

Beschluss



Gemeinsamer
Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung und Veröffentlichung des Servicedokuments gemäß § 16 Absatz 5 Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)

Vom 21. Januar 2021

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 21. Januar 2021 beschlossen, das Servicedokument gemäß § 16 Absatz 5 Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) gemäß **Anlagen 1 und 2** für die Übermittlung der Nachweise im Sinne von § 11 PPP-RL neu zu fassen und zu veröffentlichen.

Dieser Beschluss wird auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 21. Januar 2021

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Start- und Hinweisblatt**Angaben KH-Standort >>****Nachweis für die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL):**

Bei dem vorliegenden Dokument handelt es sich um ein Servicedokument zur Erbringung des Nachweises „Erfüllung von Qualitätsanforderungen in der psychiatrischen, psychosomatischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung“. Verwenden Sie dieses bitte für die Erfassungsjahre 2020 und 2021.

Speichern Sie das Dokument bitte auf Ihrem Computer und füllen Sie es aus. Füllen Sie bitte ein Exemplar je Standort aus. Für einen neuen Standort erstellen Sie bitte eine Kopie des Dokuments. Füllen Sie das Dokument bitte der Reihenfolge der Tabellenblätter folgend aus, da Angaben aus früheren Blättern teils in späteren Blättern übernommen werden.

Nach der vollständigen Bearbeitung bestätigen Sie bitte die Richtigkeit der Angaben auf einem ausgedruckten Unterschriftenblatt und übermitteln es mit der Nachweisdatei über das unter www.iqtig.org zugängliche Webportal "www.ppp-webportal.de" sowie an die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen und die Landesaufsichtsbehörde.

Dieser Nachweis ist in einen Teil A und einen Teil B gegliedert.

Teil A und Teil B des Nachweises werden gemeinsam gemäß § 11 Absatz 13 in der Übergangszeit bis zum 1. Januar 2024 quartalsweise zum Zwecke der Auswertung durch den G-BA an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) übermittelt, danach jährlich. Teil A des Nachweises wird gemäß § 11 Absatz 13 in der Übergangszeit bis zum 1. Januar 2024 quartalsweise an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen übermittelt, danach jährlich. Ausgenommen von der quartalsweisen Lieferung ist in der Übergangszeit das Erfassungsjahr 2020. Die diesbezüglichen Nachweise werden für alle vier Quartale gemeinsam bis zum 30. April 2021 übermittelt. Bei Nichterfüllung wird Teil A gemäß § 11 Absatz 3 spätestens 14 Tage nach Ende des betreffenden Quartals an die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und die Landesaufsichtsbehörde übermittelt.

Ausfüllhinweise

Bei dem vorliegenden Dokument handelt es sich um **Teil A**.

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

GELB hinterlegte Felder sind bitte auszufüllen.

BLAU hinterlegte Felder übernehmen Angaben, die an anderer Stelle bereits getroffen wurden.

GRÜN hinterlegte Felder markieren Felder, die nicht für alle Krankenhausstandorte zutreffen und nur gegebenenfalls ausgefüllt werden müssen.

!!! Fehlende Angaben in einer Zeile werden durch die Anzeige von drei Ausrufezeichen hervorgehoben.

Hilfestellung

Das Servicedokument in der vorliegenden Version 1.4 basiert auf der geänderten Version der PPP-RL, welche am 15.10.2020 vom G-BA beschlossen wurde und zum 01.01.2021 in Kraft tritt. Weitere Erläuterungen finden Sie in den Tragenden Gründen zu den Beschlüssen vom 19.09.2019 und 15.10.2020 bzw. der FAQ-Liste auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de.

Bei inhaltlichen Fragen wenden Sie sich bitte an folgende E-Mail-Adresse: PPP-RL@g-ba.de

Bei Fragen zur technischen Handhabung des Dokuments wenden Sie sich bitte an die Hotline des IQTIG unter verfahrensuport@iqtig.org.

AKH-S Angaben Krankenhaus-Standort

<< Hinweise

Angaben Stationen >>

Ausfüllhinweis:

Bitte tragen Sie hier die administrativen Daten Ihres Hauses ein. Diese werden in die folgenden Seiten des Servicedokuments an geeigneter Stelle übernommen. Für ein neues Quartal erstellen Sie bitte eine Kopie des Dokuments.
 Der Medizinische Dienst (MD) ist gemäß der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 SGB V (MD-QK-RL) berechtigt, die Richtigkeit der Angaben der Einrichtungen vor Ort zu überprüfen.

MUSS-Angabe
ggf. MUSS-Angabe

!!! Es fehlen noch MUSS-ANGABEN in den mit !!! gekennzeichneten Zeilen	
!!! Jahr der Leistungserbringung:	<input style="background-color: yellow;" type="text"/>
!!! Quartal der Leistungserbringung:	<input style="background-color: yellow;" type="text"/>
!!! Name der Klinik / Abteilung:	<input style="background-color: yellow;" type="text"/>
!!! Postleitzahl:	<input type="text"/>
!!! Ort:	
!!! Straße:	
!!! Ansprechpartner für Rückfragen:	<input type="text"/>
!!! Tel.:	
!!! E-Mail:	
!!! Institutionskennzeichen (Haupt-IK):	<input type="text"/>
!!! Standort-ID:	
!!! Über welche nach § 2 Absatz 5 differenzierten Einrichtungen verfügt Ihr Standort?	<input style="background-color: yellow;" type="text"/>
Wählen Sie hier <u>bis zu drei</u> Einrichtungen aus, über die ihr Standort verfügt, die Mehrfachauswahl eines Einrichtungstyps ist nicht zulässig.	<input style="background-color: lightgreen;" type="text"/>
	<input style="background-color: lightgreen;" type="text"/>

AS **Angaben Stationen** **<< Angaben KH-Standort** **A1 >>**

Haupt-IK: Jahr:
 Standort-ID: 0. Quartal

Ausfüllhinweis:

In diesem Tabellenblatt tragen Sie bitte die Stationen Ihres Krankenhausstandortes ein. Diese werden an anderen Stellen im Dokument technisch übernommen. Die Station (ID) ist ein technischer Wert zur internen Identifikation der Stationen im Servicedokument.
 Sollten noch nicht alle Felder einer Zeile ausgefüllt sein, wird das Warnzeichen !!! vor der betroffenen Zeile angezeigt.

MUSS-Angabe
ggf. MUSS-Angabe
Indirekte Angabe

Station (ID) ifd. Nr.	Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Stationsbezeichnung (interne gebräuchliche Bezeichnung der jeweiligen Station)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		

37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50		
51		
52		
53		
54		
55		
56		
57		
58		
59		
60		
61		
62		
63		
64		
65		
66		
67		
68		
69		
70		
71		
72		
73		
74		
75		
76		
77		
78		
79		
80		
81		
82		
83		
84		
85		
86		
87		
88		

89		
90		
91		
92		
93		
94		
95		
96		
97		
98		
99		
100		

A1 Datenfelder zur regionalen Pflichtversorgung der Einrichtung differenziert nach Einrichtungen

<< Angaben Stationen

A2.1 >>

Haupt-IK:
Standort-ID:

Jahr:
0. Quartal

Ausfüllhinweis:

Bitte füllen Sie die folgenden Datenfelder zur regionalen Pflichtversorgung der Einrichtung differenziert nach Einrichtungstyp aus.
Bitte füllen Sie diesen Bogen für jeden Standort quartalsbezogen aus. Für ein neues Quartal erstellen Sie bitte eine Kopie des Dokuments.
Die nach §2 Absatz 5 der RL differenzierten Einrichtungen (Spalte C) werden aus dem Blatt „Angaben KH-Standort“ übernommen.

MUSS-Angabe
ggf. MUSS-Angabe
Indirekte Angabe

Quartal, auf welches sich diese Datenübermittlung bezieht: 0

Hat eine Ihrer Einrichtungen im Bereich PPP eine durch die zuständige Landesbehörde festgelegte regionale Pflichtversorgung? Ja

Für welche Einrichtung gemäß § 2 Absatz 5 gilt die regionale Pflichtversorgung?		Verfügt die Einrichtung über ...	
Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	regionale Pflichtversorgung	geschlossene Bereiche?	24 Std. Präsenzdienste?

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Anzahl von Behandlungstagen bei Patientinnen oder Patienten mit ...	
	gesetzlicher Unterbringung	landesrechtlicher Verpflichtung zur



|

A4 Tatsächliche Personalausstattung im Tagdienst<< **A3.3****Haupt-IK:
Standort-ID:****Jahr:
0. Quartal****Austulhinweis:**

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

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

- Ausfallzeiten (Wochenfeiertage, Urlaub, Arbeitsunfähigkeit, Schutzfristen, Kur- und Heilverfahren, Wehrübungen, externe Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, Tätigkeiten im Personalrat, im Betriebsrat, in der Mitarbeitervertretung, in der Vertretung ausländischer, schwerbehinderter oder suchterkrankter Beschäftigter, als Sicherheitsbeauftragte oder Sicherheitsbeauftragter, als Beauftragte oder Beauftragter Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V 53 für Arbeitssicherheit, als Hygienebeauftragte oder Hygienebeauftragter, als Gleichstellungsbeauftragte oder Gleichstellungsbeauftragter und weitere relevante Ausfallzeiten)

- Leitungskräfte, Bereitschaftsdienste außerhalb des Regeldienstes, ärztliche Rufbereitschaft, ärztlicher Konsiliardienst, Tätigkeiten in Nachtkliniken, Nachtdienste Pflege, Genesungsbegleitung. Ebenfalls nicht zu berücksichtigen sind Zeiten von Personal, das nicht den Berufsgruppen nach § 5 zuzuordnen ist, auch wenn diese im Zusammenhang mit regionalen und strukturellen Besonderheiten nach § 6 Absatz 2 BPfIV und nach § 2 Absatz 10 Satz 1 zweiter Spiegelstrich erbracht werden. Ab 2021: Angaben zur stationsäquivalenten Behandlung erfolgen unter Verwendung der Ziffern 297 als Pseudoschlüssel für die stationsäquivalente Behandlung in der Erwachsenenpsychiatrie (29) und 307 als Pseudoschlüssel für die stationsäquivalente Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (30). Dazu sind die Pseudoschlüssel 297 und 307 in der Spalte Stationsbezeichnung anzugeben.

Sollten noch nicht alle Felder einer Zeile ausgefüllt sein, wird das Warnzeichen !!! vor der betroffenen Zeile angezeigt.

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



>> A5.1

MUSS-Angabe

ggf. MUSS-Angabe

Indirekte Angabe



|

A5.2 Umsetzungsgrad und Erfüllung der Anforderungen im Quartal je Einrichtung

<< **A5.1**

A5.3 >>

Haupt-IK:
Standort-ID:

Jahr:
0. Quartal

Ausfüllhinweis:

Die Tabelle enthält die Angaben zum Umsetzungsgrad der Mindestpersonalanforderungen gemäß § 7 Absatz 3 sowie die Angaben zur Erfüllung gemäß § 7 Absatz 4.
Die nach §2 Absatz 5 der RL differenzierten Einrichtungen werden aus dem Blatt „Angaben KH-Standort“ übernommen. Da für psychosomatische Einrichtungen die Ermittlung von Mindestvorgaben für 2020 und 2021 ausgesetzt ist, müssen für diese keine Angaben getätigt werden.
Sollten noch nicht alle Felder einer Zeile ausgefüllt sein, wird das Warnzeichen !!! vor der betroffenen Zeile angezeigt.

MUSS-Angabe
ggf. MUSS-Angabe
Indirekte Angabe

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Umsetzungsgrad der differenzierten Einrichtung in %	Mindestanforderungen aller Berufsgruppen erfüllt?	Mindestanforderung der differenzierten Einrichtungen erfüllt?

A6 Datenfelder zu den Ausnahmetatbeständen pro Einrichtung

<< **A6 (2020)**

Unterschriften >>

Haupt-IK:
Standort-ID:

Jahr:
0. Quartal

Ausfüllhinweis:

Dieses Tabellenblatt ist ab dem Jahr 2021 auszufüllen.

Die folgenden Tabellen sind nur auszufüllen, wenn Ausnahmetatbestände vorliegen, also Angaben in A5.1 getätigt wurden. Nutzen Sie die Tabellen A6.1 bis A6.3, um Ausnahmen zu den Ausnahmetatbeständen anzugeben. Für Ausnahmetatbestände, die nicht das ganze Quartal betrafen, füllen Sie bitte auch die Tabellen ab A6.4 aus.

Indirekte Angabe
ggf. MUSS-Angabe
MUSS-Angabe

A6.1 Ausnahmetatbestand Nummer 1 (kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle)

Tragen Sie hier Angaben zum Ausnahmetatbestand nach § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 ein, falls zutreffend.

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

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

Tragen Sie hier Angaben zum Ausnahmetatbestand nach § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ein, falls zutreffend.

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Zeitraum	Behandlungstage im aktuellen Jahr	Behandlungstage Vergleichswert Vorjahr (2019)	Prozentsatz in %	Gründe für Abweichungen (Freitext)

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

Tragen Sie hier Angaben zum Ausnahmetatbestand nach § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 ein, falls zutreffend.

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

Unterschriften

<< Unterschriften

Haupt-IK:
Standort-ID:

Jahr:
0. Quartal

Ausfüllhinweis:

Bitte drucken und unterschreiben Sie dieses Tabellenblatt. Übermitteln Sie es sodann mit Ihren erfassten Daten an die Empfänger.
Im Falle des Empfängers IQTIG scannen Sie bitte das unterschriebene Unterschriftenblatt ein und übermitteln Sie dieses im PDF-Format über das Portal "www.ppp-webportal.de".

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

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Umsetzungsgrad der differenzierten Einrichtung in %	Mindestanforderungen aller Berufsgruppen erfüllt?	Mindestanforderung der differenzierten Einrichtungen erfüllt?

Name

Datum

Unterschrift Verantwortlicher

Ärztliche Leitung

Pflegedirektion

Geschäftsführung/Verwaltungsdirektion

Start- und Hinweisblatt**Angaben KH-Standort >>****Nachweis für die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL):**

Bei dem vorliegenden Dokument handelt es sich um ein Servicedokument zur Erbringung des Nachweises „Erfüllung von Qualitätsanforderungen in der psychiatrischen, psychosomatischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung“. Verwenden Sie dieses bitte für die Erfassungsjahre 2020 und 2021.

Speichern Sie das Dokument bitte auf Ihrem Computer und füllen Sie es aus. Füllen Sie bitte ein Exemplar je Standort aus. Für einen neuen Standort erstellen Sie bitte eine Kopie des Dokuments. Füllen Sie das Dokument bitte der Reihenfolge der Tabellenblätter folgend aus, da Angaben aus früheren Blättern teils in späteren Blättern übernommen werden.

Nach der vollständigen Bearbeitung bestätigen Sie bitte die Richtigkeit der Angaben auf einem ausgedruckten Unterschriftenblatt und übermitteln es mit der Nachweisdatei über das unter www.iqtig.org zugängliche Webportal "www.ppp-webportal.de", sowie an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen und ggf. die Landesaufsichtsbehörde.

Dieser Nachweis ist in einen Teil A und einen Teil B gegliedert.

Teil A und Teil B des Nachweises werden gemeinsam gemäß § 11 Absatz 13 in der Übergangszeit bis zum 1. Januar 2024 quartalsweise zum Zwecke der Auswertung durch den G-BA an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) übermittelt, danach jährlich. Teil A des Nachweises wird gemäß § 11 Absatz 13 in der Übergangszeit bis zum 1. Januar 2024 quartalsweise an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen übermittelt, danach jährlich. Ausgenommen von der quartalsweisen Lieferung ist in der Übergangszeit das Erfassungsjahr 2020. Die diesbezüglichen Nachweise werden für alle vier Quartale gemeinsam bis zum 30. April 2021 übermittelt. Bei Nichterfüllung wird Teil A gemäß § 11 Absatz 3 spätestens 14 Tage nach Ende des betreffenden Quartals an die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und die Landesaufsichtsbehörde übermittelt.

Ausfüllhinweise

Bei dem vorliegenden Dokument handelt es sich um **Teil B**.

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

GELB hinterlegte Felder sind bitte auszufüllen.

BLAU hinterlegte Felder übernehmen Angaben, die an anderer Stelle bereits getroffen wurden.

GRÜN hinterlegte Felder markieren Felder, die nicht für alle Krankenhausstandorte zutreffen und nur gegebenenfalls ausgefüllt werden müssen.

!!! Fehlende Angaben in einer Zeile werden durch die Anzeige von drei Ausrufezeichen hervorgehoben.

Hilfestellung

Das Servicedokument in der vorliegenden Version 1.4 basiert auf der geänderten Version der PPP-RL, welche am 15.10.2020 vom G-BA beschlossen wurde und zum 01.01.2021 in Kraft tritt. Weitere Erläuterungen finden Sie in den Tragenden Gründen zu den Beschlüssen vom 19.09.2019 und 15.10.2020 bzw. der FAQ-Liste auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de.

Bei inhaltlichen Fragen wenden Sie sich bitte an folgende E-Mail-Adresse: PPP-RL@g-ba.de

Bei Fragen zur technischen Handhabung des Dokuments wenden Sie sich bitte an die Hotline des IQTIG unter verfahrensupport@iqtig.org.

AKH-S Angaben KH-Standort

<< Hinweise

Angaben Stationen >>

Ausfüllhinweis:

Bitte tragen Sie hier die administrativen Daten Ihres Hauses ein. Diese werden in die folgenden Seiten des Servicedokuments an geeigneter Stelle übernommen. Für ein neues Quartal erstellen Sie bitte eine Kopie des Dokuments.
 Der Medizinische Dienst (MD) ist gemäß der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 SGB V (MD-QK-RL) berechtigt, die Richtigkeit der Angaben der Einrichtungen vor Ort zu überprüfen.

MUSS-Angabe
ggf. MUSS-Angabe

!!! Es fehlen noch MUSS-ANGABEN in den mit !!! gekennzeichneten Zeilen	
!!! Jahr der Leistungserbringung:	<input type="text"/>
!!! Quartal der Leistungserbringung:	<input type="text"/>
!!! Name der Klinik / Abteilung:	<input type="text"/>
!!! Postleitzahl:	<input type="text"/>
!!! Ort:	
!!! Straße:	
!!! Ansprechpartner für Rückfragen:	<input type="text"/>
!!! Tel.:	
!!! E-Mail:	
!!! Institutionskennzeichen (Haupt-IK):	<input type="text"/>
!!! Standort-ID:	
!!! Über welche nach § 2 Absatz 5 differenzierten Einrichtungen verfügt Ihr Standort? Wählen Sie hier <u>bis zu drei</u> Einrichtungen aus, über die ihr Standort verfügt, die Mehrfachauswahl eines Einrichtungstyps ist nicht zulässig.	<input type="text" value="00 - Bitte eine Fachabteilung auswählen"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Ausfüllhinweis:

In diesem Tabellenblatt tragen Sie bitte die Stationen Ihres Krankenhausstandorts ein. Diese werden an anderen Stellen im Dokument technisch übernommen. Die technisch generierte ID-Nr. der Station dient allein der internen Identifikation der Stationen im Servicedokument.

MUSS-Angabe
ggf. MUSS-Angabe
Indirekte Angabe

Station (ID) Ifd. Nr.	Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Stationsbezeichnung (gebräuchliche Bezeichnung der jeweiligen Station, bspw. Akutstation oder Konzeptstation Depression oder Akuttagesklinik)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		

37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50		
51		
52		
53		
54		
55		
56		
57		
58		
59		
60		
61		
62		
63		
64		
65		
66		
67		
68		
69		
70		
71		
72		
73		
74		







Unterschriften

<< B5

Haupt-IK:
Standort-ID:Kein Jahr angegeben
Kein Quartal angegeben**Ausfüllhinweis:**

Bitte drucken und unterschreiben Sie dieses Tabellenblatt. Übermitteln Sie es sodann mit Ihren erfassten Daten an die Empfänger.
Im Falle des Empfängers IQTIG scannen Sie bitte das unterschriebene Unterschriftenblatt ein und übermitteln Sie dieses im PDF-Format über das Portal des IQTIG.

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

Name	<input type="text" value="Name"/>	<input type="text" value="Name"/>	<input type="text" value="Name"/>
Datum	<input type="text" value="Datum"/>	<input type="text" value="Datum"/>	<input type="text" value="Datum"/>
Unterschrift Verantwortlicher	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	_____ Ärztliche Leitung	_____ Pflegedirektion	_____ Geschäftsführung/Verwaltungsdirektion