patientinnen und Patienten mit gesetzlicher Unterbringung oder landesrechtlicher Verpflichtung zur Aufnahme im gesamten Vorjahr geteilt durch die Anzahl der Kalendertage des Vorjahres und multipliziert mit der Anzahl der Tage im Bezugszeitraum (z. B. 90 Tagen für das erste Quartal 2021). Ein Abweichen von den verbindlichen Mindestpersonalvorgaben ist dann zulässig, wenn der Prozentsatz größer als 110 Prozent ist. Formel: $\text{Prozentsatz} = \text{Anzahl Behandlungstage im aktuellen Jahr} / \text{Durchschnittswert des Vorjahres}$ <i>Berechnungsbeispiel:</i> Die Anzahl von Behandlungstagen bei Patientinnen und Patienten mit gesetzlicher Unterbringung oder landesrechtlicher Verpflichtung zur Aufnahme beträgt in einem Krankenhaus im Fachgebiet der Erwachsenenpsychiatrie im ersten Quartal 2021 4.500. Im gesamten Vorjahr 2020 gab es im Fachgebiet 16.000 Behandlungstage bei Patientinnen und Patienten mit gesetzlicher Unterbringung oder landesrechtlicher Verpflichtung zur Aufnahme. Das erste Quartal 2021 hat 90 Kalendertage, und das Kalenderjahr 2020 hat 366 Kalendertage. Durchschnittswert des Vorjahres $= (16.000 \text{ Behandlungstage} / 366 \text{ Kalendertage}) * 90 \text{ Kalendertage}$ $= 3.934 \text{ Behandlungstage}$ Prozentsatz $= 4.500 \text{ Behandlungstage im aktuellen Jahr} / 3.934 \text{ Behandlungstage im Vorjahr}$ $= 1,14 = 114 \text{ Prozent}$

		Fazit: Ein Abweichen von den verbindlichen Mindestpersonalvorgaben ist zulässig, da der ermittelte Prozentsatz mit 114 Prozent größer ist als 110 Prozent.
8.	Wie erfolgt eine Berücksichtigung von geleisteten Stunden von Pflegefachpersonen an Wochenenden und (Wochen-)Feiertagen bei der Berechnung der VKS-Ist?	Die Minutenwerte bei Pflegefachpersonen gemäß § 5 PPP-RL gelten bei einer gleichbleibenden Personalbesetzung im Pflegedienst an Wochenenden und Feiertagen (siehe § 4 Abs. 3 PPP-RL). Demnach ist die von Pflegefachpersonen an Wochenenden und (Wochen-)Feiertagen geleistete Arbeit in den VKS-Ist zu berücksichtigen. Ausschlaggebend ist die Anwesenheit der Pflegefachkraft. In den Mindestvorgaben für den Regeldienst am Tag und in der Nacht sind u. a. die Ausfallzeiten, z. B. für Wochenfeiertage, Urlaub oder Arbeitsunfähigkeit, nicht berücksichtigt (siehe § 2 Abs. 10 PPP-RL). Dies bezieht sich auf die Zeiten, in denen das Personal nicht konkret in der Patientenversorgung tätig ist, weil z. B. ein Ausgleichstag für einen am Wochenende oder Feiertag geleisteten Dienst erfolgt.
V. Qualitätsempfehlungen		
1.	Welche Bedeutung hat die Empfehlung zum Einsatz qualifizierter Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung?	Neben Mindestpersonalvorgaben, die zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen sollen, enthält die PPP-RL in § 9 weitere Qualitätsempfehlungen. So sollen in der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik Genesungsbegleiterinnen oder Genesungsbegleiter auf den Stationen eingesetzt werden. Eine Qualifikation wird in der PPP-RL nicht festgelegt und könnte z. B. durch ein EX-IN-Zertifikat oder eine entsprechende Qualifikation erreicht werden. Der Schwerpunkt ihrer Tätigkeit liegt auf der Begleitung der Patientinnen und Patienten und dem recoveryorientierten Arbeiten im Team. Ihre Tätigkeiten sind nicht mit denen der Berufsgruppen gemäß § 5 PPP-RL austauschbar oder gegenseitig anrechenbar. Alle Aufgaben werden in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten und dem therapeutischen Team erfüllt. Die Kernaufgaben der Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter ergeben sich aus Anlage 5 der zum 1. Januar 2023 geänderten PPP-RL. Das Krankenhaus hat gemäß Anlage 3 der PPP-RL dem IQTIG einen Nachweis über die Anzahl der Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter zu übermitteln (siehe Tabelle A8.1 und ggf. B4.1). Die Aufnahme der Kernaufgaben in die PPP-RL hat zum Ziel, die Etablierung von qualifizierten Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleitern in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung weiter voranzubringen.
VI. Ausblick		
1.	Was passiert mit den übermittelten Nachweisdaten?	Wie unter <i>Frage 1.2</i> beschrieben, werden die Nachweisdaten ab dem Erfassungsjahr 2026 gemäß § 11 Abs. 2 PPP-RL an das IQTIG und an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben gemäß § 11 Abs. 3 PPP-RL an die Landesaufsichtsbehörden übermittelt. Das IQTIG prüft die übermittelten Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität. Sollte es Korrekturbedarf feststellen, kann das Krankenhaus an die Absender nach § 11 Abs. 2 PPP-RL korrigierte Daten übermitteln. Anschließend wertet das IQTIG die Nachweisdaten im Auftrag des G-BA aus mit dem Ziel, Transparenz über den Personaleinsatz herzustellen, einen Überblick über den Stand der Erfüllung der festgelegten Mindestanforderungen und Daten für die Weiterentwicklung der Richtlinie zu erhalten. Die Berichte des IQTIG werden seit

		dem zweiten Quartal des Erfassungsjahres 2021 vom G-BA veröffentlicht. Ab dem Erfassungsjahr 2026 erfolgt die Veröffentlichung des IQTIG in Form eines Jahresberichts. Die Information, ob und in welchem Umfang die Mindestvorgaben für die Personalausstattung erfüllt werden, wird zudem in den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser seit dem Berichtsjahr 2022 veröffentlicht.
2.	Inwieweit ist eine Weiterentwicklung der PPP-RL geplant?	Die kontinuierliche Weiterentwicklung und Anpassung der Inhalte der PPP-RL hat der G-BA bereits mit der Erstfassung in § 14 PPP-RL festgelegt. Ein ergänzender Beschluss zur Weiterentwicklung der Regelungen wurde am 15. September 2022 zu § 1 Abs. 3 PPP-RL gefasst. Weitere Regelungen sollen im weiteren Verlauf überprüft, gegebenenfalls angepasst oder neu definiert werden (siehe § 14 Abs. 2 PPP-RL). Darüber hinaus lässt der G-BA die Auswirkungen dieser Richtlinie auf die Versorgungsqualität in Deutschland evaluieren. In der Evaluation wird untersucht, ob die Ziele der Richtlinie erreicht wurden und ob die Mindestvorgaben der Richtlinie geeignet sind, den angestrebten Zweck zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse darzustellen. Der G-BA hat die Evaluation so beauftragt, dass zum Anfang der Jahre 2025 und 2028 jeweils ein Evaluationsbericht vorliegt.
3.	Wie erfolgt die Datenübermittlung mittels Spezifikation?	Ab dem Erfassungsjahr 2026 erfolgt die reguläre Datenübermittlung nach § 11 Abs. 2 PPP-RL nicht mehr per Excel-Datei, sondern jährlich auf Basis einer Spezifikation. Die Beschlüsse zu den Spezifikationsempfehlungen und diesbezüglichen Beauftragungen des IQTIG sind den Internetseiten des G-BA zu entnehmen.