

# Beschluss

## des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik- Richtlinie:

### Erste Anpassung gemäß § 1 Absatz 3

Vom 15. September 2022

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 15. September 2022 beschlossen, die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie in der Fassung vom 19. September 2019 (BAnz AT 31.12.2019 B6), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom 16. September 2021 (BAnz AT 30.12.2021 B3) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

#### Artikel 1

##### Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

- I. Die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie wird wie folgt geändert:
  1. In § 1 Absatz 3 Satz 4 werden die Wörter „ab dem 1. Januar 2025 gelten sollen, wird angestrebt“ durch die Wörter „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 2025 erfolgen“ ersetzt.
  2. § 2 wird wie folgt geändert:
    - a) In Absatz 3 Satz 1 werden nach dem Wort „(Tagdienst)“ die Wörter „und in der Nacht (Nachtdienst)“ eingefügt.
    - b) In Absatz 5 Satz 3 werden nach dem Wort „Mindestvorgaben“ die Wörter „für den Tagdienst“ eingefügt.
    - c) Absatz 10 wird wie folgt gefasst:

„(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 sowie
- die gegebenenfalls über die Mindestvorgaben hinausgehende Personalausstattung, die zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Versorgung erforderlich ist.

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.“

d) Folgender Absatz 11 wird angefügt:

„(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.“

3. § 3 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 werden die Zeilen „A4“, „A5“, „S4“, „S5“, „G4“ und „G5“ gestrichen.
- b) In Absatz 2 wird die Zeile „KJ5“ gestrichen.

4. In § 5 Absatz 2 Buchstabe b werden die Wörter „Kinder-, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Kinder-, Gesundheits- und Krankenpfleger“ durch die Wörter „Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger“ ersetzt.

5. § 6 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 und 3 werden jeweils nach dem Wort „Personalausstattung“ die Wörter „im Tagdienst“ eingefügt.
- b) Folgende Absätze 7 und 8 werden angefügt:

„(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 2025 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.
4. Für Einrichtungen der Psychosomatik und Einrichtungen ohne Intensivpatientinnen und Intensivpatienten werden keine Mindestvorgaben festgelegt.

Spätestens bis zum 30. Juni 2025 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. 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.“

6. § 7 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Personalausstattung“ die Wörter „für den Tagdienst“ eingefügt.
- b) In Absatz 2 Satz 2 werden nach dem Wort „Mindestvorgaben“ die Wörter „für den Tagdienst“ eingefügt.
- c) In Absatz 4 Satz 1 werden nach dem Wort „Mindestvorgaben“ die Wörter „für den Tagdienst“ eingefügt und die Wörter „der durchschnittliche Umsetzungsgrad für die Einrichtung über oder gleich 100 Prozent ist und“ gestrichen.
- d) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(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 einzuhalten. Nächte gelten als eingehalten, 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 2025 keine Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben nach § 13 Absatz 1 bis 7 festgelegt. Eine Anrechnung von Fach- und Hilfskräften aus nicht in § 5 genannten Berufsgruppen gemäß § 8 Absatz 5 ist im Nachtdienst ausgeschlossen. Die monats- und stationsbezogenen Nachweise gemäß § 2 Absatz 7 umfassen auch die tatsächliche Personalausstattung im Nachtdienst.“

e) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Für die Pflegepersonalausstattung in der Nacht werden alle Pflegefachpersonen gemäß § 5 berücksichtigt, die im Nachtdienst tätig waren.“

bb) Satz 2 wird aufgehoben.

f) Absätze 7 und 8 werden aufgehoben.

7. § 8 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „ihres Grundberufes“ durch die Wörter „ihrem Grundberuf“ ersetzt.

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 4 werden die Wörter „2023 ist bei psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene“ durch die Angabe „2024 ist“ ersetzt.

bb) In Satz 5 wird die Angabe „2023“ durch die Angabe „2024“ ersetzt.

c) In Absatz 5 Satz 8 wird die Angabe „2022“ durch die Angabe „2024“ ersetzt.

d) Folgender Absatz 6 wird angefügt:

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

8. Dem § 9 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Die Kernaufgaben ergeben sich aus Anlage 5.“

9. § 10 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 3 wird der Punkt am Ende durch das Wort „oder“ ersetzt.

b) Folgende Nummer 4 wird angefügt:

„4. befristet bis zum 31. Dezember 2025, wenn es sich um einen Standort handelt, der ausschließlich eine Tagesklinik umfasst, und die Mindestvorgaben im darauffolgenden oder übernächsten Quartal wieder eingehalten werden.“

10. In § 11 Absatz 13 Nummer 4 wird die Angabe „2022 und 2023“ durch die Angabe „bis 2024“ ersetzt und die Angabe „Erfassungsjahr 2023“ durch die Wörter „zweiten Quartal des Erfassungsjahres 2021“ ersetzt.

11. § 13 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 werden die Wörter „2022 bis zum 31. Dezember 2023“ durch die Wörter „2024 bis zum 31. Dezember 2025“ ersetzt.
- bb) In Satz 3 wird jeweils die Angabe „90“ durch die Angabe „95“ ersetzt.
- cc) In Satz 4 wird die Angabe „und 2022“ durch die Angabe „bis 2023“ ersetzt.
- dd) In Satz 5 wird die Angabe „2023“ durch die Angabe „2024 und 2025“ ersetzt.

b) In Absatz 6 wird die Angabe „2023“ durch die Angabe „2025“ ersetzt.

12. § 14 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

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

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

b) Satz 2 wird aufgehoben.

13. § 15 Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„Der G-BA wird die zweistufige Evaluation so beauftragen, dass ein erster schriftlicher Evaluationsbericht bis zum 31. Dezember 2024 und ein zweiter schriftlicher Evaluationsbericht zum 31. Dezember 2027 vorliegt.“

14. § 16 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 wird die Angabe „2024“ durch die Angabe „2026“ ersetzt.
- bb) Folgende Nummer 3 wird angefügt:  
„3. Die Mindestvorgaben nach § 6 müssen ab dem 1. Januar 2024 zu 95 Prozent erfüllt sein.“

- b) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „2023“ durch die Angabe „2024“ ersetzt.
- c) In Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „2022“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.
- d) In Absatz 5 Satz 1 wird die Angabe „ 2021 und 2022“ durch die Angabe „bis 2023“ ersetzt.
- e) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

„(6) Die Erfassung der Regelaufgaben im Nachweis gemäß Anlage 3 Teil B3 wird für die Jahre 2020 bis 2023 ausgesetzt. Das Servicedokument nach Absatz 5 enthält dementsprechend für die Jahre 2020 bis 2023 keine Abfrage zur Anlage 3 Teil B3. Ab dem Jahr 2024 erfolgt die Erfassung der Regelaufgaben durch die Übermittlung der OPS-Kodes der Bereiche 9-60 bis 9-98. Im Jahr 2024 und 2025 wird Anlage 3 Teil A9 ausschließlich an das IQTIG übersandt. Für die Erfassung der Regelaufgaben wird in den Jahren 2024 bis 2026 ein Vergütungsabschlag gemäß § 13 Absatz 8 nur bei nicht fristgerechter Erfüllung der Mitwirkungspflichten erhoben.“
- f) Folgender Absatz 8 wird angefügt:

„(8) Der Monats- und Stationsbezug in § 2 Absatz 7 und 8, § 7 Absatz 5 Satz 6, § 11 Absatz 1 und 2 sowie die Dokumentation anhand von Anlage 3 Teil B findet in der Zeit vom 1. Januar 2023 bis zum 31. Dezember 2025 nur für eine repräsentative Stichprobe von fünf Prozent der Einrichtungen Anwendung, die jährlich wechseln. Damit werden praktische Erkenntnisse für die in § 1 Absatz 3 festgeschriebene Fortentwicklung der Personalbemessung gewonnen. Die Einzelheiten zur Ermittlung der Stichprobe werden in einer gesonderten Beauftragung des IQTIG festgelegt.“

II. Die Anlage 1 (Minutenwertetabelle) wird wie folgt geändert:

- 1. In Nummer 1 „Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für Erwachsene“ werden die Zeilen A4, A5, S4, S5, G4 und G5 gestrichen.
- 2. In Nummer 2 „Psychiatrische Einrichtungen für Kinder und Jugendliche“ wird die Zeile KJ5 gestrichen.

III. Die Anlage 2 (Eingruppierungsempfehlungen) wird wie folgt geändert:

- 1. Teil A wird wie folgt geändert:
  - a) In Zeile A1 „Regelbehandlung“ werden in Spalte 5 „Erläuterungen“ die Wörter „, rehabilitative Behandlungsziele und -mittel (A3), eine langdauernde Behandlung bei komplexer Symptomatik (A4) oder psychotherapeutische Behandlungsmittel (A5)“ durch die Wörter „oder psychotherapeutische Behandlungsmittel (A7)“ ersetzt.
  - b) Die Zeilen A4 „Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker“ und A5 „Psychotherapie“ werden gestrichen.
- 2. In Teil S werden die Zeilen S4 „Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker“ und S5 „Psychotherapie“ gestrichen.
- 3. In Teil G werden die Zeilen G4 „Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker“ und G5 „Psychotherapie“ gestrichen.
- 4. Teil KJ wird wie folgt geändert:
  - a) In Zeile KJ1 „Kinderpsychiatrische Regel- und Intensivbehandlung (bis 14. Lebensjahr)“ werden in Spalte 5 „Erläuterungen“ die Wörter „rehabilitative Behandlungsziele und -mittel (KJ4), eine langdauernde Behandlung bei

komplexer Symptomatik (KJ5) oder eine Eltern-Kind-Behandlung (KJ6) zutreffen“ durch die Wörter „eine Eltern-Kind-Behandlung (KJ6) zutrifft“ ersetzt.

- b) In Zeile KJ2 „Jugendpsychiatrische Regelbehandlung“ werden in Spalte 5 „Erläuterungen“ die Wörter „Intensivbehandlung (KJ3), rehabilitative Behandlungsziele und -mittel (KJ4) oder eine langdauernde Behandlung bei komplexer Symptomatik (KJ5) zutreffen“ durch die Wörter „eine Intensivbehandlung (KJ3) zutrifft“ ersetzt.
- c) Die Zeile KJ5 „Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker“ wird gestrichen.

IV. Die Anlage 3 (Nachweis) wird wie folgt gefasst:

**„Anlage 3 Nachweis**

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

**Ausfüllhinweis:**

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

Weitere Erläuterung zum Nachweis:

Dieser Nachweis ist in einen Teil A und einen Teil B gegliedert. Teil A und Teil B des Nachweises werden gemeinsam gemäß § 11 Absatz 13 in der Übergangszeit bis zum 1. Januar 2025 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 2025 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 ist Teil A gemäß § 11 Absatz 13 Satz 1 Nr. 1 i.V.m. § 11 Absatz 3 ab dem 1. Januar 2022 zusätzlich an die Landesaufsichtsbehörde zu übermitteln.

**Administrative Daten:**

Jahr der Leistungserbringung: \_\_\_\_\_

Name der Klinik/Abteilung: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner für Rückfragen: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_



Institutionskennzeichen (Haupt-IK): \_\_\_\_\_

Standort-ID: \_\_\_\_\_

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 und nehmen im Erfassungsjahr an der repräsentativen Stichprobe im Sinne von § 16 Absatz 8 teil?

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

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

## **Teil A des Nachweises zur PPP-RL**

### **Nachweis Teil A PPP-RL FÜR JEDEN STANDORT QUARTALSBEZOGEN AUSFÜLLEN**

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

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

1. Hat Ihre Einrichtung im Bereich PPP eine durch die zuständige Landesbehörde festgelegte regionale Pflichtversorgung? Ja/Nein
2. Wenn ja, für welche Einrichtung gemäß § 2 Absatz 5<sup>6</sup> gilt die regionale Pflichtversorgung? \_\_\_\_\_
3. Verfügt die Einrichtung gemäß § 2 Absatz 5<sup>6</sup> mit regionaler Pflichtversorgung über geschlossene Bereiche? Ja/Nein
4. Verfügt die Einrichtung gemäß § 2 Absatz 5<sup>6</sup> 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)

---

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

**Nachweis Teil A PPP-RL FÜR JEDEN STANDORT QUARTALSBEZOGEN AUSFÜLLEN**

**A2. Datenfelder zur Organisationsstruktur des Standortes**

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

**Tabelle A2.1: Organisationsstruktur des Standortes**

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

Zulässige Werte:

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

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

Spalte 3: Textfeld 100 Zeichen

Spalte 4: Zahlenwerte 0 bis 999

Spalte 5: Zahlenwerte 0 bis 999

**Tabelle A2.2: Therapeutische Einheiten**

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

Zulässige Werte:

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

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

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

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

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

A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie,

A5 = Konzeptstation für psychotherapeutische und psychosomatische Behandlung,

A7 = Konzeptstation für psychotherapeutische und psychosomatische Komplexbehandlung,

S = Konzeptstation für Suchterkrankungen,

G = Konzeptstation für Gerontopsychiatrie,

P1 = Konzeptstation für Psychosomatik,

P2 = Konzeptstation für psychosomatische Komplexbehandlung,

Z = keine der obigen Konzeptstationen (bitte erläutern)

Spalte 5: Freitextfeld bis 999 Zeichen

**Nachweis Teil A PPP-RL FÜR JEDEN STANDORT QUARTALSBEZOGENEN AUSFÜLLEN**

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

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

**Tabelle A3.1: Gesamtbehandlungstage**

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

Zulässige Werte:

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

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

Spalte 3: Zahlenwerte 0 bis 99 999

Hinweis:

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

*Der Hinweis im folgenden Satz ist bis zum 31. Dezember 2025 nur für solche Einrichtungen gültig, die an der repräsentativen Stichprobe im Sinne von § 16 Absatz 8 teilnehmen:*

Die quartalsbezogene Gesamtanzahl der Behandlungstage für die differenzierten Einrichtungen nach § 2 Absatz 5 (Spalte 3) ergibt sich aus der Summe der stations- und monatsbezogenen Werte in Tabelle B1.1.

**Tabelle A3.2: Stichtagserhebung  
(Gültig bis zum 31. Dezember 2023)**

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

Zulässige Werte:

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

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

Spalte 3: Datum im Format JJJJ.MM.TT

Spalte 4: bei Spalte 1 = 29 A1.A2.A6.A7.A8.A9.S1.S2.S6.S9.G1.G2.G6.G9, bei Spalte 1 = 30 KJ1.KJ2.KJ3.KJ6.KJ7.KJ9,  
bei Spalte 1 = 31 P1.P2.P3.P4

Im Erfassungsjahr 2023 sind bei Angaben für das Jahr 2022 bei Spalte 1 = 29 auch A4, A5, S4, S5, G4, G5 bzw.

bei Spalte 1 = 30 auch KJ5 zulässig.

Spalte 5: Zahlenwerte 0 bis 99 999

Hinweis:

Die Stichtagserhebungen sind jeweils an jedem Mittwoch einer ungeraden Kalenderwoche des Jahres für um 14.00 Uhr anwesende Patientinnen und Patienten durchzuführen. Entfällt der Stichtag auf einen Feiertag, hat die Einstufung am nächsten Werktag zu erfolgen. Soweit im gesamten Zeitraum keine Stichtagserhebung zur Ermittlung der Behandlungstage nach Behandlungsbereichen vorliegt, ist die zuletzt vorliegende Stichtagserhebung eines vorangegangenen Zeitraums zu verwenden. Zum Nachweis der Vorgaben nach § 6 Absatz 3 sind in dieser Tabelle sowohl die Stichtagserhebungen für den Bezugszeitraum des Vorjahres als auch die Behandlungstage für das aktuelle Kalenderjahr anzugeben.

*Der Hinweis im folgenden Satz ist bis zum 31. Dezember 2023 nur für solche Einrichtungen gültig, die an der repräsentativen Stichprobe im Sinne von § 16 Absatz 8 teilnehmen:*

Die quartalsbezogene Anzahl der Patientinnen und Patienten je Stichtag für die differenzierten Einrichtungen nach § 2 Absatz 5 (Spalte 5) ergibt sich aus der Summe der stationsbezogenen Werte in Tabelle B1.2.

**Tabelle A3.3: Behandlungstage nach Behandlungsbereichen**

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

Zulässige Werte:

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

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

Spalte 3: bei Spalte 1 = 29 A1.A2.A6.A7.A8.A9.S1.S2.S6.S9.G1.G2.G6.G9, bei Spalte 1 = 30 KJ1.KJ2.KJ3.KJ6.KJ7.KJ9,  
bei Spalte 1 = 31 P1.P2.P3.P4

Im Erfassungsjahr 2023 sind bei Angaben für das Jahr 2022 bei Spalte 1 = 29 auch A4, A5, S4, S5, G4, G5  
bzw. bei Spalte 1 = 30 auch KJ5 zulässig.

Spalte 4: Zahlenwerte 0 bis 99 999. Die Angabe ist kaufmännisch ohne Dezimalstelle zu runden.

Hinweis:

*Der Hinweis im folgenden Satz ist bis zum 31. Dezember 2025 nur für solche Einrichtungen gültig, die an der repräsentativen Stichprobe im Sinne von § 16 Absatz 8 teilnehmen:*

Die quartalsbezogene Anzahl der Behandlungstage je Behandlungsbereich für die differenzierten Einrichtungen nach § 2 Absatz 5 (Spalte 4) ergibt sich aus der Summe der stations- und monatsbezogenen Werte in Tabelle B1.3.

Die Behandlungstage eines Behandlungsbereichs ergeben sich ab dem 1. Januar 2024 aus der Anzahl der im jeweiligen Quartal behandelten Patientinnen und Patienten und deren Einstufung in die Behandlungsbereiche gemäß § 3 anhand der Eingruppierungsempfehlungen gemäß Anlage 2 zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel der Behandlungsart.

Liegt im Berichtsquartal die tatsächliche Anzahl der Behandlungstage in mindestens einem Behandlungsbereich um mehr als 2,5 Prozent über oder mehr als 2,5 Prozent unter der nach § 6 Absatz 3 ermittelten Anzahl der Behandlungstage des Vorjahres, erfolgt die Ermittlung der Mindestvorgaben abweichend auf der Basis der tatsächlichen Anzahl der Behandlungstage und Patienteneinstufungen des laufenden Quartals. Zum Nachweis der Vorgaben nach § 6 Absatz 3 sind in dieser Tabelle sowohl die Behandlungstage für den Bezugszeitraum des Vorjahres als auch die Behandlungstage für das aktuelle Quartal anzugeben.

**Nachweis Teil A PPP-RL FÜR JEDEN STANDORT QUARTALSBEZOGEN AUSFÜLLEN**

**A4. Datenfelder für die tatsächliche monatsbezogene und stationsbezogene Personalausstattung im Tagdienst  
(Bis zum 31. Dezember 2025 nur von solchen Einrichtungen auszufüllen, die an der repräsentativen Stichprobe im Sinne von § 16 Absatz 8 teilnehmen)**

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

**Tabelle A4: Tatsächliche Personalausstattung pro Monat und Station**

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

Zulässige Werte:

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

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

Spalte 3: 01 bis 12

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

Spalte 5: Zahlenwerte 0 bis 999 999,99

Hinweis:

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

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

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

**Nachweis Teil A PPP-RL FÜR JEDEN STANDORT QUARTALSBEZOGEN AUSFÜLLEN**

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

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

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

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Berufsgruppen	VKS-Mind Mindestpersonal-ausstattung der differenzierten Einrichtung in VKS	VKS-Ist Tatsächliche Personalaus-stattung der differenzierten Einrichtung in VKS	Davon			Umsetzungs-grad der Berufsgruppen in %	Mindest-anforderung der Berufsgruppe erfüllt
				Anrechnung Fachkräfte anderer Berufsgruppen nach PPP-RL in VKS	Anrechnung Fach- oder Hilfskräfte Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen in VKS	Anrechnung Fachkräfte ohne direktes Beschäftigungs-verhältnis in VKS		
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Zulässige Werte:

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

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

Spalten 3 bis 7: Zahlenwerte 0 bis 999 999

Spalte 8: Zahlenwerte 0 bis 999,99

Spalte 9: bei Spalte 1 = 29 oder 30: ja/nein, bei Spalte 1 = 31, 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.

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.

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.

Bei der Anrechnung von Personal in den Spalten 5 bis 7 sind diese Anrechnungen in Tabelle A5.3 zu erläutern.

Hinweis zur stationsäquivalenten Behandlung:

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

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

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

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: bei Spalte 1 = 29 oder 30: ja/nein,  
bei Spalte 1 = 31: entfällt

Spalte 5: ja/nein/entfällt (ab 1. Januar 2024)

Spalte 6: ja/nein (Mindestens ein Ausnahmetatbestand nach § 10 liegt vor.)

Hinweis:

Die Tabelle enthält die Angaben zum Umsetzungsgrad der Mindestpersonalanforderungen gemäß § 7 Absatz 3 sowie die Angaben zur Erfüllung gemäß § 7 Absatz 4. Hinweis zu Spalte 4: Die Mindestvorgaben der differenzierten Einrichtungen sind erfüllt, wenn in keiner Berufsgruppe der geforderte Umsetzungsgrad unterschritten wurde.

**Tabelle A5.3: Anrechnung von Fachkräften gemäß § 8**

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

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Tagdienst/ Nachtdienst	Anrechnungstatbestand (siehe Tabelle A5.1 Spalten 5 bis 7)	Tatsächliche Berufsgruppe des angerechneten Personals	Berufsgruppe, bei der die Anrechnung erfolgt	Angerechnete Tätigkeiten in VKS	Erläuterung <sup>7</sup>
1	2	3	4	5	6	7

Zulässige Werte:

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

Spalte 2: T für Tagdienst, N für Nachtdienst

Spalte 3: 5 für Fachkräfte anderer Berufsgruppen nach PPP-RL, 6 für Fachkräfte oder Hilfskräfte aus Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen, 7 für Fachkräfte ohne direktes Beschäftigungsverhältnis

Spalte 4: bei Spalte 3 = 5 oder 7 Buchstaben a bis f, bei Spalte 3 = 6 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

Spalte 7: Freitextfeld bis 2 000 Zeichen

<sup>7</sup>In den Erläuterungen sind die betroffenen Regelaufgaben nach Anlage 4 aufzuführen.

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

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Erbringung von Nachtdiensten	Tatsächliche Personalausstattung pflegerischer Nachtdienst im Quartal in VKS	Anzahl Nächte im Quartal	Anzahl vollstationärer Betten	Anteil Intensivbehandlung im Vorjahr in %	Mindestvorgabe pflegerischer Nachtdienst in VKS je Nacht	Anzahl Nächte, in denen die Mindestvorgabe erfüllt wurde	Durchschnittliche 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 (ab 1. Januar 2024)

Spalte 6: Zahlenwerte 0 bis 100,00, bei Spalte 1 = 31 keine Angabe (ab 1. Januar 2024)

Spalte 7: Zahlenwerte 0 bis 9 999 (ab 1. Januar 2024)

Spalte 8: Zahlenwerte 0 bis 92 (ab 1. Januar 2024)

Spalte 9: Zahlenwerte 0 bis 9 999

Hinweis:

Die Tabelle enthält die quartalsbezogenen Angaben zur Mindestvorgabe und zur tatsächlichen Personalausstattung der Pflegefachpersonen gemäß § 5 im Nachtdienst der differenzierten Einrichtungen nach § 2 Absatz 5. Die Angaben zu den Mindestvorgaben (Spalten 5 bis 8) sind erst ab dem 1. Januar 2024 auszufüllen. 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.

**Nachweis Teil A PPP-RL FÜR JEDEN STANDORT QUARTALSBEZOGEN AUSFÜLLEN**

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

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

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

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

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

Zulässige Werte:

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

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

Spalten 3 bis 4: Zahlenwerte 0 bis 999 999

Spalte 5: 0 bis 999,99

Spalte 6: Freitextfeld bis 999 Zeichen

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

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

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

Zulässige Werte:

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

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

Spalten 3 bis 4: Zahlenwerte 0 bis 999 999

Spalte 5: 0 bis 999,99

Spalte 6: Freitextfeld 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	Zeitraum	Auswirkungen auf die Behandlungsleistungen (Freitext)	Auswirkungen auf die Personalausstattung (Freitext)	Gründe für Abweichungen (Freitext)
1	2	3	4	5

Zulässige Werte:

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

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

Spalte 3 bis 5: Freitextfeld bis 999 Zeichen



**Tabelle A6.4: Ausnahmetatbestand Nummer 4 (Tagesklinik, die die Mindestvorgaben im darauffolgenden oder übernächsten Quartal wieder einhält)**  
**(Gültig bis zum 31. Dezember 2025)**

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 eingehalten (Quartal)	Mindestvorgaben im vorangegangenen Quartal eingehalten (Quartal -1)	Mindestvorgaben im vorvorangegangenen Quartal eingehalten (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, d.h. im darauffolgenden oder übernächsten Quartal wieder eingehalten werden. Dementsprechend fragt Spalte 4 nach dem vorhergehenden Quartal und Spalte 5 nach dem Quartal, das dem aktuellen und dem vorhergehenden Quartal vorangegangen ist.

**A6.5: Datenfelder zur Einhaltung der Mindestvorgaben bei nicht quartalsbezogenen Ausnahmetatbeständen**

Hinweis:

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

**Tabelle A6.5.1: Einhaltung der Mindestvorgaben bei nicht quartalsbezogenen Ausnahmetatbeständen – Zeiträume**

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

Zulässige Werte:

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

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

**Tabelle A6.5.2: Einhaltung der Mindestvorgaben bei nicht quartalsbezogenen Ausnahmetatbeständen – Mindestvorgaben, tatsächliche Personalausstattung, Umsetzungsgrad und Erfüllung**

Der Nachweis erfolgt entsprechend der Tabelle A5.1.

**Tabelle A6.5.3: Einhaltung der Mindestvorgaben bei nicht quartalsbezogenen Ausnahmetatbeständen – Umsetzungsgrad und Erfüllung**

Der Nachweis erfolgt entsprechend der Tabelle A5.2.

**Tabelle A6.5.4: Einhaltung der Mindestvorgaben bei nicht quartalsbezogenen Ausnahmetatbeständen – Anrechnung von Fachkräften im Tagdienst**

Der Nachweis erfolgt entsprechend der Tabelle A5.3.

**A7. Erläuterungen und Hinweise des Standortes zu den getroffenen Angaben**

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

Freitextfeld: bis 3 500 Zeichen

Hinweis:

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

**A8. Datenfelder zur Qualifikation des therapeutischen Personals**

*(Bis zum 31. Dezember 2025 gültig und bis dahin nur von solchen Einrichtungen auszufüllen, die nicht an der repräsentativen Stichprobe im Sinne von § 16 Absatz 8 teilnehmen)*

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

**Tabelle A8.1: Qualifikation des tatsächlichen Personals**

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

Zulässige Werte:

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

Spalte 2: Werte aus 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 Referenztabelle A8.2 und für die Berufsgruppen nach § 5 Absatz 2 gemäß Referenztabelle A8.3. In Spalte 3 können Personen mit zwei und mehr Qualifikationen entsprechend mehrfach den „Davon“-Teilgruppen zugeordnet werden.

Die Tabelle A8.1 wird in den Jahren 2023 bis 2025 ausschließlich an das IQTIG übersandt.

Einrichtungen die im Erfassungsjahr an der repräsentativen Stichprobe im Sinne von § 16 Absatz 8 teilnehmen, müssen die Tabelle A8 nicht übermitteln, da eine entsprechende Übermittlung über den Teil B erfolgt.

**Referenztable 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
	a2) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte mit der Facharztbezeichnung Psychiatrie und Psychotherapie
	a3) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte mit der Facharztbezeichnung Psychosomatik
	a4) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie
b) Pflegefachpersonen	b0) Gesamt
	b1) Davon Pflegefachpersonen 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	d0) Gesamt
	d1) Davon Ergotherapeutinnen oder Ergotherapeuten
	d2) Davon Künstlerische Therapeutinnen oder Künstlerische Therapeuten
	d3) Davon Spezialtherapeutinnen oder Spezialtherapeuten mit anderer Qualifikation als d1 und d2
e) Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	e0) Gesamt
	e1) Davon Bewegungstherapeutinnen oder Bewegungstherapeuten
	e2) Davon Physiotherapeutinnen oder Physiotherapeuten
	f0) Gesamt

f) Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	f1) Davon Sozialarbeiterinnen oder Sozialarbeiter
	f2) Davon Sozialpädagoginnen oder Sozialpädagogen
	f3) Davon Heilpädagoginnen oder Heilpädagogen
h) Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter	h0) Gesamt

**Referenztable 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
	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 Psychiatriische Pflege
b6) Davon Pflegefachpersonen mit Weiterbildung Psychiatriische Pflege	
c) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen (dazu zählen alle Kinder- und	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)	

Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten) <sup>8</sup>	c6) Davon Psychologinnen oder Psychologen ohne Approbation
d) Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	d0) Gesamt
	d1) Davon Ergotherapeutinnen oder Ergotherapeuten
	d2) Davon Künstlerische Therapeutinnen oder Künstlerische Therapeuten
	d3) Davon Spezialtherapeutinnen oder Spezialtherapeuten mit anderer Qualifikation als d1 und d2
	d4) Davon Sprachheiltherapeutinnen oder Sprachheiltherapeuten
	d5) Davon Logopädinnen oder Logopäden
e) Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	e0) Gesamt
	e1) Davon Bewegungstherapeutinnen oder Bewegungstherapeuten
	e2) Davon Physiotherapeutinnen oder Physiotherapeuten
f) Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	f0) Gesamt
	f1) Davon Sozialarbeiterinnen oder Sozialarbeiter
	f2) Davon Sozialpädagoginnen oder Sozialpädagogen
	f3) Davon Heilpädagoginnen oder Heilpädagogen

<sup>8</sup> 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.

**A9. Datenfelder zur Dokumentation der Patientinnen und Patienten (Dokumentation der Leistungen zu den Regelaufgaben gemäß Anlage 4) (Ab dem 1. Januar 2024 bis zum 31. Dezember 2025 gültig und in dieser Zeit nur von solchen Einrichtungen auszufüllen, die nicht an der repräsentativen Stichprobe im Sinne von § 16 Absatz 8 teilnehmen)**

Haupt-IK: \_\_\_\_\_ Standort-ID: \_\_\_\_\_ Jahr (JJJ): \_\_\_\_\_

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:

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 auf 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 bzw. 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 bzw. des Wechsels wird, außer wenn dieser gleichzeitig der Tag des Beginns ist, nicht gezählt.

Die Tabelle A9 wird gemäß § 16 Absatz 6 in den Jahren 2024 und 2025 ausschließlich an das IQTIG übersandt.

Einrichtungen die im Erfassungsjahr an der repräsentativen Stichprobe im Sinne von § 16 Absatz 8 teilnehmen, müssen die Tabelle A9 nicht übermitteln, da eine entsprechende Übermittlung über den Teil B erfolgt.



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

**Unterschriften**

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

Name

.....

Datum

.....

Unterschrift

---

Ärztliche Leitung

Pflegedirektion

Geschäftsführung/  
Verwaltungsdirektion

## Teil B des Nachweises zur PPP-RL

(Bis zum 31. Dezember 2025 nur für solche Einrichtungen auszufüllen, die an der repräsentativen Stichprobe im Sinne von § 16 Absatz 8 teilnehmen)

### Nachweis Teil B PPP-RL FÜR JEDE STATION MONATLICH AUSFÜLLEN

#### B1. Datenfelder zur Eingruppierung der Patientinnen und Patienten in die Behandlungsbereiche pro Station und Monat

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

**Tabelle B1.1: Gesamtbehandlungstage**

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

Zulässige Werte:

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

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

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

Spalte 4: 01 bis 12

Spalte 5: Zahlenwerte 0 bis 99 999

Hinweis:

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

und monatsbezogenen Werten in Tabelle B1.1 ergeben sich die quartalsbezogenen Werte für die differenzierten Einrichtungen nach § 2 Absatz 5 in Tabelle A3.1.

**Tabelle B1.2: Stichtagserhebung  
(Gültig bis zum 31. Dezember 2023)**

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

Zulässige Werte:

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

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

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

Spalte 4: 01 bis 12

Spalte 5: Datum im Format JJJJ.MM.TT

Spalte 6: bei Spalte 1 = 29 A1.A2.A6.A7.A8.A9.S1.S2.S6.S9.G1.G2.G6.G9, bei Spalte 1 = 30 KJ1.KJ2.KJ3.KJ6.KJ7.KJ9,

bei Spalte 1 = 31 P1.P2.P3.P4

(Im Erfassungsjahr 2023 sind bei Angaben für das Jahr 2022 bei Spalte 1 = 29 auch A4, A5, S4, S5, G4, G5

bzw. bei Spalte 1 = 30 auch KJ5 zulässig.)

Spalte 7: Zahlenwerte 0 bis 99 999

Hinweis:

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

**Tabelle B1.3: Behandlungstage nach Behandlungsbereichen**

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

Zulässige Werte:

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

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

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

Spalte 4: 01 bis 12

Spalte 5: bei Spalte 1 = 29 A1.A2.A6.A7.A8.A9.S1.S2.S6.S9.G1.G2.G6.G9, bei Spalte 1 = 30 KJ1.KJ2.KJ3.KJ6.KJ7.KJ9,  
bei Spalte 1 = 31 P1.P2.P3.P4

(Im Erfassungsjahr 2023 sind bei Angaben für das Jahr 2022 bei Spalte 1 = 29 auch A4, A5, S4, S5, G4, G5  
bzw. bei Spalte 1 = 30 auch KJ5 zulässig.)

Spalte 6: Zahlenwerte 0 bis 99 999. Die Angabe ist kaufmännisch ohne Dezimalstelle zu runden.

Hinweis:

*Bis zum 31. Dezember 2023:* Die Behandlungstage eines Behandlungsbereiches werden aus der Anzahl der Behandlungstage einer Station multipliziert mit dem mittleren Anteil von Patientinnen und Patienten des jeweiligen Behandlungsbereiches an allen Patientinnen und Patienten der Stichtagserhebungen berechnet.

*Ab dem 1. Januar 2024:* Die Behandlungstage eines Behandlungsbereiches ergeben sich aus der Anzahl der im jeweiligen Quartal behandelten Patientinnen und Patienten und deren Einstufung in die Behandlungsbereiche gemäß § 3 anhand der Eingruppierungsempfehlungen gemäß Anlage 2 zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel der Behandlungsart.

Aus den stations- und monatsbezogenen Werten werden Quartalsgesamtwerte der Behandlungstage je Behandlungsbereich der differenzierten Einrichtungen gemäß § 2 Absatz 5 in Tabelle A3.3 errechnet. Liegt im Berichtsquartal die tatsächliche Anzahl der Behandlungstage in mindestens einem Behandlungsbereich um mehr als 2,5 Prozent über oder mehr als 2,5 Prozent unter der nach § 6 Absatz 3 ermittelten Anzahl der Behandlungstage des Vorjahres, erfolgt die Ermittlung der Mindestvorgaben abweichend auf der Basis der tatsächlichen Anzahl der Behandlungstage und Patienteneinstufungen des Kalendermonats des laufenden Quartals. Zum Nachweis der Vorgaben nach § 6 Absatz 3 sind in dieser Tabelle sowohl die Behandlungstage für den Bezugszeitraum des Vorjahres als auch die Behandlungstage für das aktuelle Quartal anzugeben. Diese Ermittlung hat einheitlich für alle Stations- und Monatsangaben einer nach § 2 Absatz 5 differenzierten Einrichtung zu erfolgen. Aus den

stations- und monatsbezogenen Werten in Tabelle B1.3 ergeben sich die quartalsbezogenen Werte für die differenzierten Einrichtungen nach § 2 Absatz 5 in Tabelle A3.

**Nachweis Teil B PPP-RL FÜR JEDE STATION MONATLICH AUSFÜLLEN**

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

Haupt-IK: \_\_\_\_\_ Standort-ID: \_\_\_\_\_ Jahr (JJJJ): \_\_\_\_\_ Differenzierte Einrichtungen nach § 2 Absatz 5 (29.30.31): \_\_\_\_\_ Station (ID): \_\_\_\_\_

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

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

Zulässige Werte:

Spalte 1: 01 bis 12

Spalte 2: bei differenzierten Einrichtungen nach § 2 Absatz 5 Satz 3= 29, 297 oder 31 Buchstaben a bis f gemäß § 5 Absatz 1 Satz 1,

bei differenzierten Einrichtungen nach § 2 Absatz 5 Satz 3= 30 oder 307 Buchstaben a bis f gemäß § 5 Absatz 2 Satz 1

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

Spalte 8: Zahlenwerte 0 bis 999,99

Hinweis:

Die Tabelle enthält die berufsgruppenbezogenen Angaben zur Mindestpersonalausstattung, zur tatsächlichen Personalausstattung, zum Umsetzungsgrad pro Station. Für die Angaben zur tatsächlichen Personalausstattung (Spalte 4) sind die Hinweise zu Spalte 5 von Tabelle A4 zu berücksichtigen. Die Angaben zur stationsäquivalenten Behandlung erfolgen unter Verwendung der Ziffern 297 als Pseudoschlüssel für die stationsäquivalente Behandlung in der Erwachsenenpsychiatrie (29) und 307 als Pseudoschlüssel für die stationsäquivalente Behandlung in der

Kinder- und Jugendpsychiatrie (30). Für die Angaben zur stationsäquivalenten Behandlung sind die entsprechenden Hinweise zu Tabelle A5.1 zu berücksichtigen.

**Tabelle B2.2: Anrechnungen von Fachkräften gemäß § 8**

Bei der Anrechnung von Personal in Tabelle B2.1 (Eintrag in Spalten 5 bis 7) und Tabelle B5 sind diese Vollkraftstunden in der folgenden Tabelle zu erläutern.

Monat	Tagdienst/ Nachtdienst	Anrechnungstat- bestand (siehe Tabelle B2.1 Spalten 5 bis 7)	Tatsächliche Berufsgruppe des angerechneten Personals	Berufsgruppe, bei der die Anrechnung erfolgt	Angerechnete Tätigkeiten in VKS	Erläuterung <sup>9</sup>
1	2	3	4	5	6	7

Zulässige Werte:

Spalte 1: 01 bis 12

Spalte 2: T für Tagdienst, N für Nachtdienst

Spalte 3: 5 für Fachkräfte anderer Berufsgruppen nach PPP-RL, 6 für Fachkräfte oder Hilfskräfte aus Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen, 7 für Fachkräfte ohne direktes Beschäftigungsverhältnis

Spalte 4: bei Spalte 3 = 5 oder 7 Buchstaben a bis f, bei Spalte 3 = 6 Freitextfeld bis 150 Zeichen

Spalte 5: bei differenzierten Einrichtungen nach § 2 Absatz 5 Satz 3= 29 oder 31 Buchstaben a bis f gemäß § 5 Absatz 1 Satz 1,  
bei differenzierten Einrichtungen nach § 2 Absatz 5 Satz 3= 30 Buchstaben a bis f gemäß § 5 Absatz 2 Satz 1

Spalte 6: Zahlenwert 0 bis 999 999,99

Spalte 7: Freitextfeld bis 2 000 Zeichen

<sup>9</sup>In den Erläuterungen sind die betroffenen Regelaufgaben nach Anlage 4 aufzuführen.

**Nachweis Teil B PPP-RL FÜR JEDE STATION MONATLICH AUSFÜLLEN**

**B3. Datenfelder zur Dokumentation der Patientinnen und Patienten (Dokumentation der Leistungen zu den Regelaufgaben gemäß Anlage 4) (Erst ab 1. Januar 2024 auszufüllen)**

Haupt-IK: \_\_\_\_\_ Standort-ID: \_\_\_\_\_ Jahr (JJJJ): \_\_\_\_\_

Station (ID)	Monat	Behandlungsart	Prozedur	OPS-Datum	Gültigkeitsdauer
1	2	3	4	5	6

Zulässige Werte:

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

Spalte 2: 01 bis 12

Spalte 3: 1 = vollstationär, 2 = teilstationär, 3 = stationsäquivalente Behandlung, 8 = Sonstiges

Spalte 4: OPS-Kodes der Bereiche 9-60 bis 9-98 ([http://www. bfarm.de](http://www.bfarm.de))

Spalte 5: Datum im Format JJJJ.MM.TT

Spalte 6: 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:

Spalten 1 und 2: Diese Angaben sind immer für die Station anzugeben, auf der die Patientin oder der Patient zum Zeitpunkt des OPS-Datums behandelt worden ist. Bei zeitraumbezogenen OPS-Kodes erfolgt die Zuordnung zum Monat, in dem der Gültigkeitszeitraum beginnt. Auf eine tagesgenaue Abgrenzung wird auf Vereinfachungsgründen und der Vermeidung zusätzlichen Aufwandes verzichtet.

Spalte 5: Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten übernommen werden.

Spalte 6: Diese Kodes sind zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel der Behandlungsart (im Sinne des OPS Regelbehandlung, Intensivbehandlung bzw. 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 zum Ende der Behandlung oder dem Wechsel der Behandlungsart. Der Tag der Entlassung bzw. des Wechsels wird, außer wenn dieser gleichzeitig der Tag des Beginns ist, nicht gezählt.



**Nachweis Teil B PPP-RL FÜR JEDEN STANDORT QUARTALSBEZOGEN AUSFÜLLEN**

**B4. Datenfelder zur Qualifikation des therapeutischen Personals**

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

**Tabelle B4.1: Qualifikation des tatsächlichen Personals**

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

Zulässige Werte:

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

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

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

Spalte 4: Zahlenwerte 0 bis 999 999

Hinweis:

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

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

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

	a4) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie
b) Pflegefachpersonen	b0) Gesamt
	b1) Davon Pflegefachpersonen 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	d0) Gesamt
	d1) Davon Ergotherapeutinnen oder Ergotherapeuten
	d2) Davon Künstlerische Therapeutinnen oder Künstlerische Therapeuten
	d3) Davon Spezialtherapeutinnen oder Spezialtherapeuten mit anderer Qualifikation als d1 und d2
e) Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	e0) Gesamt
	e1) Davon Bewegungstherapeutinnen oder Bewegungstherapeuten
	e2) Davon Physiotherapeutinnen oder Physiotherapeuten
f) Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, 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

**Referenztable B4.3: 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
	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
c) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen (dazu zählen alle Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten) <sup>10</sup>	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
d) Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	d0) Gesamt
	d1) Davon Ergotherapeutinnen oder Ergotherapeuten
	d2) Davon Künstlerische Therapeutinnen oder Künstlerische Therapeuten

<sup>10</sup> 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.

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

**Nachweis Teil B PPP-RL FÜR JEDE STATION MONATLICH AUSFÜLLEN**

**B5. Datenfelder zur tatsächlichen Besetzung im Nachtdienst**

Station (ID)	Monat	Erbringung von Nachtdiensten	Tatsächliche Personalausstattung pflegerischer Nachtdienst im Monat in VKS	Anzahl Nächte im Monat	Anzahl vollstationärer Betten	Anteil Intensivbehandlung im Vorjahr in %	Durchschnittliche VKS-Ist pflegerischer Nachtdienst je Nacht
1	2	3	4	5	6	7	8

Zulässige Werte:

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

Spalte 2: 01 bis 12

Spalte 3: ja/nein, bei nein keine Angabe in den Spalten 4 bis 10

Spalte 4: Zahlenwerte 0 bis 999 999,99

Spalte 5: Zahlenwerte 28 bis 31

Spalte 6: Zahlenwerte 0 bis 9 999 (ab 1. Januar 2024)

Spalte 7: Zahlenwerte 0 bis 100,00, keine Angabe bei differenzierten Einrichtungen nach § 2 Absatz 5 Satz 3 = 31 (ab 1. Januar 2024)

Spalte 8: Zahlenwerte 0 bis 9 999

Hinweis:

Die Tabelle enthält die monatsbezogenen Angaben zur tatsächlichen Personalausstattung der Pflegefachpersonen gemäß § 5 im Nachtdienst der Station. Die Angaben zu den Mindestvorgaben (Spalten 6 und 7) sind erst ab dem 1. Januar 2024 auszufüllen. Die Angaben für den Anteil Intensivbehandlung im Vorjahr in Spalte 7 umfassen das erste bis dritte Quartal.

**B6. Erläuterungen und Hinweise des Standortes zu den getroffenen Angaben**

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

Freitextfeld: bis 3 500 Zeichen

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

**Unterschriften**

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

Name

.....

Datum

.....

Unterschrift

---

Ärztliche Leitung

Pflegedirektion

Geschäftsführung/  
Verwaltungsdirektion

”

V. Der Richtlinie wird folgende Anlage 5 angefügt:

**„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 Dialogs
  - Einbringen sowohl eigener Wahrnehmungen und 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 dialogischen 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“

VI. Die Änderung der Richtlinie tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2023 in Kraft.

## Artikel 2

Weitere Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

I. Die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie wird wie folgt geändert:

§ 6 Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(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 Eingruppierungsempfehlungen gemäß Anlage 2 zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel der Behandlungsart. Als Behandlungstage zählen der Aufnahmetag und jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthaltes bzw. bei stationsäquivalenter Behandlung Tage mit direktem Patientenkontakt. Entlassungs- oder Verlegungstage, die nicht zugleich Aufnahmetag sind, sowie Tage, an denen eine über Mitternacht hinausgehende Beurlaubung oder Abwesenheit beginnt, werden nicht berücksichtigt. Bei teilstationärer Behandlung ist der letzte Tag des Aufenthaltes als Behandlungstag zu berücksichtigen.“



II. Die Anlage 2 (Eingruppierungsempfehlungen) wird wie folgt gefasst:

**„Anlage 2 Eingruppierungsempfehlungen**

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

**Inhaltliche Beschreibung der aufgabentypischen Schwerpunkte (inklusive Erläuterungen)**

**A. Allgemeine Psychiatrie**

1. Behandlungsbereiche	2. Kranke
<b>A1 Regelbehandlung</b>	Akut psychisch Kranke, 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
<b>A2 Intensivbehandlung</b>	Psychisch Kranke, manifest selbstgefährdet, fremdgefährdend, somatisch vitalgefährdet, 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
<b>A6 Tagesklinische Behandlung<sup>2</sup></b>	Psychisch Kranke, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene teilstationär behandelt werden
<b>A7 Psychosomatisch- psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung</b>	Psychisch oder somatoform erkrankte Menschen, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene vollstationär 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 des OPS-Kodes 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 (ärztl. und psycholog. Einzel- und Gruppentherapie) mindestens drei Therapieeinheiten pro Woche umfassen.
<b>A8 Psychosomatisch- psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär</b>	Psychisch oder somatoform erkrankte Menschen, 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 des OPS-Kodes 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 (ärztl. und psycholog. Einzel- und Gruppentherapie) mindestens drei Therapieeinheiten pro Woche umfassen.
<b>A9</b>	Kranke, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene stationsäquivalent im Sinne von § 39 Absatz 1 SGB V behandelt werden, die nicht in S9 oder G9 eingestuft

<sup>2</sup> 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.

<b>Stationsäquivalente Behandlung</b>	werden.
---	---------

## S. Abhängigkeitskranke

1. Behandlungsbereiche	2. Kranke
<b>S1 Regelbehandlung</b>	Alkohol- und Medikamentenabhängige in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene mit einer Hauptdiagnose aus ICD-10-GM F10-19, die 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
<b>S2 Intensivbehandlung</b>	Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige, manifest selbstgefährdet, fremdgefährdend, somatisch vitalgefährdet in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene mit einer Hauptdiagnose aus ICD-10-GM F10-19, die 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
<b>S6 Tagesklinische Behandlung</b>	Alkohol- und Medikamentenabhängige, entgiftet, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene teilstationär behandelt werden, mit einer Hauptdiagnose aus ICD-10-GM F10-19
<b>S9 Stationsäquivalente Behandlung</b>	Abhängigkeitskranke 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

## G. Gerontopsychiatrie

1. Behandlungsbereiche	2. Kranke
<b>G1 Regelbehandlung</b>	Akut psychisch Kranke im Alter von $\geq 65$ 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
<b>G2 Intensivbehandlung</b>	Psychisch Kranke im Alter von $\geq 65$ Jahren, manifest selbstgefährdet, fremdgefährdend und somatisch vitalgefährdet, 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
<b>G6 Tagesklinische Behandlung<sup>4</sup></b>	Psychisch Kranke im Alter von $\geq 65$ Jahren, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene teilstationär behandelt werden
<b>G9 Stationsäquivalente Behandlung</b>	Psychisch Kranke im Alter von $\geq 65$ Jahren, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene stationsäquivalent im Sinne von § 39 Absatz 1 SGB V behandelt werden

<sup>4</sup> 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. Kranke
<b>P1 Psychotherapie</b>	Psychisch oder somatoform erkrankte Menschen, 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 Kranke mit schweren Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Verhaltensstörungen oder somatoformen Störungen
<b>P2 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung</b>	Psychisch oder somatoform erkrankte Menschen, 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 (ärztl. und psycholog. Einzel- und Gruppentherapie) mindestens drei Therapieeinheiten pro Woche umfassen.
<b>P3 Psychotherapie teilstationär</b>	Psychisch oder somatoform erkrankte Menschen, 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 Kranke mit schweren Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Verhaltensstörungen oder somatoformen Störungen
<b>P4 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär</b>	Psychisch oder somatoform erkrankte Menschen, 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 (ärztl. und psycholog. Einzel- und Gruppentherapie) mindestens drei Therapieeinheiten pro Woche umfassen.

## KJ. Kinder- und Jugendpsychiatrie

1. Behandlungsbereiche	2. Kranke
<b>KJ1 Kinderpsychiatrische Regel- und Intensivbehandlung (bis 14. Lebensjahr)</b>	Vorschul- und Schulkinder bis zum 14. Lebensjahr mit akuten psychischen, psychosomatischen und/oder neuropsychiatrischen Erkrankungen, mit u. a. selbst- und fremdgefährdendem Verhalten, schweren Verhaltensstörungen, Teilleistungsstörungen sowie Entwicklungsstörungen der kognitiven, emotionalen, psychosozialen Kompetenz, 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 psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen) erfüllt sind
<b>KJ2 Jugendpsychiatrische Regelbehandlung</b>	Jugendliche und Heranwachsende ab dem 14. Lebensjahr mit akuten psychischen, psychosomatischen und/oder neuropsychiatrischen Erkrankungen, mit u. a. schweren Verhaltensstörungen und Entwicklungsstörungen der kognitiven, emotionalen, psychosozialen Kompetenz, 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
<b>KJ3 Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung</b>	Psychisch kranke Jugendliche und psychosozial retardierte Heranwachsende ab dem 14. Lebensjahr, manifest selbstgefährdet, vital gefährdet, fremdgefährdend, hochgradig erregt, 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
<b>KJ6 Eltern-Kind- Behandlung (gemeinsame Aufnahme von Kind und Bezugspersonen)</b>	Kinder mit psychischen, psychosomatischen und neuropsychiatrischen Erkrankungen, Kommunikations- und Interaktionsstörungen, selbstverletzendem Verhalten, 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
<b>KJ7 Tagesklinische Behandlung<sup>5</sup></b>	Kinder und Jugendliche mit psychischen, psychosomatischen und neuropsychiatrischen Erkrankungen, die keiner vollstationären Behandlung bedürfen
<b>KJ9 Stationsäquivalente Behandlung</b>	Psychisch kranke Kinder und Jugendliche, die stationsäquivalent im Sinne von § 39 Absatz 1 SGB V behandelt werden

”

III. Die Änderung der Richtlinie tritt am 1. Januar 2024 in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den 15. September 2022

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

<sup>5</sup> 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.