Richtlinie

GBA
Gemeinsamer
Bundesausschuss

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

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

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

zuletzt geändert am 18. Juni 2026, 16. Juli 2026 und 19. November 2026
Veröffentlichung im Bundesanzeiger (BAnz AT TT.MM.JJJJ BX)
Inkrafttreten mit Wirkung vom 1. Januar 2027

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

Inhalt

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

Anlage 1 Minutenwertetabellen ... 19

Anlage 2 Eingruppierungskriterien ... 21

Anlage 3 Nachweis ... 29

Anlage 4 Regelaufgaben ... 52

Anlage 5 Kernaufgaben der Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter ... 74

Anlage 6 Prüfregeln ... 75

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

§ 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 2022. Eine weitere Anpassung hinsichtlich der künftigen Ausgestaltung der Personalvorgaben, die zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen sollen, wird unter Berücksichtigung der Auswertung der Datenlieferungen der Krankenhäuser aus dieser Richtlinie nach Finalisierung und Auswertung der derzeit in der Wissenschaft und von den Fachgesellschaften diskutierten Personalbemessungsmodelle bis zum 31. Dezember 2026 erfolgen.

§ 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.

(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.

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

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

(5) Die Mindestvorgaben für den Tagdienst sind in § 6 Absatz 1 geregelt. 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 für den Tagdienst sind quartalsdurchschnittlich auf Einrichtungsebene,

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

differenziert nach Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie, zu erfüllen.

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

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

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

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

(10) In den Mindestvorgaben für den Regeldienst am Tag und in der Nacht sind nicht berücksichtigt:

- die Ausfallzeiten (Wochenfeiertage, Urlaub, Arbeitsunfähigkeit, Schutzfristen, Kur- und Heilverfahren, Wehrübungen, externe Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, Tätigkeiten im Personalrat, im Betriebsrat, in der Mitarbeitervertretung, in der Vertretung ausländischer, schwerbehinderter oder suchterkrankter Beschäftigter, als Sicherheitsbeauftragte oder Sicherheitsbeauftragter, als Beauftragte oder Beauftragter für Arbeitssicherheit, als Hygienebeauftragte oder Hygienebeauftragter, als Gleichstellungsbeauftragte oder Gleichstellungsbeauftragter und weitere relevante Ausfallzeiten)
- die Besonderheiten der strukturellen und organisatorischen Situation der Einrichtung gemäß § 2 Absatz 5 Satz 3
- die Besonderheiten der durch den Nachtdienst zu begleitenden und betreuenden Patientinnen und Patienten, die durch den Anteil der Intensivbehandlung nach § 6 Absatz 7 nicht abgedeckt werden
- Leitungskräfte, Bereitschaftsdienste außerhalb des Regeldienstes, ärztliche Rufbereitschaft, pflegerische (Ruf-)Bereitschaftsdienste in der Nacht, ärztlicher Konsiliardienst, Tätigkeiten in Nachtkliniken, Genesungsbegleitung
- die gegebenenfalls über die Mindestvorgaben hinausgehende Personalausstattung, die zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Versorgung erforderlich ist, sowie
- die Besonderheiten der strukturellen, organisatorischen und personellen Ausstattung einer Einrichtung gemäß § 2 Absatz 5 Satz 3 zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung.

Diese Punkte sind bei der Budgetvereinbarung auf der Ortsebene zu berücksichtigen. Im Rahmen seiner Personalplanung hat das Krankenhaus sicherzustellen, dass über die Mindestvorgaben hinaus auch entsprechendes Personal zur Abdeckung dieser Zeiten vorgehalten wird.

(11) Eine Station im Sinne dieser Richtlinie ist die kleinste bettenführende organisatorische Einheit in der Patientenversorgung am Standort eines Krankenhauses, die räumlich ausgewiesen ist und die anhand einer ihr zugewiesenen individuellen Bezeichnung auch für Dritte identifizierbar ist. Jede Station muss einem Fachgebiet zugeordnet werden. Das einer Station zugeordnete Personal sowie seine Leitungsstruktur lassen sich den Organisations- und Dienstplänen des Krankenhauses entnehmen.

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 91 SGB V

§ 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 Eingruppierungskriterien gemäß Anlage 2 zugeordnet:

A	Allgemeine Psychiatrie
A1	Regelbehandlung
A2	Intensivbehandlung
A6	Tagesklinische Behandlung
A7	Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung
A8	Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär
A9	Stationsäquivalente Behandlung
S	Menschen mit Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit
S1	Regelbehandlung
S2	Intensivbehandlung
S6	Tagesklinische Behandlung
S9	Stationsäquivalente Behandlung
G	Gerontopsychiatrie
G1	Regelbehandlung
G2	Intensivbehandlung
G6	Tagesklinische Behandlung
G9	Stationsäquivalente Behandlung
P	Psychosomatik
P1	Psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung
P2	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung
P3	Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung
P4	Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung
P5	Intensivierte integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung
P6	Psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung teilstationär
P7	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 Eingruppierungskriterien gemäß Anlage 2 zugeordnet:

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

KJ Kinder- und Jugendpsychiatrie

KJ1 Kinderpsychiatrische Regel- und Intensivbehandlung

KJ2 Jugendpsychiatrische Regelbehandlung

KJ3 Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung

KJ6 Eltern-Kind-Behandlung

KJ7 Tagesklinische Behandlung

KJ9 Stationsäquivalente Behandlung

§ 4 Definition der Tätigkeiten sowie der Tag- und Nachtdienste

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

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

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

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

§ 5 Berufsgruppen

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

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

b) Pflegefachpersonen (Dazu gehören Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpflegerinnen und Altenpfleger, Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger. Dazu zählen auch Pflegefachpersonen mit einer Weiterbildung im Bereich Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie sowie Personen mit Hochschulabschluss Bachelor bzw. Master Psychiatrische Pflege.)

c) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen (Dazu zählen Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen, Master in Psychologie, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 1. September 2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) sowie Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten für Erwachsene.)

d) Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten (z. B. Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten und Künstlerische Therapeutinnen und Künstlerische Therapeuten),

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

e) *(nicht besetzt)*

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

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

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

b) Pflegefachpersonen gemäß Absatz 1 und Erziehungsdienst (pädagogisch-pflegerische Fachpersonen, z. B. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, Erzieherinnen und Erzieher, Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieherinnen und Jugend- und Heimerzieher)

c) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen (Dazu zählen Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen, Master in Psychologie, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 1. September 2020 geltenden Fassung des PsychThG, Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche bzw. für Erwachsene.)

d) Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten (z. B. Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Künstlerische Therapeutinnen und Künstlerische Therapeuten, Sprachheiltherapeutinnen und Sprachheiltherapeuten, Logopädinnen und Logopäden), Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

e) *(nicht besetzt)*

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

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

§ 6 Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung

(1) Die Mindestvorgaben für die Personalausstattung im Tagdienst 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 im Tagdienst ist kaufmännisch ohne Nachkommastelle, die Zwischenwerte sind kaufmännisch auf zwei Nachkommastellen zu runden.

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

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

(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 Einstufung in die Behandlungsbereiche gemäß § 3 anhand der Eingruppierungskriterien 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.

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

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

(6) Die Minutenwerte sind um 10 Prozent zu verringern, wenn eine Einrichtung keine Versorgungsverpflichtung hat. Bei der Ermittlung der Minutenwerte der VKS-Mind erfolgt bei den tagesklinischen Behandlungsbereichen A6, A8, S6, G6 sowie KJ7 gemäß § 3 Absatz 1 und 2 unabhängig von einer Versorgungsverpflichtung kein Abzug nach Satz 1.

(7) Für den Nachtdienst gemäß § 4 Absatz 4 werden Mindestvorgaben für die Anzahl der in einer Einrichtung im Nachtdienst tätigen Pflegefachpersonen gemäß § 5 Absatz 1 Buchstabe b und Absatz 2 Buchstabe b festgelegt. Die Festlegung erfolgt über die Anzahl von Nachtdienstplätzen, die in einer Einrichtung in Abhängigkeit vom Anteil der Intensivpatientinnen und Intensivpatienten für die jeweilige Anzahl von vollstationären Betten der empfohlenen Stationsgröße nach § 9 Absatz 1 einzusetzen sind. In der Zeit vom 1. Januar 2023 bis zum 31. Dezember 2023 wird keine Mindestvorgabe für die Anzahl der in einer Einrichtung im Nachtdienst tätigen Pflegefachpersonen gemäß § 5 Absatz 1 Buchstabe b und Absatz 2 Buchstabe b festgelegt. In der Zeit vom 1. Januar 2024 bis 31. Dezember 2027 gelten folgende Mindestvorgaben:

1. in Einrichtungen mit einem Anteil Intensivpatientinnen und Intensivpatienten von über 35 % sind mindestens 1,6 Nachtdienstplätze je empfohlener Stationsgröße nach § 9 Absatz 1 zu besetzen,
2. in Einrichtungen mit einem Anteil Intensivpatientinnen und Intensivpatienten von über 20 % und bis einschließlich 35 % sind mindestens 1,4 Nachtdienstplätze je empfohlener Stationsgröße nach § 9 Absatz 1 zu besetzen,
3. in Einrichtungen mit einem Anteil Intensivpatientinnen und Intensivpatienten von über 0 % und bis einschließlich 20 % sind mindestens 1,2 Nachtdienstplätze je empfohlener Stationsgröße nach § 9 Absatz 1 zu besetzen und
4. für Einrichtungen der Psychosomatik und Einrichtungen ohne Intensivpatientinnen und Intensivpatienten werden keine Mindestvorgaben festgelegt.

Spätestens bis zum 30. Juni 2027 trifft der G-BA Entscheidungen über Folgeregelungen für den Nachtdienst.

(8) Die Mindestvorgabe für den Nachtdienst wird ermittelt, indem in einem ersten Schritt für die Erwachsenenpsychiatrie die Anzahl der vollstationären Betten der Einrichtung durch 18 und für die Kinder- und Jugendpsychiatrie durch 12 geteilt wird. Der so berechnete Wert wird in einem zweiten Schritt in Abhängigkeit vom Anteil an Intensivpatientinnen und Intensivpatienten der Einrichtung mit dem entsprechenden Faktor nach Absatz 7 multipliziert.

Vorbehaltlicher Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gemäß § 94 SGB V

Der Anteil an Intensivpatientinnen und Intensivpatienten einer Einrichtung der Erwachsenenpsychiatrie wird berechnet, indem die Anzahl der Behandlungstage in den Behandlungsbereichen A2, G2 und S2 durch die Anzahl der Behandlungstage in allen vollstationären Behandlungsbereichen geteilt und mit 100 multipliziert wird. Für die Berechnung des Anteils an Intensivpatientinnen und Intensivpatienten einer Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind die Behandlungsbereiche KJ1 und KJ3 maßgeblich. Grundlage der Berechnungen sind jeweils die Behandlungstage in den ersten drei Quartalen des Vorjahres. Zur Ermittlung der Vollkraftstunden (VKS) für den Nachtdienst wird der nach den Vorgaben der Sätze 1 bis 5 ermittelte Wert mit 10 multipliziert und damit in Stunden umgerechnet. Das Ergebnis der Mindestvorgaben für die Personalausstattung ist kaufmännisch ohne Nachkommastelle, die Zwischenwerte sind kaufmännisch auf zwei Nachkommastellen zu runden.

§ 7 Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und Umsetzungsgrad

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

(2) Für die Ermittlung des Umsetzungsgrades wird zunächst für jede Berufsgruppe pro Einrichtung gemäß § 2 Absatz 5 Satz 3 der Umsetzungsgrad berechnet. Der Umsetzungsgrad pro Berufsgruppe je Quartal ergibt sich aus dem Quotienten der tatsächlichen VKS (VKS-Ist) zu den Mindestvorgaben für den Tagdienst (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 für den Tagdienst sind erfüllt, wenn keine der Berufsgruppen in der Einrichtung einen Umsetzungsgrad unter 100 Prozent hat. Auf die Übergangsregelung in § 16 wird verwiesen.

(5) Die Mindestvorgaben für den Nachtdienst sind einrichtungsbezogen in den Fachgebieten Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie in mehr als 90 Prozent der Nächte des Quartals zu erfüllen. Nächte gelten als erfüllt, wenn die tatsächlich geleisteten Vollkraftstunden größer oder gleich der Mindestvorgabe nach § 6 Absatz 8 sind. Die Einführungsstufen der Übergangsregelung in § 16 Absatz 1 finden bei den Mindestvorgaben für den Nachtdienst keine Anwendung. Für die Mindestvorgaben für den Nachtdienst werden bis zum 31. Dezember 2027 keine Folgen bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben nach § 13 Absatz 1 bis 7 festgelegt.

(6) Für die Pflegepersonalausstattung in der Nacht werden alle Pflegefachpersonen gemäß § 5 berücksichtigt, die im Nachtdienst tätig waren. Dabei sind Pflegefachpersonen gemäß § 5, die an einem Arbeitstag im Tagdienst und im Nachtdienst gemäß § 4 Absatz 3 tätig waren, anteilig zuzuordnen.

§ 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

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

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 Pflegeberufegesetzes vorgegebenen Verhältnis anzurechnen. Psychologinnen und Psychologen sowie weitere Berufsgruppen in Ausbildung gemäß § 27 Absatz 4 PsychThG sind zu berücksichtigen, wenn diese vom Krankenhaus eine Vergütung entsprechend ihrem Grundberuf erhalten. Fach- und Hilfskräfte, die mit Stichtag 1. Januar 2025 am Krankenhaus beschäftigt sind und sich in einer berufsbegleitenden Aus- oder Weiterbildung zu einer der Berufsgruppen gemäß § 5 Absatz 1 Buchstabe b, d und f, Absatz 2 Buchstabe b, d und f befinden, können während ihrer Aus- oder Weiterbildung bis zu fünf Jahre auf die jeweilige Berufsgruppe angerechnet werden.

(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. Die Einhaltung der berufsrechtlichen Vorgaben bei der Übertragung der Erfüllung von Regelaufgaben liegt in der Verantwortung des Krankenhauses. 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 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 und f. Bis zum 31. Dezember 2027 ist eine Anrechnung von der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b, d und f möglich. Der G-BA entscheidet bis zum 30. Juni 2027 über eine zukünftige Ausgestaltung der Anrechnungsregelung nach Satz 5. Die Umfänge der angerechneten Fachkräfte sind im Nachweis gesondert auszuweisen.

(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. Damit ist eine Anrechnung von Fachkräften ohne direktes Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus aus Berufsgruppen, die nicht in § 5 genannt sind, ausgeschlossen. Die Umfänge der angerechneten Fachkräfte sind im Nachweis gesondert auszuweisen.

(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. Die Umfänge der angerechneten Fachkräfte und Hilfskräfte sind im Nachweis gesondert auszuweisen. Bei der Anrechnung von Fachkräften und Hilfskräften aus anderen Berufsgruppen sind folgende Höchstgrenzen zu beachten:

- Berufsgruppe nach § 5 Absatz 1 Buchstabe a und Absatz 2 Buchstabe a:
  5 % der VKS-Mind
- Berufsgruppe nach § 5 Absatz 1 Buchstabe b und Absatz 2 Buchstabe b:
  15 % 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

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

- Berufsgruppe nach § 5 Absatz 1 Buchstabe f und Absatz 2 Buchstabe f:
  5 % der VKS-Mind.

Diese gelten in der Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie.

(6) Bei der tatsächlichen Personalausstattung gemäß § 7 ist eine Anrechnung von Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleitern nicht zulässig.

(7) Bei der tatsächlichen Personalausstattung im Nachtdienst ist befristet bis zum 31. Dezember 2027 eine Anrechnung von Pflegehilfskräften mit einer abgeschlossenen Ausbildung von mindestens zwölf Monaten oder Pflegehilfskräften mit einer mindestens dreijährigen praktischen Tätigkeit in der psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtung im Nachtdienst möglich. Bei der Anrechnung gilt die Höchstgrenze gemäß Absatz 5 Satz 3 zweiter Spiegelstrich. Dabei entspricht die Bezugsgröße VKS-Mind der Mindestvorgabe für den Nachtdienst für das gesamte Quartal. Diese ergibt sich aus der Anzahl der Nächte im Quartal multipliziert mit der Mindestvorgabe für den pflegerischen Nachtdienst in VKS je Nacht. Eine Anrechnung von anderen Fach- und Hilfskräften aus nicht in § 5 genannten Berufsgruppen gemäß § 8 Absatz 5 ist im Nachtdienst ausgeschlossen.

§ 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. Die Kernaufgaben ergeben sich aus Anlage 5.

§ 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 in einer der Berufsgruppen gemäß § 5) hinausgehen oder
2. bei einer kurzfristig stark erhöhten Anzahl von Behandlungstagen bei Patientinnen und Patienten mit gesetzlicher Unterbringung oder landesrechtlicher Verpflichtung im Sinne einer regionalen Pflichtversorgung zur Aufnahme, die in ihrem Ausmaß über das übliche Maß (mehr als 110 Prozent des Umfangs des Vorjahres) hinausgehen oder
3. bei gravierenden strukturellen oder organisatorischen Veränderungen in der Einrichtung gemäß § 2 Absatz 5 Satz 3, wie z. B. Stationsumstrukturierungen oder -schließungen oder
4. befristet bis zum Ende der Übergangszeit gemäß § 16 Absatz 1 Satz 1, wenn es sich um einen Standort handelt, der ausschließlich eine Tagesklinik umfasst, und die Mindestvorgaben im darauffolgenden oder übernächsten Quartal wieder erfüllt werden.

(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 jeweilige Personal einer Berufsgruppe gemäß § 5 der jeweiligen differenzierten Einrichtung. Die Einrichtung kann von den verbindlichen Mindestvorgaben der jeweiligen Berufsgruppe

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 9 KHGB V

gemäß § 5, für die der Personalausfall geltend gemacht wurde, abweichen. Die Mindestvorgaben der anderen Berufsgruppen sind zu erfüllen. Ein Abweichen von den quartalsbezogenen Mindestvorgaben ist nur in dem Quartal zulässig, in dem die Voraussetzungen des Ausnahmetatbestandes auch tatsächlich jeweils quartalsbezogen vorliegen. Das Krankenhaus hat die ihm zur Verfügung stehenden Handlungsmöglichkeiten zu nutzen, um die verbindlichen Mindestvorgaben schnellstmöglich wieder zu erfüllen.

§ 11 Nachweisverfahren

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

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

a) die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen,

b) das IQTIG.

(3) Davon unberührt sind die Krankenhäuser verpflichtet, eine Nichterfüllung der einrichtungs- und quartalsbezogenen Mindestvorgaben nach § 6 unter Angabe des Standortes spätestens sechs Wochen nach Ende des betreffenden Quartals den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und der zuständigen Landesaufsichtsbehörde sowie dem IQTIG anzuzeigen. In der Anzeige nach Satz 1 sind die konkreten nicht erfüllten Mindestanforderungen aufzuführen und die Voraussetzungen gegebenenfalls vorliegender Ausnahmetatbestände nach § 10 nachzuweisen. Dazu ist der Nachweis nach Anlage 3 ohne die Tabelle A8.1 und Teil A9 zu übermitteln.

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

(5) Die Erfüllung der Mindestvorgaben kann im Rahmen einer Qualitätsprüfung gemäß der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 SGB V (MD-QP-RL) durch den Medizinischen Dienst (MD) geprüft werden.

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

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

(8) Das IQTIG prüft die übermittelten Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität und informiert das Krankenhaus bei Korrekturbedarf. Eine Übersendung der korrigierten Daten durch das Krankenhaus an die Empfänger nach Absatz 2 ist bis zum 15. März des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres möglich.

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

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

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

(11) Darüber hinaus bereitet das IQTIG die Daten nach Anlage 3 zum Zwecke der Veröffentlichung im strukturierten Qualitätsbericht nach § 136b Absatz 1 und 6 SGB V standortbezogen getrennt nach Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychosomatik auf, so dass diese im Rahmen des Lieferverfahrens gemäß den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) direkt vom IQTIG an die Annahmestelle übermittelt werden können. Details zum Datenformat und zu den Liefermodalitäten regeln die Qb-R. Zusätzlich übermittelt das IQTIG dem G-BA quartalsweise eine Mitteilung über die Ergebnisse nach Absatz 3 zur Nichterfüllung der einrichtungs- und quartalsbezogenen Mindestvorgaben bis spätestens vier Monate nach Ende des betreffenden Quartals.

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

(13) Bis zum 1. Januar 2026 gelten für den Nachweis der Erfüllung der Mindestvorgaben im Sinne von Absatz 1 und Absatz 3 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). Eine Lieferung gemäß § 11 Absatz 3 14 Tage nach Ende des betreffenden Quartals ist nicht erforderlich. Bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben hat innerhalb der in Satz 2 genannten Fristen eine zusätzliche Lieferung von Teil A an die zuständige Landesaufsichtsbehörde zu erfolgen.
2. Abweichend von Nummer 1 findet die erste elektronische Übermittlung der Erfüllung der Mindestanforderungen im Sinne von Absatz 1 bis zum 30. April 2021 für alle vier Quartale

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gemäß § 94 SGB V

des Jahres 2020 statt. Ab dem 15. Mai 2021 bis zum 1. Januar 2026 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 bis 2025 quartalsweise jeweils spätestens vier Kalendermonate nach Ende des betreffenden Quartals in Form eines Quartalsberichtes, der vom G-BA ab dem zweiten Quartal des Erfassungsjahres 2021 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.

(14) Zur Bildung der Grundgesamtheit für einen Abgleich gemäß § 11 Absatz 12 übermittelt das Institut nach § 137a SGB V dem G-BA und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jeweils bis zum 1. Juli des Jahres eine Liste der Krankenhausstandorte einschließlich der an diesen Standorten vorhandenen Einrichtungen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen überprüfen die Liste der Krankenhausstandorte einschließlich der an diesen Standorten vorhandenen Einrichtungen, für die § 1 Absatz 2 gilt, auf Vollzähligkeit. Dazu gleichen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen alle Krankenhausstandorte mit mindestens einem im vorangegangenen Kalenderjahr abgerechneten Behandlungsfall mit der vom IQTIG übermittelten Liste der Krankenhausstandorte einschließlich der an diesen Standorten vorhandenen Einrichtungen ab. In dieser Liste fehlende Krankenhausstandorte, einschließlich der an diesen Standorten vorhandenen Einrichtungen, werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen für das im Folgejahr zu prüfende Erfassungsjahr bis 1. August ergänzt und an das Institut nach § 137a SGB V übermittelt. Das Institut nach § 137a SGB V informiert unverzüglich die Krankenhausstandorte darüber, dass sie gemäß Satz 3 und 4 von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen ergänzt worden sind, verbunden mit dem Hinweis, dass sie innerhalb von zehn Arbeitstagen schriftlich mitteilen können, keine richtlinienrelevanten Leistungen zu erbringen. In diesem Fall entfernt das Institut nach § 137a SGB V den Krankenhausstandort bzw. die Einrichtung von der Liste der Einrichtungen und informiert darüber den G-BA und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen.

Vorschlag der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 91 SGB V

§ 12 Veröffentlichungspflichten für Krankenhäuser

Die Erfüllung der Mindestvorgaben insgesamt und für die einzelnen Berufsgruppen (die tatsächliche Personalausstattung und der Umsetzungsgrad) sowie weitere Strukturinformationen der Anlage 3, die den zum Verständnis des jeweiligen Erfüllungsgrades erforderlichen Kontext liefern, sind im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser

darzustellen. Dabei gilt § 11 Absatz 11 entsprechend. Die Inhalte und die Darstellung regelt der G-BA auf der Grundlage des § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V in den Qb-R.

§ 13 Folgen bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben

(1) Beteiligte Stellen für die Feststellung der Nichterfüllung von Qualitätsanforderungen und die Durchsetzung der Maßnahmen bei Nichterfüllung 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.

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

(3) Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 quartalsbezogen in den Einrichtungen differenziert nach den Fachgebieten Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie zu erfüllen. 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 Erfüllung der Mindestanforderungen an die Personalausstattung entfällt der Vergütungsanspruch des Krankenhauses gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 in Verbindung mit § 137 Absatz 1 SGB V.

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

(5) In der Zeit vom 1. Januar 2026 bis zum 31. Dezember 2027 wird im Falle einer Nichterfüllung 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. In den Jahren 2021 bis 2025 erfolgt kein Vergütungswegfall. Im Jahr 2026 und 2027 ergibt sich der Prozentsatz des Wegfalls des Vergütungsanspruchs aus dem 1,0-fachen Wert des Produkts aus dem prozentualen Anteil der fehlenden Personalausstattung nach den Sätzen 2 und 3 sowie dem Personalkostenfaktor von 0,65.

(6) Spätestens bis zum 31. Oktober 2027 trifft der G-BA Entscheidungen über weitergehende Sanktionsregelungen im Hinblick auf die Umsetzung für einen weiteren Wegfall des Vergütungsanspruchs.

(7) Der Wegfall des Vergütungsanspruchs nach Absatz 3 Satz 4 bezieht sich auf die Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 2, 4 und

Veröffentlichung der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

5 BPflV, für die das therapeutische Personal der Berufsgruppen gemäß § 5 bei der Leistungserbringung beteiligt ist. Die näheren Regelungen zur praktischen Umsetzung des Vergütungswegfalls treffen die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG.

(8) Erfüllt ein Krankenhaus seine Mitwirkungspflichten nach § 11 Absatz 2 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 in der Fassung von 2022 vereinbarten Berechnungstage durch vier zu dividieren. Sofern die vereinbarten Berechnungstage des Krankenhauses mehr als einen Standort umfassen, sind für die Berechnung nach Satz 3 die vereinbarten Berechnungstage der Standorte maßgeblich, für die die Mitwirkungspflichten gemäß Satz 1 nicht erfüllt wurden. Die beteiligten Stellen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 sind für die Umsetzung zuständig und legen die konkrete rechnerische Höhe des Abschlags für das jeweilige Kalenderjahr in der auf die Nichterfüllung der Mitwirkungspflicht folgenden Budgetvereinbarung nach § 11 BPflV nach Maßgabe der Vorgaben in den Sätzen 5 und 6 fest. Werden die Mitwirkungspflichten in einem Quartal verletzt, so beträgt der quartalsbezogene Abschlag nach den Sätzen 2 und 3 zwei Euro je vereinbartem Berechnungstag, für das zweite Quartal beträgt der Abschlag fünf Euro, für das dritte Quartal zehn Euro und für das vierte Quartal 20 Euro. Die Staffelungsregelung gilt auch, wenn die Nichterfüllung von Mitwirkungspflichten nicht in aufeinanderfolgenden Quartalen erfolgt. Die Mitwirkungspflichten gegenüber den zuständigen Landesaufsichtsbehörden nach § 11 Absatz 3 sind von den Regelungen in Satz 2 bis 6 ausgenommen.

§ 14 Anpassung der Richtlinie

(1) Die Daten des Nachweisverfahrens nach § 11 sollen im Auftrag des G-BA vom IQTIG oder sonst geeigneten Dritten ausgewertet werden. Auf Grundlage dieser Daten ermittelt der G-BA den Umsetzungsstand sowie gegebenenfalls vorliegende Umsetzungshindernisse und überprüft im Rahmen der ihm obliegenden Beobachtungspflicht die Personalvorgaben und deren gegebenenfalls erforderliche Anpassung. Dabei sind auch die Ergebnisse der zu dieser Thematik vom G-BA durchgeführten Fachgespräche, die Erkenntnisse aus der Umsetzung der Richtlinie ab 1. Januar 2020, des Evaluationsberichtes nach § 15 Absatz 2 und weitere dem G-BA vorliegende Ergebnisse zum Ist-Zustand der Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik zu berücksichtigen.

(2) Bei einer entsprechenden Überprüfung sind insbesondere folgende Bereiche zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen oder neu zu definieren:

- die Mindestvorgaben für die Psychosomatik bis zum 30. Juni 2029,
- die Minutenwerte in den Behandlungsbereichen,
- der Anteil der Minutenwerte für die regionale Pflichtversorgung gesondert für Erwachsene und die Kinder und Jugendlichen,
- die Mindestpersonalausstattung für die Nachtdienste,
- die Regelaufgaben der Berufsgruppe der Psychologinnen und Psychologen vor dem Hintergrund der Berufsbilder der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

- die Personalausstattung in besonders sensiblen Versorgungsbereichen wie z. B. der Gerontopsychiatrie oder geschützten Intensivversorgungsbereichen im Vergleich zu anderen Versorgungsbereichen,
- die Mindestvorgaben für dezentrale kleine Standorte wie z. B. „Stand-alone-Tageskliniken“ und
- die Minutenwerte nach Anlage 1, insbesondere für die Berufsgruppen nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe a und c auf der Basis der erhobenen Nachweisdaten.

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

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

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

§ 15 Evaluation der Richtlinie

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

(2) Der G-BA wird die dreistufige Evaluation so beauftragen, dass ein erster schriftlicher Evaluationsbericht bis zum 31. Dezember 2024, ein zweiter schriftlicher Evaluationsbericht bis zum 31. Dezember 2027 und ein dritter schriftlicher Evaluationsbericht bis zum 31. Dezember 2029 vorliegt.

(3) Bei den Evaluationen sind die Daten des Nachweisverfahrens zu berücksichtigen.

§ 16 Übergangsregelungen

(1) Die Mindestvorgaben nach § 6 müssen ab dem 1. Januar 2031 erfüllt werden. Für die Übergangszeit gilt folgendes gestuftes Verfahren:

1. Die Mindestvorgaben nach § 6 müssen ab dem 1. Januar 2020 zu 85 Prozent erfüllt sein.
2. Die Mindestvorgaben nach § 6 müssen ab dem 1. Januar 2022 zu 90 Prozent erfüllt sein.
3. Die Mindestvorgaben nach § 6 müssen ab dem 1. Januar 2029 zu 95 Prozent erfüllt sein.

(2) Die Vorgaben bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben gemäß § 13 Absätze 1 bis 7 sowie der in § 13 Absatz 8 geregelte Vergütungsabschlag bei nicht vollständiger Erfüllung der Mitwirkungspflichten finden erst ab dem 1. Januar 2026 Anwendung. Davon unberührt bleibt der Vergütungsabschlag gemäß § 13 Absatz 8 bei nicht fristgerechter Erfüllung der Mitwirkungspflichten.

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

(3) Für Einrichtungen der Psychosomatik werden bis zum 31. Dezember 2023 die Ermittlung der Mindestvorgaben nach § 6, die Ermittlung des Umsetzungsgrades nach § 7 sowie die Meldung bei Nichterfüllung gemäß § 11 Absatz 3 Satz 1 ausgesetzt. Davon unbenommen haben die Einrichtungen eine Einstufung der Patientinnen und Patienten nach § 6 Absatz 3 vorzunehmen und die tatsächliche Personalausstattung nach § 7 nachzuweisen. Für Einrichtungen der Psychosomatik finden die Vorgaben bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben gemäß § 13 Absätze 1 bis 7 sowie der in § 13 Absatz 8 geregelte Vergütungsabschlag bei nicht vollständiger Erfüllung der Mitwirkungspflichten erst ab dem 1. Januar 2028 Anwendung. Davon unberührt bleibt der Vergütungsabschlag gemäß § 13 Absatz 8 bei nicht fristgerechter Erfüllung der Mitwirkungspflichten.

(4) Abweichend von § 11 Absatz 2 sind die Nachweise für die Jahre 2020 bis 2025 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. Bei der Prüfung der Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität gemäß § 11 Absatz 8 werden ab dem 1. Januar 2025 Prüfregeln gemäß Anlage 6 eingeführt, deren Nichteinhaltung zur Abweisung der Daten durch das IQTIG führt. Für das Erfassungsjahr 2026 erfolgt die Meldung bei Nichterfüllung gemäß § 11 Absatz 3 weiterhin in elektronischer Form auf Basis der Checkliste gemäß Anlage 3, die vom G-BA als Servicedokument für die Übermittlung der Daten zur Verfügung gestellt wird.

(5) Die Erfassung der Regelaufgaben im Nachweis gemäß Anlage 3 wird für die Jahre 2020 bis 2023 ausgesetzt. Das Servicedokument nach Absatz 4 enthält dementsprechend für die Jahre 2020 bis 2023 keine Abfrage zu den Regelaufgaben. Ab dem Jahr 2024 erfolgt die Erfassung der Regelaufgaben durch die Übermittlung der OPS-Kodes der Bereiche 9-60 bis 9-98. Dazu wird Anlage 3 Teil A9 oder Teil B3 ausschließlich an das IQTIG übersandt. Für die Erfassung der Regelaufgaben wird ein Vergütungsabschlag gemäß § 13 Absatz 8 nur bei nicht fristgerechter Erfüllung der Mitwirkungspflichten erhoben.

(6) In den Jahren 2027, 2028 und 2029 besteht in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene alternativ zur Einstufung in die Behandlungsbereiche A7 (Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung) und A8 (Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär) die Möglichkeit der Einstufung in die folgenden Behandlungsbereiche der psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene:

P2 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung,

P3 Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung,

P4 Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung,

P5 Intensivierte integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung,

P7 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär.

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

Anlage 1 Minutenwertetabellen

1. Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für Erwachsene

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

Behandlungsbereiche	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	Pflegefachpersonen	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten, Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen
A1	207	856	49	150	76
A2	257	1536	35	146	74
A6	114	329	107	193	67
A7	265	509	132	152	49
A8	265	201	132	152	49
A9	-	-	-	-	-
S1	226	835	61	107	109
S2	256	1562	68	85	153
S6	115	318	105	170	101
S9	-	-	-	-	-
G1	183	1270	56	137	75
G2	211	1645	37	118	51
G6	115	372	107	193	68
G9	-	-	-	-	-
P1	180	220	100	102	34
P2	230	250	167	144	35
P3	275	614	145	157	45
P4	330	583	150	151	40
P5	380	677	130	159	25
P6	200	200	80	80	11
P7	280	250	117	144	44

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

2. Psychiatrische Einrichtungen für Kinder und Jugendliche

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

Behandlungsbereiche	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	Pflegefachpersonen und Erziehungsdienst	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten, Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen
KJ1	270	2015	193	265	165
KJ2	264	1874	190	260	128
KJ3	337	2495	173	84	77
KJ6	277	845	209	222	155
KJ7	259	799	196	227	140
KJ9	-	-	-	-	-

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

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

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

Anlage 2 Eingruppierungskriterien

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

Inhaltliche Beschreibung der aufgabentypischen Schwerpunkte (inklusive Erläuterungen)

A. Allgemeine Psychiatrie

1. Behandlungsbereiche	2. Menschen mit psychischen Erkrankungen	3. Einstufung
A1 **Regelbehandlung**	Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene vollstationär behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-607 (Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind	Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter < 65 Jahre + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-607 Regelbehandlung Erwachsene
A2 **Intensivbehandlung**	Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene vollstationär behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-61 (Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind	Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter < 65 Jahre + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-61 Intensivbehandlung Erwachsene
A6 **Tagesklinische Behandlung**[2]	Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene teilstationär behandelt werden	Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter < 65 Jahre + teilstationäre Behandlung
A7 **Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplex-behandlung**	Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene vollstationär behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-62 (Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) oder 9-63 (Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind. Damit müssen insbesondere die durchgeführten ärztlichen und/oder psychologischen Verfahren (ärztliche und psychologische Einzel- und Gruppentherapie) mindestens drei Therapieeinheiten pro Woche umfassen.	Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-626 Psychotherapeutische Komplexbehandlung Erwachsene oder Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + vollstationäre Behandlung

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

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

		+ OPS-Kode 9-634 Psychosomatische Komplexbehandlung Erwachsene
A8 Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär	Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene teilstationär entweder komplex psychosomatisch-psychotherapeutisch oder komplex psychotherapeutisch behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-62 (Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) oder 9-63 (Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind. Damit müssen insbesondere die durchgeführten ärztlichen und/oder psychologischen Verfahren (ärztliche und psychologische Einzel- und Gruppentherapie) mindestens drei Therapieeinheiten pro Woche umfassen.	Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + teilstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-626 Psychotherapeutische Komplexbehandlung Erwachsene oder Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + teilstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-634 Psychosomatische Komplexbehandlung Erwachsene
A9 Stationsäquivalente Behandlung	Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene stationsäquivalent im Sinne von § 39 Absatz 1 SGB V behandelt werden und die nicht in S9 oder G9 eingestuft werden.	Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter < 65 Jahre + stationsäquivalente Behandlung

S. Menschen mit Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit

1. Behandlungsbereiche	**2. Menschen mit Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit**	**3. Einstufung**
S1 Regelbehandlung	Menschen mit Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene vollstationär behandelt werden, mit einer Hauptdiagnose aus ICD-10-GM F10-19 und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-607 (Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind	Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter < 65 Jahre + Hauptdiagnose aus ICD-10-GM F10-F19 + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-607 Regelbehandlung Erwachsene
S2 Intensivbehandlung	Menschen mit Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene vollstationär behandelt werden, mit einer Hauptdiagnose aus ICD-10-GM F10-19 und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-61 (Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind	Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter < 65 Jahre + Hauptdiagnose aus ICD -10-GM F10-F19 + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-61 Intensivbehandlung Erwachsene

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

S6 **Tagesklinische Behandlung**	Menschen mit Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene teilstationär behandelt werden, mit einer Hauptdiagnose aus ICD-10-GM F10-19	Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter < 65 Jahre + Hauptdiagnose aus ICD-10-GM F10-F19 + teilstationäre Behandlung
S9 **Stationsäquivalente Behandlung**	Menschen mit Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit mit einer Hauptdiagnose aus ICD-10-GM F10-19, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene stationsäquivalent im Sinne von § 39 Absatz 1 SGB V behandelt werden	Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter < 65 Jahre + Hauptdiagnose aus ICD-10-GM F10-F19 + stationsäquivalente Behandlung

G. Gerontopsychiatrie

1. **Behandlungsbereiche**	**2.** **Menschen mit psychischen Erkrankungen**	**3.** **Einstufung**
G1 **Regelbehandlung**	Menschen mit psychischen Erkrankungen im Alter von ≥ 65 Jahren (meist Multimorbidität), die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene vollstationär behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-607 (Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind	Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter ≥ 65 Jahre + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-607 Regelbehandlung Erwachsene
G2 **Intensivbehandlung**	Menschen mit psychischen Erkrankungen im Alter von ≥ 65 Jahren, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene vollstationär behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-61 (Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind	Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter ≥ 65 Jahre + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-61 Intensivbehandlung Erwachsene
G6 **Tagesklinische Behandlung**[4]	Menschen mit psychischen Erkrankungen im Alter von ≥ 65 Jahren, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene teilstationär behandelt werden	Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter ≥ 65 Jahre + teilstationäre Behandlung
G9 **Stationsäquivalente Behandlung**	Menschen mit psychischen Erkrankungen im Alter von ≥ 65 Jahren, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene stationsäquivalent im Sinne von § 39 Absatz 1 SGB V behandelt werden	Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter ≥ 65 Jahre + stationsäquivalente Behandlung

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

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

P. Psychosomatik

1. Behandlungsbereiche	2. Menschen mit psychischen Erkrankungen	3. Einstufung
P1 **Psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung**	Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in psychosomatischen Einrichtungen vollstationär psychosomatisch-psychotherapeutisch oder psychotherapeutisch behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-607 (Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) oder 9-61 (Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind. Beispielsweise Menschen mit schweren Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Verhaltensstörungen oder somatoformen Störungen	Psychosomatische Einrichtung + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-607 Regelbehandlung Erwachsene oder Psychosomatische Einrichtung + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-61 Intensivbehandlung Erwachsene
P2 **Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung**	Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in psychosomatischen Einrichtungen vollstationär komplex psychosomatisch-psychotherapeutisch behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-62 (Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) oder 9-63 (Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind. Damit müssen insbesondere die durchgeführten ärztlichen und/oder psychologischen Verfahren (ärztliche und psychologische Einzel- und Gruppentherapie) mindestens drei Therapieeinheiten pro Woche umfassen.	Psychosomatische Einrichtung + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-626 Psychotherapeutische Komplexbehandlung Erwachsene oder Psychosomatische Einrichtung + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-634 Psychosomatische Komplexbehandlung Erwachsene
P3 **Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung**	Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in psychosomatischen Einrichtungen intensiviert vollstationär komplex psychosomatisch-psychotherapeutisch behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-62 (Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) oder 9-63 (Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind. Damit müssen insbesondere die durchgeführten ärztlichen und/oder psychologischen Verfahren (ärztliche und psychologische Einzel- und Gruppentherapie) mindestens drei Therapieeinheiten pro Woche umfassen. Insgesamt müssen mindestens sechs Therapieeinheiten pro Woche durch Vertreterinnen oder Vertreter der Berufsgruppen gemäß § 5 erbracht werden.	Psychosomatische Einrichtung + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-626 Psychotherapeutische Komplexbehandlung Erwachsene + OPS-Kode 9-986.1 Behandlungsbereich P3 (Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung) oder Psychosomatische Einrichtung + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-634 Psychosomatische

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

		Komplexbehandlung Erwachsene + OPS-Kode 9-986.1 Behandlungsbereich P3 (Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung)
P4 **Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung**	Menschen mit psychischen Erkrankungen und körperlicher Komorbidität, die in psychosomatischen Einrichtungen vollstationär komplex psychosomatisch-psychotherapeutisch behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-62 (Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) oder 9-63 (Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) sowie des OPS-Zusatzkodes 9-642 (Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind. Damit müssen insbesondere die durchgeführten ärztlichen und/oder psychologischen Verfahren (ärztliche und psychologische Einzel- und Gruppentherapie) mindestens drei Therapieeinheiten pro Woche umfassen.	Psychosomatische Einrichtung + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-626 Psychotherapeutische Komplex-behandlung Erwachsene + OPS-Zusatzkode 9-642 Integrierte klinisch-psychosomatische Komplexbehandlung oder Psychosomatische Einrichtung + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-634 Psychosomatische Komplexbehandlung Erwachsene + OPS-Zusatzkode 9-642 Integrierte klinisch-psychosomatische Komplexbehandlung
P5 **Intensivierte integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung**	Menschen mit psychischen Erkrankungen und körperlicher Komorbidität, die in psychosomatischen Einrichtungen vollstationär komplex psychosomatisch-psychotherapeutisch behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-62 (Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) oder 9-63 (Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) sowie des OPS-Zusatzkodes 9-642 (Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind. Damit müssen insbesondere die durchgeführten ärztlichen und/oder psychologischen Verfahren (ärztliche und psychologische Einzel- und Gruppentherapie) mindestens drei Therapieeinheiten pro Woche umfassen. Insgesamt müssen mindestens sechs Therapieeinheiten pro Woche durch Vertreterinnen oder Vertreter der Berufsgruppen gemäß § 5 erbracht werden.	Psychosomatische Einrichtung + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-626 Psychotherapeutische Komplexbehandlung Erwachsene + OPS-Zusatzkode 9-642 Integrierte klinisch-psychosomatische Komplexbehandlung + OPS-Kode 9-986.3 Behandlungsbereich P5 (Intensivierte integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung) oder Psychosomatische Einrichtung + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-634 Psychosomatische Komplexbehandlung Erwachsene + OPS-Zusatzkode 9-642 Integrierte klinisch-psychosomatische Komplexbehandlung

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

		+ OPS-Kode 9-986.3 Behandlungsbereich P5 (Intensivierte integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung)
P6 Psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung teilstationär	Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in psychosomatischen Einrichtungen teilstationär psychosomatisch-psychotherapeutisch oder psychotherapeutisch behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-607 (Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) oder 9-61 (Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind. Beispielsweise Menschen mit schweren Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Verhaltensstörungen oder somatoformen Störungen.	Psychosomatische Einrichtung + teilstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-607 Regelbehandlung Erwachsene oder Psychosomatische Einrichtung + teilstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-61 Intensivbehandlung Erwachsene
P7 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär	Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in psychosomatischen Einrichtungen teilstationär komplex psychosomatisch-psychotherapeutisch behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-62 (Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) oder 9-63 (Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind. Damit müssen insbesondere die durchgeführten ärztlichen und/oder psychologischen Verfahren (ärztliche und psychologische Einzel- und Gruppentherapie) mindestens drei Therapieeinheiten pro Woche umfassen.	Psychosomatische Einrichtung + teilstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-626 Psychotherapeutische Komplexbehandlung Erwachsene oder Psychosomatische Einrichtung + teilstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-634 Psychosomatische Komplexbehandlung Erwachsene

KJ. Kinder- und Jugendpsychiatrie

1. Behandlungsbereiche	2. Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen	3. Einstufung
KJ1 Kinderpsychiatrische Regel- und Intensivbehandlung	Vorschul- und Schulkinder im Alter von < 14 Jahren mit psychischen Erkrankungen, die in Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie vollstationär behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-656 (Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen) oder 9-672 (Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psycho-somatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen) erfüllt sind	Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie + Alter < 14 Jahre + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-656 Regelbehandlung KJP oder

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

		Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie + Alter < 14 Jahre + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-672 Intensivbehandlung KJP
KJ2 Jugendpsychiatrische Regelbehandlung	Jugendliche und Heranwachsende im Alter von ≥ 14 Jahren mit psychischen Erkrankungen, die in Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie vollstationär behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-656 (Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen) erfüllt sind	Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie + Alter ≥ 14 Jahre + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-656 Regelbehandlung KJP
KJ3 Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung	Jugendliche mit psychischen Erkrankungen und psychosozial retardierte Heranwachsende im Alter von ≥ 14 Jahren, die in Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie vollstationär behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-672 (Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen) erfüllt sind	Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie + Alter ≥ 14 Jahre + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-672 Intensivbehandlung KJP
KJ6 Eltern-Kind-Behandlung (gemeinsame Aufnahme von Kind und Bezugspersonen)	Kinder mit psychischen Erkrankungen, die in Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Eltern-Kind-Setting vollstationär behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-686 (Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen) erfüllt sind	Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-686 Eltern-Kind-Setting KJP
KJ7 Tagesklinische Behandlung[5]	Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen, die keiner vollstationären Behandlung bedürfen	Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie + teilstationäre Behandlung
KJ9 Stationsäquivalente Behandlung	Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen, die stationsäquivalent im Sinne von § 39 Absatz 1 SGB V behandelt werden	Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie + stationsäquivalente Behandlung

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

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

Für die Eingruppierungskriterien gelten folgende zusätzliche Strukturmerkmale und Mindestanforderungen:

Die Eingruppierung in die **Behandlungsbereiche P3 oder P5** darf nur erfolgen, wenn die durchgeführten ärztlichen, psychologischen und/oder spezialtherapeutischen und/oder pflegerischen Verfahren (Einzel- und Gruppentherapie) mindestens sechs Therapieeinheiten pro Woche durch Vertreterinnen oder Vertreter der Berufsgruppen gemäß dem OPS-Kode 9-626 oder 9-634 umfassen. Die Anzahl der Therapieeinheiten wird ermittelt, indem zur Anzahl der für die Kodierung des OPS-Kodes 9-626 oder 9-634 berücksichtigten Therapieeinheiten die Therapieeinheiten für Gruppentherapie durch Spezialtherapeutinnen oder Spezialtherapeuten und die Therapieeinheiten für Einzel- und Gruppentherapie durch Pflegefachpersonen addiert werden. Bei der Ermittlung der Anzahl der Therapieeinheiten sind die Vorgaben für die Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen (OPS-Kode 9-649) auch für die Gruppentherapie durch Spezialtherapeutinnen oder Spezialtherapeuten und die Einzel- und Gruppentherapie durch Pflegefachpersonen anzuwenden. Für die Berufsgruppe der Pflegefachpersonen sind die angewandten Verfahren der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten zu berücksichtigen, die in der psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Kode 9-626) oder der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Kode 9-634) genannt werden.

Hinweise:

Die Spalte „3. Einstufung“ dient als Hilfestellung bei der inhaltlichen Abgrenzung der Behandlungsbereiche.

Für eine trennscharfe Zuordnung in die Behandlungsbereiche der Erwachsenenpsychiatrie ist folgende Reihenfolge umzusetzen: 1. Einrichtung, 2. Alter, 3. Hauptdiagnose, 4. Aufnahmegrund (vollstationär, teilstationär, StäB), 5. OPS-Kode.

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

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

Ist bei der Einstufung in die Behandlungsbereiche auch das Alter der behandelten Person zu berücksichtigen, ist das Alter am Tag der Aufnahme in das Krankenhaus maßgeblich. Grundsätzlich ist die Hauptdiagnose maßgeblich für die Einstufung in die Behandlungsbereiche. Bei nicht abgeschlossenen Behandlungsfällen ohne festgelegte Hauptdiagnose ist bei der Einstufung in die Behandlungsbereiche die Aufnahmediagnose heranzuziehen.

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 StäB V

Anlage 3 Nachweis

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

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

Weitere Erläuterung zum Nachweis:

Dieser Nachweis wird gemäß § 11 Absatz 2 jährlich zum Zwecke der Auswertung durch den G-BA an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) sowie an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen übermittelt. Bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben ist der Nachweis gemäß § 11 Absatz 3 zusätzlich spätestens sechs Wochen nach Ende des betroffenen Quartals an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, das IQTIG sowie an die zuständige Landesaufsichtsbehörde zu übermitteln.

Administrative Daten:

Name der Klinik/Abteilung: _____

Postleitzahl: _____

Ort: _____

Straße: _____

Ansprechpartner für Rückfragen: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Institutionskennzeichen (Haupt-IK): _____

Standort-ID: _____

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

Modellvorhaben nach § 64b SGB V? Ja/Nein

Anteil der Modellversorgung an der Gesamtversorgung (Anteile BT in %, die im Rahmen der Versorgung im Rahmen des Modells nach § 64b SGB V erbracht werden):

Auswahlfelder: 1. Kleiner 25 Prozent; 2. 25 Prozent bis kleiner 75 Prozent; 3. 75 Prozent bis kleiner 100 Prozent; 4. Gleich 100 Prozent

Erläuterung: _____ (Freitextfeld bis 999 Zeichen)

Erstmalige Leistungserbringung? Ja/Nein

Welche nach § 2 Absatz 5 differenzierten Einrichtungen sind am Standort vorhanden?

- Erwachsenenpsychiatrie vorhanden Ja/Nein
- Psychosomatik vorhanden Ja/Nein
- Kinder- und Jugendpsychiatrie vorhanden Ja/Nein

Welche nach § 2 Absatz 5 differenzierten Einrichtungen erbringen Leistungen der stationsäquivalenten Behandlung?

- Erwachsenenpsychiatrie Ja/Nein
- Kinder- und Jugendpsychiatrie Ja/Nein

Wird in der nach § 2 Absatz 5 differenzierten Einrichtung die Übergangsregelung gemäß § 16 Absatz 6 angewendet?

- Erwachsenenpsychiatrie Ja/Nein

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

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 91 SGB V

Nachweis zur PPP-RL

Jahr (JJJJ): _____ Quartal (1-4): _____

FÜR JEDEN STANDORT QUARTALSBEZOGEN AUSZUFÜLLEN

Vorbehaltlich der Prüfung durch das InEK und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

A1. Datenfelder zur regionalen Pflichtversorgung der Einrichtung, differenziert nach Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie

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

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

A2. Datenfelder zur Organisationsstruktur des Standortes

Tabelle A2.1: Organisationsstruktur des Standortes

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Stationstyp	Bezeichnung der Station	Planbetten der vollstationären Versorgung	Planplätze der teilstationären Versorgung	Schwerpunkt der Behandlung/ Konzeptstation	Erläuterung
1	2	3	4	5	6	7

Zulässige Werte:
Spalte 1: 29 für Erwachsenenpsychiatrie/30 für Kinder- und Jugendpsychiatrie/31 für Psychosomatik
Spalte 2:
A für geschützte Akut- bzw. Intensivstation,
B für fakultativ geschlossene Station,
C für offene, nicht elektive Station,
D für Station mit geschützten Bereichen,
E für elektive offene Station,
F für nichtstationsbezogene Einheit mit innovativem Behandlungskonzept (bitte erläutern)
Spalte 3: Textfeld 100 Zeichen
Spalte 4: Zahlenwerte 0 bis 999
Spalte 5: Zahlenwerte 0 bis 999
Spalte 6: KJP = Konzeptstation für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie,
A5 = Konzeptstation für psychotherapeutische und psychosomatische Behandlung,
A7 = Konzeptstation für psychotherapeutische und psychosomatische Komplexbehandlung,
S = Konzeptstation für Suchterkrankungen,
G = Konzeptstation für Gerontopsychiatrie,
P1 = Konzeptstation für Psychosomatik,
P2 = Konzeptstation für psychosomatische Komplexbehandlung,
Z = keine der obigen Konzeptstationen (bitte erläutern)
Spalte 7: Freitextfeld bis 999 Zeichen

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

Tabelle A2.2: Therapeutische Einheiten

(weggefallen)

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

A3. Datenfelder zur Eingruppierung der Patientinnen und Patienten in die Behandlungsbereiche pro Quartal und Einrichtung gemäß § 2 Absatz 5

Tabelle A3.1: Gesamtbehandlungstage

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

Hinweis: wird automatisch berechnet aus den Angaben in Tabelle A3.3

Zulässige Werte:
Spalte 1: 29 für Erwachsenenpsychiatrie/30 für Kinder- und Jugendpsychiatrie/31 für Psychosomatik
Spalte 2: Kalenderjahr des Nachweises oder Vorjahr
Spalte 3: Zahlenwerte 0 bis 99 999

Tabelle A3.2: Stichtagserhebung

(weggefallen)

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

Tabelle A3.3: Behandlungstage nach Behandlungsbereichen

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

Zulässige Werte:
Spalte 1: 29 für Erwachsenenpsychiatrie/30 für Kinder- und Jugendpsychiatrie/31 für Psychosomatik
Spalte 2: Kalenderjahr des Nachweises oder Vorjahr
Spalte 3: bei Spalte 1 = 29 A1/A2/A6/A7/A8/A9/S1/S2/S6/S9/G1/G2/G6/G9/P2/P3/P4/P5/P7,
bei Spalte 1 = 30 KJ1/KJ2/KJ3/KJ6/KJ7/KJ9,
bei Spalte 1 = 31 P1/P2/P3/P4/P5/P6/P7
Spalte 4: Zahlenwerte 0 bis 99 999. Die Angabe ist kaufmännisch ohne Dezimalstelle zu runden.

Hinweis für Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie (29):

In Abhängigkeit der Optionsmöglichkeit gemäß § 16 Absatz 6 können bei Spalte 3 entweder die Behandlungsbereiche A7 und A8 oder die Behandlungsbereiche P2, P3, P4, P5 und P7 ausgewählt werden.

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

A4. Datenfelder für die tatsächliche monatsbezogene und stationsbezogene Personalausstattung im Tagdienst

(weggefallen)

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

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

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

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Berufs-gruppen	VKS-Mind Mindestpersonal-ausstattung der differenzierten Einrichtung in VKS	VKS-Ist Tatsächliche Personalaus-stattung der differenzierten Einrichtung in VKS	Davon				Weitere Fach- oder Hilfskräfte Nicht-PPP-RL-Berufs-gruppen in VKS	Umset-zungs-grad der Berufs-gruppen in %	Mindest-anforderung der Berufs-gruppe erfüllt
				Fachkräfte der Berufs-gruppen nach PPP-RL in VKS	Anrechnung Fachkräfte anderer Berufs-gruppen nach PPP-RL in VKS	Anrechnung Fach- oder Hilfskräfte Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen in VKS	Anrechnung Fachkräfte ohne direktes Beschäfti-gungs-verhältnis in VKS			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Zulässige Werte:
Spalte 1: 29 für Erwachsenenpsychiatrie/30 für Kinder- und Jugendpsychiatrie/31 für Psychosomatik sowie 297 als Pseudoschlüssel für die stationsäquivalente Behandlung in der Erwachsenenpsychiatrie (29)/307 als Pseudoschlüssel für die stationsäquivalente Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (30)
Spalte 2: bei Spalte 1 = 29, 297 oder 31 Buchstaben a bis f gemäß § 5 Absatz 1 Satz 1,
bei Spalte 1 = 30 oder 307 Buchstaben a bis f gemäß § 5 Absatz 2 Satz 1
Spalten 3 bis 9: Zahlenwerte 0 bis 999 999
Spalte 4: wird automatisch berechnet aus der Summe der Spalten 5 bis 8
Spalte 10: wird automatisch berechnet, Zahlenwerte 0 bis 999,99
Spalte 11: wird automatisch berechnet, bei Spalte 1 = 29, 30 oder 31: ja/nein,
bei Spalte 1 = 297 oder 307: entfällt

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

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

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

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

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

Bei Personal, das bereichsübergreifend tätig ist, muss gemäß § 2 Absatz 8 und § 8 Absatz 1 eine Zuordnung von Tätigkeitsanteilen zu den einzelnen Bereichen erfolgen. Tätigkeiten wie beispielsweise die ambulante Versorgung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz, die nicht zum Geltungsbereich der PPP-RL gehören, dürfen nicht berücksichtigt werden. Die Tätigkeitsanteile können auch leistungsbezogen in die einzelnen Bereiche aufgeschlüsselt werden.

Ebenfalls nicht zu berücksichtigen sind Zeiten von Personal, das nicht den Berufsgruppen nach § 5 zuzuordnen ist, auch wenn diese im Zusammenhang mit regionalen und strukturellen Besonderheiten nach § 6 Absatz 2 BPflV und nach § 2 Absatz 10 Satz 1 zweiter Spiegelstrich erbracht werden. Die Angabe in Spalte 4 (VKS-Ist Tatsächliche Personalausstattung der differenzierten Einrichtung in VKS) entspricht der Summe der Werte in den Spalten 5 bis 8. Die Angabe in Spalte 5 (Fachkräfte der Berufsgruppen nach PPP-RL in VKS) umfasst neben den Fachkräften der jeweiligen Berufsgruppe auch Personen in Ausbildung gemäß § 8 Absatz 2. Die Angabe in Spalte 7 (Anrechnung Fach- oder Hilfskräfte Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen in VKS) umfasst den Umfang von Fach- oder Hilfskräften unter Berücksichtigung der Höchstgrenzen nach § 8 Absatz 5 Satz 3. In Spalte 9 (Weitere Fach- oder Hilfskräfte Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen in VKS) kann bei Erreichen der Höchstgrenze der Umfang der weiteren Fach- oder Hilfskräfte angegeben werden. Bei der Anrechnung von Personal in den Spalten 6 bis 8 sind diese Anrechnungen in Tabelle A5.3 darzustellen.

Hinweis zur stationsäquivalenten Behandlung:
Für die stationsäquivalente Behandlung in den Behandlungsbereichen A9 und KJ9 sind vorläufig keine Minutenwerte festgelegt. Die diesbezügliche Personalausstattung wird bei der Ermittlung der Mindestanforderung an die Personalausstattung VKS-Mind (Spalte 3) nicht berücksichtigt. Das bei der stationsäquivalenten Behandlung tatsächlich eingesetzte Personal ist pro Berufsgruppe in den Nachweisen getrennt von der tatsächlichen Personalausstattung nach § 6 auszuweisen. Der getrennte Ausweis der tatsächlichen Personalausstattung VKS-Ist erfolgt in Tabelle A5.1 unter Angabe der Pseudoschlüssel 297 für die stationsäquivalente Behandlung in der Erwachsenenpsychiatrie (29) und 307 für die stationsäquivalente Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (30) in Spalte 1. In den Spalten 3, 6, 10 und 11 sind keine Angaben zu machen. Eine Anrechnung

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

von Fachkräften anderer Berufsgruppen nach PPP-RL in VKS ist ausgeschlossen. Erfolgt eine Anrechnung von Fachkräften oder Hilfskräften aus Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen (Spalte 7) oder eine Anrechnung von Fachkräften ohne direktes Beschäftigungsverhältnis (Spalte 8), sind diese Anrechnungen in Tabelle A5.3 darzustellen.

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

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Bezugsjahr der Mindestvorgabe	Umsetzungsgrad der differenzierten Einrichtung in %	Mindestanforderung der differenzierten Einrichtungen erfüllt	Mindestanforderung pflegerischer Nachtdienst erfüllt	Ausnahmetatbestand
1	2	3	4	5	6

Hinweis: wird automatisch berechnet

Zulässige Werte:
Spalte 1: 29 für Erwachsenenpsychiatrie/30 für Kinder- und Jugendpsychiatrie/31 für Psychosomatik
Spalte 2: 1 = Vorjahr, 2 = Kalenderjahr des Nachweises
Spalte 3: Zahlenwerte 0 bis 999,99
Spalte 4: ja/nein
Spalte 5: ja/nein/entfällt
Spalte 6: ja/nein (Mindestens ein Ausnahmetatbestand nach § 10 liegt vor.)

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

Tabelle A5.3: Anrechnung von Fachkräften gemäß § 8

Bei der Anrechnung von Personal in Tabelle A5.1 (Eintrag in Spalten 6 bis 8) und Tabelle A5.4 sind diese Vollkraftstunden in der folgenden Tabelle darzustellen.

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Tagdienst/ Nachtdienst	Anrechnungstatbestand (siehe Tabelle A5.1 Spalten 6 bis 8)	Tatsächliche Berufsgruppe des angerechneten Personals	Berufsgruppe, bei der die Anrechnung erfolgt	Angerechnete Tätigkeiten in VKS
1	2	3	4	5	6

Zulässige Werte:
Spalte 1: 29 für Erwachsenenpsychiatrie/30 für Kinder- und Jugendpsychiatrie/31 für Psychosomatik sowie 297 als Pseudoschlüssel für die stationsäquivalente Behandlung in der Erwachsenenpsychiatrie (29)/307 als Pseudoschlüssel für die stationsäquivalente Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (30)
Spalte 2: T für Tagdienst, N für Nachtdienst
Spalte 3: 6 für Fachkräfte anderer Berufsgruppen nach PPP-RL, 7 für Fachkräfte oder Hilfskräfte aus Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen, 8 für Fachkräfte ohne direktes Beschäftigungsverhältnis
Spalte 4: bei Spalte 3 = 6 oder 8 Buchstaben a bis f, bei Spalte 3 = 7 Freitextfeld bis 150 Zeichen
Spalte 5: bei Spalte 1 = 29 oder 31 Buchstaben a bis f gemäß § 5 Absatz 1 Satz 1,
bei Spalte 1 = 30 Buchstaben a bis f gemäß § 5 Absatz 2 Satz 1
Spalte 6: Zahlenwert 0 bis 999 999,99

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

Tabelle A5.4: Mindestvorgaben und tatsächliche Personalausstattung der Pflegefachpersonen gemäß § 5 im Nachtdienst

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Erbringung von Nacht-diensten	Tatsächliche Personal-ausstattung pflegerischer Nachtdienst im Quartal in VKS	Anzahl Nächte im Quartal	Anzahl voll-stationärer Betten	Anteil Intensiv-behandlung gemäß § 6 Absatz 7 Satz 2 im Vorjahr in %	Mindest-vorgabe pflegerischer Nachtdienst in VKS je Nacht	Anzahl Nächte, in denen die Mindest-vorgabe erfüllt wurde	Durchschnitt-liche VKS-Ist pflegerischer Nachtdienst je Nacht
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Zulässige Werte:
Spalte 1: 29 für Erwachsenenpsychiatrie/30 für Kinder- und Jugendpsychiatrie/31 für Psychosomatik
Spalte 2: ja/nein, bei nein keine Angabe in den Spalten 3 bis 9
Spalte 3: Zahlenwerte 0 bis 999 999
Spalte 4: Zahlenwerte 90 bis 92
Spalte 5: Zahlenwerte 0 bis 9 999
Spalte 6: Zahlenwerte 0 bis 100,00, bei Spalte 1 = 31 keine Angabe
Spalte 7: Zahlenwerte 0 bis 9 999
Spalte 8: Zahlenwerte 0 bis 92
Spalte 9: Zahlenwerte 0 bis 9 999

Hinweis:

Bei Einrichtungen ohne Mindestvorgaben entfallen die Angaben in den Spalten 7 und 8 zur Mindestvorgabe. Die Angaben für den Anteil Intensivbehandlung im Vorjahr in Spalte 6 umfassen das erste bis dritte Quartal.

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

A6. Datenfelder zu den Ausnahmetatbeständen pro Einrichtung gemäß § 2 Absatz 5

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

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

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

Zulässige Werte:
Spalte 1: 29 für Erwachsenenpsychiatrie/30 für Kinder- und Jugendpsychiatrie/31 für Psychosomatik
Spalte 2: bei Spalte 1 = 29 oder 31 Buchstaben a bis f gemäß § 5 Absatz 1 Satz 1,
bei Spalte 1 = 30 Buchstaben a bis f gemäß § 5 Absatz 2 Satz 1
Spalten 3 bis 4: Zahlenwerte 0 bis 999 999
Spalte 5: 0 bis 999,99
Spalte 6: Freitextfeld bis 999 Zeichen

Hinweis:
In Spalte 2 ist die Berufsgruppe nach § 5 anzugeben, für die der Ausnahmetatbestand geltend gemacht und von der verbindlichen Mindestvorgabe abgewichen wird. In Spalte 4 ist die Mindestpersonalvorgabe dieser Berufsgruppe in VKS anzugeben. Angerechnetes Personal ist bei der Ermittlung des Ausnahmetatbestandes gemäß § 10 Absatz 1 Nummer 1 nicht zu berücksichtigen.

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

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

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

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

Zulässige Werte:
Spalte 1: 29 für Erwachsenenpsychiatrie/30 für Kinder- und Jugendpsychiatrie/31 für Psychosomatik
Spalten 2 bis 3: Zahlenwerte 0 bis 999 999
Spalte 4: 0 bis 999,99
Spalte 5: Freitextfeld bis 999 Zeichen

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

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

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

Zulässige Werte:
Spalte 1: 29 für Erwachsenenpsychiatrie/30 für Kinder- und Jugendpsychiatrie/31 für Psychosomatik
Spalten 2 bis 4: Freitextfeld bis 999 Zeichen

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

Tabelle A6.4: Ausnahmetatbestand Nummer 4 (Tagesklinik, die die Mindestvorgaben im darauffolgenden oder übernächsten Quartal wieder einhält)

(Gültig bis zum 31. Dezember 2030)

Die Tabelle enthält Angaben zum Ausnahmetatbestand nach § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4.

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Am Standort ausschließlich Tagesklinik	Mindestvorgaben im aktuellen Quartal erfüllt (Quartal)	Mindestvorgaben im vorangegangenen Quartal erfüllt (Quartal -1)	Mindestvorgaben im vorvorangegangenen Quartal erfüllt (Quartal -2)	Gründe für Abweichungen im aktuellen Quartal (Freitext)
1	2	3	4	5	6

Zulässige Werte:
Spalte 1: 29 für Erwachsenenpsychiatrie/30 für Kinder- und Jugendpsychiatrie/31 für Psychosomatik
Spalten 2 bis 5: ja/nein
Spalte 6: Freitextfeld bis 999 Zeichen

Hinweis:
Der Ausnahmetatbestand gemäß § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 findet Anwendung, wenn der Standort ausschließlich eine Tagesklinik umfasst und die Mindestvorgaben nur temporär nicht, das heißt im darauffolgenden oder übernächsten Quartal wieder erfüllt werden. Dementsprechend bezieht sich Spalte 4 auf das vorhergehende Quartal und Spalte 5 auf das Quartal, das dem aktuellen und dem vorhergehenden Quartal vorangegangen ist.

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

A7. Erläuterungen und Hinweise des Standortes zu den getroffenen Angaben

Freitextfeld: bis 3 500 Zeichen

Hinweis:
Die Erläuterungen und Hinweise können sich auch auf die Inhalte nachfolgender Tabellen beziehen.

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

A8. Datenfelder zur Qualifikation des therapeutischen Personals

Tabelle A8.1: Qualifikation des tatsächlichen Personals

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

Zulässige Werte:
Spalte 1: 29 für Erwachsenenpsychiatrie/30 für Kinder- und Jugendpsychiatrie/31 für Psychosomatik
Spalte 2: Werte aus Referenztabelle A8.2 Spalte 1 oder A8.3 Spalte 1
Spalte 3: Werte aus Referenztabelle A8.2 Spalte 2 oder A8.3 Spalte 2
Spalte 4: Zahlenwerte 0 bis 999 999

Hinweis:
Die Tabelle enthält Zusatzinformationen zur Qualifikation der tatsächlichen Personalausstattung. Die Differenzierung erfolgt spezifisch für die Berufsgruppen nach § 5 Absatz 1 gemäß Referenztabellen A8.2 und für die Berufsgruppen nach § 5 Absatz 2 gemäß Referenztabellen A8.3. In Spalte 3 können Personen mit zwei und mehr Qualifikationen entsprechend mehrfach den „Davon"-Teilgruppen zugeordnet werden. Die in Tabelle A5.3 Spalte 6 angegebenen angerechneten Tätigkeiten in VKS sind einzuschließen und hier unter der Berufs- beziehungsweise Teilgruppe aufzuführen, von der sie tatsächlich erbracht – und nicht, auf welche sie übertragen – wurden.

Referenztabelle A8.2: Qualifikationen des Personals in der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik

Berufsgruppe	Teilgruppe mit spezifischer/zusätzlicher Qualifikation
1	2
a) Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	a0) Gesamt
	a1) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte inklusive a2 bis a5
	a2) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte mit der Facharztbezeichnung Psychiatrie und Psychotherapie
	a3) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte mit der Facharztbezeichnung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

	a4) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie
	a5) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte mit der Facharztbezeichnung Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
b) Pflegefachpersonen	b0) Gesamt
	b1) Davon Pflegefachpersonen exklusive b2 und b3
	b2) Davon Pflegefachpersonen mit Weiterbildung Psychiatrische Pflege
	b3) Davon Pflegefachpersonen mit Bachelor Psychiatrische Pflege
	b4) Davon Heilerziehungspflegerinnen oder Heilerziehungspfleger
c) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	c0) Gesamt
	c1) Davon approbierte Psychologische Psychotherapeutinnen oder -therapeuten
	c2) Davon Psychologinnen oder Psychologen in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin oder zum Psychologischen Psychotherapeuten
	c3) Davon Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten mit Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 1. September 2020 geltenden Fassung des PsychThG
	c4) Davon Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten
	c5) Davon Psychologinnen oder Psychologen ohne Approbation
d) Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten, Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	d0) Gesamt
	d1) Davon Ergotherapeutinnen oder Ergotherapeuten
	d2) Davon Künstlerische Therapeutinnen oder Künstlerische Therapeuten
	d3) Davon Spezialtherapeutinnen oder Spezialtherapeuten mit anderer Qualifikation als d1 und d2
	d4) Davon Bewegungstherapeutinnen oder Bewegungstherapeuten
	d5) Davon Physiotherapeutinnen oder Physiotherapeuten
f) Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	f0) Gesamt
	f1) Davon Sozialarbeiterinnen oder Sozialarbeiter
	f2) Davon Sozialpädagoginnen oder Sozialpädagogen
	f3) Davon Heilpädagoginnen oder Heilpädagogen
h) Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter	h0) Gesamt

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

Referenztabelle A8.3: Qualifikationen des Personals in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Berufsgruppe	Teilgruppe mit spezifischer/zusätzlicher Qualifikation
1	2
a) Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	a0) Gesamt
	a1) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte inklusive a2
	a2) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte mit der Facharztbezeichnung Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
b) Pflegefachpersonen und Erziehungsdienst	b0) Gesamt
	b1) Davon Pflegefachpersonen exklusive b4 bis b6
	b2) Davon Erzieherinnen oder Erzieher
	b3) Davon Heilerziehungspflegerinnen oder Heilerziehungspfleger
	b4) Davon Fachpersonen mit Weiterbildung Kinder- und Jugendpsychiatrie
	b5) Davon Fachpersonen mit Bachelor Psychiatrische Pflege
	b6) Davon Pflegefachpersonen mit Weiterbildung Psychiatrische Pflege
c) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen (dazu zählen alle Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten)[8]	c0) Gesamt
	c1) Davon approbierte Psychologische Psychotherapeutinnen oder -therapeuten
	c2) Davon approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder -therapeuten
	c3) Davon Psychologinnen oder Psychologen in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder zum Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
	c4) Davon Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten mit Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 1. September 2020 geltenden Fassung des PsychThG
	c5) Davon Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten (KJ)
	c6) Davon Psychologinnen oder Psychologen ohne Approbation

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

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

d) Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten, Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	d0) Gesamt
	d1) Davon Ergotherapeutinnen oder Ergotherapeuten
	d2) Davon Künstlerische Therapeutinnen oder Künstlerische Therapeuten
	d3) Davon Spezialtherapeutinnen oder Spezialtherapeuten mit anderer Qualifikation als d1 und d2
	d4) Davon Sprachheiltherapeutinnen oder Sprachheiltherapeuten
	d5) Davon Logopädinnen oder Logopäden
	d6) Davon Bewegungstherapeutinnen oder Bewegungstherapeuten
	d7) Davon Physiotherapeutinnen oder Physiotherapeuten
f) Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	f0) Gesamt
	f1) Davon Sozialarbeiterinnen oder Sozialarbeiter
	f2) Davon Sozialpädagoginnen oder Sozialpädagogen
	f3) Davon Heilpädagoginnen oder Heilpädagogen

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

A9. Datenfelder zur Dokumentation der Patientinnen und Patienten (Dokumentation der Leistungen zu den Regelaufgaben gemäß Anlage 4)

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

Zulässige Werte:
Spalte 1: 29 für Erwachsenenpsychiatrie/30 für Kinder- und Jugendpsychiatrie/31 für Psychosomatik
Spalte 2: 1 = vollstationär, 2 = teilstationär, 3 = stationsäquivalente Behandlung, 8 = Sonstiges
Spalte 3: OPS-Kodes der Bereiche 9-60 bis 9-98 (*https://www.bfarm.de*)
Spalte 4: Datum im Format JJJJ.MM.TT
Spalte 5: Anzahl Tage bei Spalte 3 = 9-607, 9-617, 9-618, 9-619, 9-61a, 9-61b, 9-626, 9-634, 9-656, 9-672 oder 9-686,
Angabe entfällt bei Spalte 3 = andere OPS-Kodes

Hinweis:
Für jeden in den stationären Abrechnungsdaten dokumentierten OPS-Kode aus dem Bereich 9-60 bis 9-98 ist eine Zeile zu übermitteln. Das heißt für jedes Auftreten eines OPS-Kodes – also jedes Mal, wenn der betreffende OPS-Kode bei einem Behandlungsfall dokumentiert wird – ist eine separate Zeile anzulegen. Eine Aggregation innerhalb eines Behandlungsfalls oder über mehrere Behandlungsfälle hinweg ist unzulässig.

Spalte 1: Diese Angaben sind immer für die nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtung anzugeben, in der die Patientin oder der Patient zum Zeitpunkt des OPS-Datums behandelt worden ist. Bei zeitraumbezogenen OPS-Kodes erfolgt die Zuordnung zum Quartal, in dem der Gültigkeitszeitraum beginnt. Auf eine tagesgenaue Abgrenzung wird aus Vereinfachungsgründen und der Vermeidung zusätzlichen Aufwandes verzichtet.

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

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

Die Tabelle A9 wird gemäß § 16 Absatz 5 ausschließlich an das IQTIG übersandt.

Vorbehaltlicher Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

FÜR JEDE MELDUNG/JEDEN NACHWEIS GESONDERT AUSZUFÜLLEN

Unterschriften

Hiermit wird die Richtigkeit der obigen Angaben im Nachweis bestätigt.

Name			
Datum			
Unterschrift			
	Ärztliche Leitung	Pflegedirektion	Geschäftsführung/ Verwaltungsdirektion

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

Anlage 4 Regelaufgaben

I. Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) - Erwachsenenpsychiatrie

1. Regelaufgaben der Ärztinnen und Ärzte sowie Oberärztinnen und Oberärzte (jeweils einschließlich der ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten)

a) Regelaufgaben der Ärztinnen und Ärzte (einschließlich der ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) im Stationsdienst

1. Medizinische und psychotherapeutische Grundversorgung

- Diagnostik: Psychiatrische und psychotherapeutische Anamnese und Befunderhebung, Fremdanamnese
- Körperliche Untersuchung, Indizierung weiterer Untersuchungen, Labordiagnostik
- Körperliche Therapie: Medikation, Medikationskontrolle, Befundauswertung, weitere medizinische Behandlung
- Therapieplanung
- Visiten, Kurvenvisiten, Teilnahme Oberarztvisite, Teilnahme an täglichen patientenbezogenen Verlaufsbesprechungen im Team (medizinische und psychotherapeutische Befunde)
- Verlaufsuntersuchungen
- Dokumentation der Erstaufnahme, des Verlaufs, Aktenführung, Arztbrief, Entlassbericht

2. Einzelfallbezogene Behandlung

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

3. Gruppentherapie

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

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

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

b) Regelaufgaben der Oberärztinnen und Oberärzte

1. Stationsbezogene Tätigkeiten

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

2. Stationsübergreifende Tätigkeiten

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

3. Außenkontakte

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

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

2. Regelaufgaben des Pflegepersonals

1 Allgemeine Pflege

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

2 Spezielle Pflege

2.1 Somatische Pflege

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

2.2 Psychiatrische Pflege

2.2.1 Einzelfallbezogene Behandlung und Betreuung

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

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

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

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

2.3 Visiten der Ärztin oder des Arztes
- Vorbereitung, Teilnahme, Ausarbeitung

3 Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

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

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

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

3. Regelaufgaben der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) sowie Psychologinnen und Psychologen gemäß § 5 Absatz 1

1. Grundversorgung

   - Psychotherapeutische/psychologische Anamnese und Befunderhebung inklusive Anwendung standardisierter Instrumente, Fremdanamnese
   - Therapieplanung (in Bezug auf Psychotherapie/Psychologie)
   - Verlaufskontrollen
   - Teilnahme an Visiten, Verlaufsuntersuchungen
   - Dokumentation der Erstaufnahme, des Verlaufs, Aktenführung, E-Bericht (in Bezug auf Psychotherapie/Psychologie)
   - Teilnahme an täglichen patientenbezogenen Verlaufsbesprechungen im Team
   - Teilnahme Oberarztvisite/Kurvenvisite

2. Einzelfallbezogene Behandlung

   - Einzelgespräche, Einzelpsychotherapie einschließlich spezieller Trainingsprogramme/Expositionen
   - Krisenintervention
   - Familiengespräche/Familientherapie
   - Abklärung medizinischer, psychotherapeutischer, juristischer und anderer Fragen mit Stellen außerhalb des Krankenhauses
   - Rehabilitations- und Nachsorgeplanung

3. Gruppentherapie

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

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

   - Teilnahme an den Konferenzen des therapeutischen Personals
   - Teilnahme an Therapiekonferenzen
   - Einzelfallsupervision/Teamsupervision
   - Konzeptbesprechungen im Team
   - Teilnahme an hausinternen Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung einschließlich Supervision, Balintgruppen/ IFA-Gruppen
   - Durchführung von Fort- und Weiterbildung einschließlich Supervision (zu leisten nur von Psychologischen Psychotherapeutinnen oder -therapeuten oder Fachpsychotherapeutinnen oder -therapeuten)

vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

- Teilnahme an Außenkontakten (ambulante und komplementäre Dienste, Selbsthilfe- und Angehörigengruppen)
- Regelhafte Unterweisungen (Hygiene, Arbeitssicherheit, Brandschutz, Mentoring, Reanimation etc.)

4. Regelaufgaben der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten, Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

a) Regelaufgaben der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten

1. Grundversorgung

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

2. Einzelfallbezogene Behandlung

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

3. Gruppenbezogene Behandlung

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

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

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

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

b) Regelaufgaben der Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

1. Grundversorgung
   - Ergänzung der medizinischen und psychiatrischen Diagnostik durch funktionelle Diagnostik
   - Physiotherapie bei körperlichen Beschwerden sowie bei somatischen Begleit- oder Folgeerkrankungen
   - Dokumentation
2. Einzelfallbezogene Behandlung
   - Individuelle Physiotherapie und Bewegungstherapie bei schweren Erkrankungen
   - Psychotherapeutisch orientierte Bewegungstherapie
3. Gruppenbezogene Behandlung
   - Gruppengymnastik und Sporttherapie
   - Bewegungstherapie und Physiotherapie
   - Entspannungsübungen
4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten
   - Teilnahme an Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team
   - Vor- und Nachbereitung
   - Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision

5. <u>Regelaufgaben der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen sowie Heilpädagoginnen und Heilpädagogen</u>

1. Sozialpädagogische Grundversorgung
   - Mitwirkung bei Anamnese- und Befunderhebung (Sozialanamnese und psychosoziale Diagnostik) und Therapieplanung
   - Klärung von Anspruchsvoraussetzungen gegenüber Leistungsträgern sowie Hilfen zur finanziellen Sicherung des Lebensunterhaltes
   - Dokumentation
2. Einzelfallbezogene Behandlung und sozialpädagogische Behandlung
   - Sozialtherapeutisches Kompetenztraining
   - Sozialtherapeutische Einzelfallhilfe zur Wiedereingliederung im Wohnbereich sowie im familiären und gesellschaftlichen Leben einschließlich Haus- und Nachbarschaftsbesuche

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

- Hilfe zur Wiedereingliederung im Arbeitsbereich einschließlich der notwendigen Außenaktivitäten
- Familienberatung und Mitwirkung an Familientherapien

3. Gruppenbezogene Behandlung

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

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

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

II. Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) – Kinder- und Jugendpsychiatrie

1. <u>Regelaufgaben der Ärztinnen und Ärzte sowie Oberärztinnen und Oberärzte (jeweils einschließlich der ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten)</u>

a) Regelaufgaben der Ärztinnen und Ärzte (einschließlich der ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) im Stationsdienst

1. Medizinische und psychotherapeutische Grundversorgung

- Diagnostik: Kinder- und jugendpsychiatrische und psychotherapeutische Anamnese und Befunderhebung, Fremdanamnese
- Körperliche Untersuchung, Indizierung weiterer Untersuchungen, Labordiagnostik
- Durchführung von orientierenden Leistungstests, Bewertung weiterer testpsychologischer Untersuchungsbefunde (Entwicklungstests, Persönlichkeitstests, projektive Tests)
- Körperliche Therapie: Medikation, Medikationskontrolle, Befundauswertung, weitere medizinische Behandlung
- Therapieplanung
- Visiten, Kurvenvisiten, Teilnahme Oberarztvisite, Teilnahme an täglichen patientenbezogenen Verlaufsbesprechungen im Team (medizinische und psychotherapeutische Befunde), Beratung bei der Pflegeplanung
- Verlaufsuntersuchungen
- Dokumentation der Erstaufnahme, des Verlaufs, Aktenführung, Arztbrief, Entlassbericht

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

2. Einzelfallbezogene Behandlung

   - Einzelgespräche/Einzelpsychotherapie einschließlich spezieller Trainingsprogramme
   - Krisenintervention
   - Familiengespräche/Familientherapie, Anleitung der Bezugspersonen des Kindes/Jugendlichen
   - Abklärung medizinischer, psychotherapeutischer, juristischer und anderer Fragen mit Stellen außerhalb des Krankenhauses, Zusammenarbeit mit außerklinischen Einrichtungen wie Kindergarten, externer Schule, Arbeitsamt, Jugendamt, Erziehungsberatungsstelle, schulpsychologischem Dienst, Sozialamt, Gesundheitsamt, niedergelassener Therapeutin oder niedergelassenem Therapeuten, Heim etc.
   - Rehabilitations- und Nachsorgeplanung
   - Maßnahmen im Zusammenhang mit Unterbringungsverfahren einschließlich gutachterlicher Stellungnahmen

3. Gruppentherapie

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

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

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

b) Regelaufgaben der Oberärztinnen und Oberärzte

1. Stationsbezogene Tätigkeiten

   - Oberarztvisiten/Kurvenvisiten/Einzelgespräche/Kurzinterventionen, Nachexploration
   - Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechung im Team
   - Begleitung und Kontrolle der medizinischen und psychotherapeutischen Diagnostik und Therapie

Veröffentlichung der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

- Aktive Beteiligung an Therapien (Einzel, Familie, Gruppe)
- Gesamtbehandlungsplan, Therapieplanung
- Akten- und Dokumentationskontrolle
- Teilnahme/Leitung Stationsversammlungen/Angehörigengruppen auf der Station
- Supervision (Einzelfallsupervision und Teamsupervision)

2. Stationsübergreifende Tätigkeiten

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

3. Außenkontakte

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

2. <u>Regelaufgaben des Pflege- und Erziehungsdienstes</u>

1 Allgemeine Pflege und Betreuung

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

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

2 Spezielle Pflege

2.1 Somatische Pflege

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

2.2 Kinder- und jugendpsychiatrische Pflege

2.2.1 Einzelfallbezogene Behandlung und Betreuung

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

2.2.2 Gruppenbezogene Behandlung und Betreuung

- Durchführung von Stations-/Gruppenversammlungen, themenzentrierte Gespräche
- Training lebenspraktischer Fähigkeiten, Gesundheitserziehung und Selbständigkeitstraining; gruppenpädagogische Aktivitäten inner- und außerhalb der Station, Projektarbeit, Belastbarkeitstraining
- Anleitung, Mitwirkung und Aufsicht bei kreativen Freizeitaktivitäten; Beobachtung gruppendynamischer Prozesse

Vorläufige Prüfung durch den BMC und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

- Mitwirkung in speziellen Therapiegruppen (z. B. Rollenspiele, Sicherheitstraining, Problemlösegruppen, Bewegungs- und Ergotherapie)
- Mitwirkung bei Elterngruppen

2.3. Visiten der Ärztin oder des Arztes
- Vorbereitung, Teilnahme, Ausarbeitung, Kurvenvisite, Dokumentation

3 Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

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

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

3. Regelaufgaben der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) sowie Psychologinnen und Psychologen gemäß § 5 Absatz 2

1. Grundversorgung

- Psychotherapeutische/psychologische Anamnese und Befunderhebung inklusive Anwendung standardisierter Instrumente unter Berücksichtigung familienpsychologischer und entwicklungspsychologischer Zusammenhänge, Fremdanamnese
- Therapieplanung (in Bezug auf Psychotherapie/Psychologie)
- Verlaufskontrollen
- Teilnahme an Visiten, Verlaufsuntersuchungen
- Dokumentation der Erstaufnahme, des Verlaufs, Aktenführung, E-Bericht (in Bezug auf Psychotherapie/Psychologie)
- Teilnahme an täglichen patientenbezogenen Verlaufsbesprechungen im Team
- Teilnahme Oberarztvisite/Kurvenvisite

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

2. Einzelfallbezogene Behandlung

   - Einzelgespräche, Einzelpsychotherapie einschließlich spezieller Trainingsprogramme/Expositionen, neuropsychologische Behandlung, einschließlich therapiebegleitender Diagnostik und Modifikation der Therapiemaßnahmen
   - Krisenintervention
   - Familiengespräche/Familientherapie, Anleitung der Bezugspersonen des Kindes/Jugendlichen
   - Abklärung medizinischer, psychotherapeutischer, juristischer und anderer Fragen mit Stellen außerhalb des Krankenhauses
   - Rehabilitations- und Nachsorgeplanung

3. Gruppentherapie

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

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

   - Teilnahme an den Konferenzen des therapeutischen Personals
   - Teilnahme an Therapiekonferenzen
   - Einzelfallsupervision/Teamsupervision
   - Konzeptbesprechungen im Team
   - Teilnahme an hausinternen Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung einschließlich Supervision, Balintgruppen/IFA-Gruppen
   - Durchführung von Fort- und Weiterbildung einschließlich Supervision (zu leisten nur von Psychologischen Psychotherapeutinnen oder -therapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder -therapeuten oder Fachpsychotherapeutinnen oder -therapeuten)
   - Teilnahme an Außenkontakten (ambulante und komplementäre Dienste, Selbsthilfe- und Angehörigengruppen)
   - Regelhafte Unterweisungen (Hygiene, Arbeitssicherheit, Brandschutz, Mentoring, Reanimation etc.)

4. <u>Regelaufgaben der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten, der Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten</u>

   a) Regelaufgaben der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten

      1. Grundversorgung

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

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 91 SGB V

- Dokumentation

2. Einzelfallbezogene Behandlung

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

3. Gruppenbezogene Behandlung

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

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

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

b) Regelaufgaben der Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

1. Grundversorgung

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

2. Einzelfallbezogene Behandlung

- Individuelle Physiotherapie und Bewegungstherapie bei schweren Erkrankungen; Übungsbehandlung nach Bobath oder Vojta
- Psychomotorische Übungsbehandlung (Mototherapie)

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

- Psychotherapeutisch orientierte Bewegungs- und Körpertherapie
- Basale Stimulation

3. Gruppenbezogene Behandlung

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

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

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

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

1. Grundversorgung

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

2. Einzelfallbezogene Beratung und Behandlung

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

3. Gruppenbezogene Behandlung

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

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

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

III. Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) – Psychosomatik

1. Regelaufgaben der Ärztinnen und Ärzte sowie Oberärztinnen und Oberärzte (jeweils einschließlich der ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten)

a) Regelaufgaben der Ärztinnen und Ärzte (einschließlich der ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) im Stationsdienst

1. Medizinische Grundversorgung

   - Diagnostik: Körperliche und psychosomatische Anamnese, körperliche Untersuchung, apparative Diagnostik, Indizierung weiterer Untersuchungen, Labordiagnostik
   - Körperliche Therapie: Medikation, Medikamentenkontrolle, Befundauswertung, weitere medizinische Behandlung
   - Visiten, Kurvenvisiten, Verlaufsuntersuchungen (ad medizinische Aspekte)
   - Dokumentation des körperlichen Verlaufs und der psychosomatischen Interaktion, Aktenführung, Arztbrief (medizinischer Teil)
   - Teambesprechungen (ad körperliche Befunde)

2. Psychotherapeutische Grundversorgung

   - Psychotherapeutische Anamnese und Befunderhebung
   - Mitwirken bei der Therapieplanung
   - Verlaufskontrolle
   - Teilnahme an Visiten
   - Dokumentation des Verlaufs, Aktenführung, Entlassbericht (psychotherapeutischer Teil)
   - Teilnahme an täglichen Verlaufsbesprechungen im Team (ad Psychotherapie)
   - Teilnahme Oberarztvisite/Kurvenvisite (ad Psychotherapie)

3. Einzelfallbezogene Behandlung

   - Einzelgespräche/Einzelpsychotherapie einschließlich spezieller Trainingsprogramme
   - Krisenintervention

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

- Familiengespräche/Familientherapie
- Abklärung medizinischer, psychotherapeutischer, juristischer und anderer Fragen mit Stellen außerhalb des Krankenhauses
- Rehabilitations- und Nachsorgeplanung

4. Gruppentherapie

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

5. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

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

b) Regelaufgaben der Oberärztinnen und Oberärzte

1. Stationsbezogene Tätigkeiten

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

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

2. Stationsübergreifende Tätigkeiten

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

3. Außenkontakte

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

2. Regelaufgaben der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) sowie Psychologinnen und Psychologinnen gemäß § 5 Absatz 1

1. Grundversorgung

   - Psychotherapeutische/psychologische Anamnese und Befunderhebung inklusive Anwendung standardisierter Instrumente, Fremdanamnese
   - Therapieplanung (in Bezug auf Psychotherapie/Psychologie)
   - Verlaufskontrollen
   - Teilnahme an Visiten, Verlaufsuntersuchungen
   - Dokumentation der Erstaufnahme, des Verlaufs, Aktenführung, E-Bericht (in Bezug auf Psychotherapie/Psychologie)
   - Teilnahme an täglichen patientenbezogenen Verlaufsbesprechungen im Team
   - Teilnahme Oberarztvisite/Kurvenvisite

2. Einzelfallbezogene Behandlung

   - Einzelgespräche/Einzelpsychotherapie einschließlich spezieller Trainingsprogramme/Expositionen
   - Krisenintervention
   - Familiengespräche/Familientherapie
   - Abklärung medizinischer, psychotherapeutischer, juristischer und anderer Fragen mit Stellen außerhalb des Krankenhauses
   - Rehabilitations- und Nachsorgeplanung

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

3. Gruppentherapie

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

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

   - Teilnahme an den Konferenzen des therapeutischen Personals
   - Teilnahme an Therapiekonferenzen
   - Einzelfallsupervision/Teamsupervision
   - Konzeptbesprechungen im Team
   - Teilnahme an hausinternen Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung einschließlich Supervision, Balintgruppen/IFA-Gruppen
   - Durchführung von Fort- und Weiterbildung einschließlich Supervision (zu leisten nur von Psychologischen Psychotherapeutinnen oder -therapeuten oder Fachpsychotherapeutinnen oder -therapeuten)
   - Teilnahme an Außenkontakten (ambulante und komplementäre Dienste, Selbsthilfe- und Angehörigengruppen)
   - Regelhafte Unterweisungen (Hygiene, Arbeitssicherheit, Brandschutz, Mentoring, Reanimation etc.)

3. <u>Regelaufgaben des Pflegedienstes</u>

Aufgaben innerhalb der stationären Einheit

A Allgemeine Pflege:

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

B1 Spezielle Pflege in der Somatik:

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

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

B2 Spezielle Pflege in der Psychotherapie:

bezogen auf den einzeltherapeutischen Prozess
- Einzelgespräche (Schwestern-Visiten)
- Aufnahmegespräch
- Tagesplanung
- Therapieabgabe/Tagesrückmeldung
- Sozialanamnese
- Krisenintervention
- Angehörigengespräche

bezogen auf den gruppentherapeutischen Prozess
- Stationsversammlung
- Aktivitätsgruppen
- Freizeitaktivitäten
- Mitwirkung bei Gruppentherapie
- Mitwirkung bei Familientherapie
- Mitwirkung bei der Arztvisite

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

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

4. Regelaufgaben der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter

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

5. Regelaufgaben der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten, Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

a) Regelaufgaben der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten

1. Grundversorgung

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

2. Einzelfallbezogene Behandlung

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

3. Gruppenbezogene Behandlung

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

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

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

b) Regelaufgaben der Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

1. Grundversorgung

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

2. Einzelfallbezogene Behandlung

   - Individuelle Physiotherapie und Bewegungstherapie bei schweren Erkrankungen
   - Psychotherapeutisch orientierte Bewegungstherapie

3. Gruppenbezogene Behandlung

   - Gruppengymnastik und Sporttherapie
   - Bewegungstherapie und Physiotherapie
   - Entspannungsübungen

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

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

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

Anlage 5 Kernaufgaben der Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter

Kernaufgaben der Genesungsbegleitung sind insbesondere:

- Unterstützung bei der partizipativen Gestaltung der Therapieplanungen und -umsetzung (Atmosphäre und Abläufe) im Sinne des recovery-orientierten Arbeitens
- Einnehmen einer Vermittlerrolle zwischen professionell Helfenden und den Patientinnen und Patienten und Förderung eines Trialogs
- Einbringen sowohl eigener Wahrnehmungen als auch Wahrnehmungen aus Patientenperspektive bei der psychosozialen Anamnese und Befunderhebung, gegebenenfalls durch Unterstützung von Fremdanamnese unter Beachtung der informationellen Selbstbestimmung der Patientin oder des Patienten
- Teilnahme an einrichtungsinternen multidisziplinären Treffen, Visiten, Supervisions- und Balintgruppen
- Beitrag zur Dokumentation der beteiligten Berufsgruppen unter besonderer Berücksichtigung des Recovery- und Ressourcenaspektes
- Einzelgespräche auf Basis der Grundprinzipien der Genesungsbegleitung, insbesondere Recovery und Empowerment, auch in Krisensituationen
- Auf Wunsch der Patientinnen und Patienten Beteiligung bei der Durchführung von Familien- und Bezugspersonengesprächen und Netzwerkgesprächen
- Moderation und Co-Moderation von Begegnungsgruppen, des trialogischen Austauschs und themenspezifischer Gruppen
- Begleitung der Patientinnen und Patienten bei externen Angelegenheiten wie Behördenterminen und Vernetzung in den öffentlichen Raum (u. a. zu externen Selbsthilfe- und Angehörigengruppen)
- Unterstützende Mitwirkung beim Übergangs- und Entlassmanagement

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

Anlage 6 Prüfregeln

Bei einer Nichteinhaltung der folgenden Prüfregeln sind die Daten gemäß § 11 vom IQTIG abzuweisen:

- Bei einer Erfüllung der Mindestvorgabe für eine differenzierte Einrichtung muss gemäß § 7 Absatz 4 bei allen Berufsgruppen ein Umsetzungsgrad von mindestens 100 Prozent nachgewiesen werden. In der Übergangszeit gelten die Vorgaben des § 16 Absatz 1. Die Angaben in der Erklärung des Krankenhauses, die Mindestvorgaben zu erfüllen, und die Angaben zur Erfüllung der Mindestvorgaben in den einzelnen Berufsgruppen haben übereinzustimmen.
- Bei der Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung für eine differenzierte Einrichtung ist die Anrechnung von Fach- und Hilfskräften aus Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen nur in einem Umfang bis zur Höchstgrenze gemäß § 8 Absatz 5 zulässig.

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V