GBA
Gemeinsamer Bundesausschuss

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Änderungen zum Erfassungsjahr 2027

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

Vom 19. November 2026

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seinen Sitzungen am 18. Juni 2026, 16. Juli 2026 und 19. November 2026 beschlossen, die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) in der Fassung vom 19. September 2019 (BAnz AT 31.12.2019 B6), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom 18. Juni 2025 (BAnz AT 20.11.2025 B2) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

I. Die PPP-RL wird wie folgt geändert:

1. In § 2 Absatz 5 Satz 3, § 7 Absatz 5 Satz 1, § 13 Absatz 3 Satz 1 und Anlage 6 Satz 4 wird jeweils die Angabe „einzuhalten“ durch die Angabe „zu erfüllen“ ersetzt.
2. In § 2 Absatz 7 Satz 1 und Absatz 8, § 11 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 13 Satz 1 und Nummer 2 Satz 1, § 13 Absatz 2 und Absatz 3 Satz 4 und Anlage 6 Satz 2 und Satz 4 wird jeweils die Angabe „Einhaltung“ durch die Angabe „Erfüllung“ ersetzt.
3. § 3 Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

   „(1) Die Patientinnen und Patienten der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene, die einer voll-, teilstationären sowie stationsäquivalenten Krankenhausbehandlung bedürfen, werden nach Art und Schwere der Krankheit sowie nach den Behandlungszielen und -mitteln den folgenden Behandlungsbereichen unter Berücksichtigung der Eingruppierungskriterien gemäß Anlage 2 zugeordnet:

A	Allgemeine Psychiatrie
A1	Regelbehandlung
A2	Intensivbehandlung
A6	Tagesklinische Behandlung
A7	Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung
A8	Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär
A9	Stationsäquivalente Behandlung
S	Menschen mit Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit
S1	Regelbehandlung
S2	Intensivbehandlung
S6	Tagesklinische Behandlung

S9 Stationsäquivalente Behandlung

G Gerontopsychiatrie

G1 Regelbehandlung

G2 Intensivbehandlung

G6 Tagesklinische Behandlung

G9 Stationsäquivalente Behandlung

P Psychosomatik

P1 Psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung

P2 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung

P3 Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung

P4 Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung

P5 Intensivierte integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung

P6 Psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung teilstationär

P7 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär“

4. In § 3 Absatz 2 Satz 1, § 6 Absatz 3 Satz 1 und Anlage 2 in der Überschrift wird jeweils die Angabe „Eingruppierungsempfehlungen“ durch die Angabe „Eingruppierungskriterien“ ersetzt.

5. In § 7 Absatz 5 Satz 2 und § 13 Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „eingehalten“ durch die Angabe „erfüllt“ ersetzt.

6. In § 7 Absatz 5 Satz 4, § 11 Absatz 10 Satz 2 und Absatz 13 Nummer 1 Satz 4, § 13 in der Überschrift und in Absatz 1 Satz 1, Absatz 4 Satz 2, Absatz 5 Satz 1 und § 16 Absatz 2 Satz 1, Absatz 3 Satz 1 und 3 und Absatz 4 Satz 3 wird jeweils die Angabe „Nichteinhaltung“ durch die Angabe „Nichterfüllung“ ersetzt.

7. § 8 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 3 wird durch den folgenden Absatz 3 ersetzt:

   „(3) Bei der tatsächlichen Personalausstattung gemäß § 7 können Fachkräfte der Berufsgruppen nach § 5 auf andere Berufsgruppen nach § 5 angerechnet werden, soweit diese gemäß Anlage 4 Regelaufgaben der Berufsgruppe, bei der die Anrechnung erfolgen soll, erbringen. Die Einhaltung der berufsrechtlichen Vorgaben bei der Übertragung der Erfüllung von Regelaufgaben liegt in der Verantwortung des Krankenhauses. Eine Anrechnung nach Satz 1 ist bei psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene nur zwischen folgenden Berufsgruppen gemäß § 5 Absatz 1 möglich: jeweils zwischen den Buchstaben a und c sowie jeweils zwischen den Buchstaben b, d und f. Eine Anrechnung nach Satz 1 ist bei psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche nur zwischen folgenden Berufsgruppen gemäß § 5 Absatz 2 möglich: jeweils zwischen den Buchstaben a und c sowie jeweils zwischen den Buchstaben b, d und f. Bis zum 31. Dezember 2027 ist eine Anrechnung von der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b, d und f möglich. Der G-BA entscheidet bis zum 30. Juni 2027 über eine zukünftige Ausgestaltung der Anrechnungsregelung nach Satz 5. Die

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

Umfänge der angerechneten Fachkräfte sind im Nachweis gesondert auszuweisen.“

b) In Absatz 5 wird in Satz 4 nach der Angabe „Erwachsenenpsychiatrie“ die Angabe „, Psychosomatik“ eingefügt und Satz 5 wird gestrichen.

c) In Absatz 7 wird in Satz 1 die Angabe „2026“ durch die Angabe „2027“ ersetzt“ und werden nach Satz 2 die folgenden Sätze eingefügt:

„Dabei entspricht die Bezugsgröße VKS-Mind der Mindestvorgabe für den Nachtdienst für das gesamte Quartal. Diese ergibt sich aus der Anzahl der Nächte im Quartal multipliziert mit der Mindestvorgabe für den pflegerischen Nachtdienst in VKS je Nacht.“

8. Der § 10 wird durch den folgenden § 10 ersetzt:

„§ 10 Ausnahmetatbestände

(1) Die Krankenhäuser können von den verbindlichen Mindestvorgaben für die Personalausstattung abweichen

1. bei kurzfristigen krankheitsbedingten Personalausfällen, die in ihrem Ausmaß über das übliche Maß (mehr als 15 Prozent des vorzuhaltenden Personals in einer der Berufsgruppen gemäß § 5) hinausgehen oder
2. bei einer kurzfristig stark erhöhten Anzahl von Behandlungstagen bei Patientinnen und Patienten mit gesetzlicher Unterbringung oder landesrechtlicher Verpflichtung im Sinne einer regionalen Pflichtversorgung zur Aufnahme, die in ihrem Ausmaß über das übliche Maß (mehr als 110 Prozent des Umfangs des Vorjahres) hinausgehen oder
3. bei gravierenden strukturellen oder organisatorischen Veränderungen in der Einrichtung gemäß § 2 Absatz 5 Satz 3, wie z. B. Stationsumstrukturierungen oder -schließungen oder
4. befristet bis zum Ende der Übergangszeit gemäß § 16 Absatz 1 Satz 1, wenn es sich um einen Standort handelt, der ausschließlich eine Tagesklinik umfasst, und die Mindestvorgaben im darauffolgenden oder übernächsten Quartal wieder erfüllt werden.

(2) Das Krankenhaus ist verpflichtet, das Vorliegen der Voraussetzungen eines Ausnahmetatbestandes nach Absatz 1 gemäß § 11 nachzuweisen. Die Ausnahmetatbestände nach Absatz 1 beziehen sich auf die einzelnen differenzierten Einrichtungen gemäß § 2 Absatz 5 Satz 3. Der Ausnahmetatbestand nach Absatz 1 Nummer 1 bezieht sich auf das jeweilige Personal einer Berufsgruppe gemäß § 5 der jeweiligen differenzierten Einrichtung. Die Einrichtung kann von den verbindlichen Mindestvorgaben der jeweiligen Berufsgruppe gemäß § 5, für die der Personalausfall geltend gemacht wurde, abweichen. Die Mindestvorgaben der anderen Berufsgruppen sind zu erfüllen. Ein Abweichen von den quartalsbezogenen Mindestvorgaben ist nur in dem Quartal zulässig, in dem die Voraussetzungen des Ausnahmetatbestandes auch tatsächlich jeweils quartalsbezogen vorliegen. Das Krankenhaus hat die ihm zur Verfügung stehenden Handlungsmöglichkeiten zu nutzen, um die verbindlichen Mindestvorgaben schnellstmöglich wieder zu erfüllen.“

9. § 11 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 wird jeweils die Angabe „(Nachweis in Anlage 3)“ gestrichen.

b) In Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „Quartals,“ durch die Angabe „Quartals“ ersetzt und in Satz 3 wird die Angabe „Tabellen A8 und A9“ durch die Angabe „Tabelle A8.1 und Teil A9“ ersetzt.

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

c) Absatz 5 wird durch den folgenden Absatz 5 ersetzt:

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

d) In Absatz 8 Satz 2 und Absatz 12 Satz 2 wird jeweils die Angabe „1. März" durch die Angabe „15. März" ersetzt.

10. § 13 Absatz 5 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Der Anteil der fehlenden Vollkraftstunden nach Satz 2 errechnet sich unter Berücksichtigung der Übergangsregelungen gemäß § 16 Absatz 1 aus der Summe der Differenz zwischen 90 Prozent der Mindestpersonalausstattung VKS-Mind und der tatsächlichen Personalausstattung VKS-Ist für alle Berufsgruppen mit einem Umsetzungsgrad unter 90 Prozent dividiert durch 90 Prozent der Summe der Mindestpersonalausstattungen VKS-Mind aller Berufsgruppen."

11. In § 14 Absatz 2 wird nach der Angabe „Psychosomatik" die Angabe „bis zum 30. Juni 2029" eingefügt.

12. § 15 Absatz 2 wird durch folgenden Absatz 2 ersetzt:

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

13. § 16 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „2029" durch die Angabe „2031" und in Satz 2 Nummer 3 die Angabe „2027" durch die Angabe „2029" ersetzt.

b) In Absatz 5 Satz 4 wird die Angabe „Im Jahr 2024, 2025 und 2026" durch die Angabe „Dazu" ersetzt und in Satz 5 die Angabe „in den Jahren 2024 bis 2026" gestrichen.

c) Nach Absatz 5 wird der folgende Absatz 6 eingefügt:

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

P2 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung,

P3 Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung,

P4 Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung,

P5 Intensivierte integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung,

P7 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär."

d) Der bisherige Absatz 6 und die Absätze 7 und 8 werden gestrichen.

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

14. In Anlage 1 Nummer 1 werden die Behandlungsbereiche P1, P2, P3 und P4 durch die folgenden Behandlungsbereiche P1 bis P7 ersetzt:

Behandlungsbereiche	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	Pflegefachpersonen	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten, Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen
„P1	180	220	100	102	34
P2	230	250	167	144	35
P3	275	614	145	157	45
P4	330	583	150	151	40
P5	380	677	130	159	25
P6	200	200	80	80	11
P7	280	250	117	144	44“.

15. Anlage 2 wird wie folgt geändert:

a) In Tabelle A wird in den Behandlungsbereichen A7 „Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung“ und A8 „Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär“ jeweils in der Tabellenspalte 2 vor der Angabe „9-63“ die Angabe „des OPS-Kodes“ gestrichen und jeweils die Angabe „ärztl. und psycholog.“ durch die Angabe „ärztliche und psychologische“ ersetzt.

b) Die Tabellen P und KJ werden durch die folgenden Tabellen ersetzt:

„**P. Psychosomatik**

1. **Behandlungsbereiche**	**2.** **Menschen mit psychischen Erkrankungen**	**3.** **Einstufung**
P1 **Psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung**	Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in psychosomatischen Einrichtungen vollstationär psychosomatisch-psychotherapeutisch oder psychotherapeutisch behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-607 (Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) oder 9-61	Psychosomatische Einrichtung + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-607 Regelbehandlung Erwachsene

Vorab durch das BMG zur Veröffentlichung im BGBl

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

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger

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

Vorab-Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V

		+ OPS-Zusatzkode 9-642 Integrierte klinisch-psychosomatische Komplexbehandlung + OPS-Kode 9-986.3 Behandlungsbereich P5 (Intensivierte integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung)
P6 **Psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung teilstationär**	Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in psychosomatischen Einrichtungen teilstationär psychosomatisch-psychotherapeutisch oder psychotherapeutisch behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-607 (Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) oder 9-61 (Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind. Beispielsweise Menschen mit schweren Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Verhaltensstörungen oder somatoformen Störungen	Psychosomatische Einrichtung + teilstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-607 Regelbehandlung Erwachsene oder Psychosomatische Einrichtung + teilstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-61 Intensivbehandlung Erwachsene
P7 **Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär**	Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in psychosomatischen Einrichtungen teilstationär komplex psychosomatisch-psychotherapeutisch behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-62 (Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) oder 9-63 (Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind. Damit müssen insbesondere die durchgeführten ärztlichen und/oder psychologischen Verfahren (ärztliche und psychologische Einzel- und Gruppentherapie) mindestens drei Therapieeinheiten pro Woche umfassen.	Psychosomatische Einrichtung + teilstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-626 Psychotherapeutische Komplexbehandlung Erwachsene oder Psychosomatische Einrichtung + teilstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-634 Psychosomatische Komplexbehandlung Erwachsene

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Ver

KJ. Kinder- und Jugendpsychiatrie

1. Behandlungsbereiche	2. Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen	3. Einstufung
KJ1 **Kinderpsychiatrische Regel- und Intensivbehandlung**	Vorschul- und Schulkinder im Alter von < 14 Jahren mit psychischen Erkrankungen, die in Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie vollstationär behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-656 (Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen) oder 9-672 (Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen) erfüllt sind	Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie + Alter < 14 Jahre + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-656 Regelbehandlung KJP oder Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie + Alter < 14 Jahre + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-672 Intensivbehandlung KJP
KJ2 **Jugendpsychiatrische Regelbehandlung**	Jugendliche und Heranwachsende im Alter von ≥ 14 Jahren mit psychischen Erkrankungen, die in Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie vollstationär behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-656 (Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen) erfüllt sind	Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie + Alter ≥ 14 Jahre + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-656 Regelbehandlung KJP
KJ3 **Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung**	Jugendliche mit psychischen Erkrankungen und psychosozial retardierte Heranwachsende im Alter von ≥ 14 Jahren, die in Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie vollstationär behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-672 (Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen) erfüllt sind	Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie + Alter ≥ 14 Jahre + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-672 Intensivbehandlung KJP
KJ6 **Eltern-Kind-Behandlung (gemeinsame Aufnahme von Kind und Bezugspersonen)**	Kinder mit psychischen Erkrankungen, die in Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Eltern-Kind-Setting vollstationär behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-686 (Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen) erfüllt sind	Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-686 Eltern-Kind-Setting KJP
KJ7 **Tagesklinische Behandlung**[5]	Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen, die keiner vollstationären Behandlung bedürfen	Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie + teilstationäre Behandlung

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § [illegible] SGB V

KJ9 Stationsäquivalente Behandlung	Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen, die stationsäquivalent im Sinne von § 39 Absatz 1 SGB V behandelt werden	Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie + stationsäquivalente Behandlung.

---

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

c) Nach der Tabelle KJ wird folgender Absatz eingefügt:

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

d) In den Hinweisen zu Anlage 2 wird in Satz 1 die Angabe „neue" gestrichen.

16. Die Anlage 3 wird wie folgt geändert:

a) Der Abschnitt „Administrative Daten" wird wie folgt geändert:

aa) Nach der Angabe „am Standort vorhanden" wird die Angabe „und nehmen im Erfassungsjahr an der repräsentativen Stichprobe im Sinne von § 16 Absatz 7 teil" und jeweils die Angabe „Stichprobe Ja/Nein" gestrichen.

bb) Vor der Angabe „Der Medizinische Dienst" wird die folgende Angabe eingefügt:

„Wird in der nach § 2 Absatz 5 differenzierten Einrichtung die Übergangsregelung gemäß § 16 Absatz 6 angewendet?
- Erwachsenenpsychiatrie Ja/Nein"

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

cc) Vor der Angabe „berechtigt“ wird die Angabe „MD-QK-RL“ durch die Angabe „MD-QP-RL“ ersetzt.

b) In Teil A3 wird die Tabelle A3.3 durch die folgende Tabelle A3.3 ersetzt:

„Tabelle A3.3: Behandlungstage nach Behandlungsbereichen

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

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

Hinweis für Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie (29):
In Abhängigkeit der Optionsmöglichkeit gemäß § 16 Absatz 6 können bei Spalte 3 entweder die Behandlungsbereiche A7 und A8 oder die Behandlungsbereiche P2, P3, P4, P5 und P7 ausgewählt werden.“

c) Teil A5 wird wie folgt geändert:

aa) Im Hinweis zu Tabelle A5.1 wird die Angabe „nach § 6 Absatz 5 Satz 6“ durch die Angabe „nach § 8 Absatz 5 Satz 3“ ersetzt.

bb) Tabelle A5.3 wird durch die folgende Tabelle A5.3 ersetzt:

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

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

Vorbehaltlich [illegible] durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger [illegible] SGB V

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

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

d) Teil A6 wird durch den folgenden Teil A6 ersetzt:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(Gültig bis zum 31. Dezember 2030)

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

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

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

Vorbehaltlich der [illegible] und Veröffentlichung im Bundesanzeiger gemäß § 91 SGB V

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

e) Der Hinweis zu Teil A9 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 1 wird der folgende Satz eingefügt:

„Das heißt für jedes Auftreten eines OPS-Kodes – also jedes Mal, wenn der betreffende OPS-Kode bei einem Behandlungsfall dokumentiert wird – ist eine separate Zeile anzulegen. Eine Aggregation innerhalb eines Behandlungsfalls oder über mehrere Behandlungsfälle hinweg ist unzulässig.“

bb) In Satz 12 wird die Angabe „in den Jahren 2024, 2025 und 2026“ gestrichen.

17. Die Anlage 4 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer I.2 wird unter Punkt 2.2.2 die Angabe „Stationsmillieus“ durch die Angabe „Stationsmilieus“ ersetzt.

b) Nummer I.4 wird durch die folgende Nummer I.4 ersetzt:

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

a) Regelaufgaben der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten

1. Grundversorgung

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

2. Einzelfallbezogene Behandlung

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

3. Gruppenbezogene Behandlung
   - Kreativitätsfördernde Therapie einschließlich Musiktherapie und Gestaltungstherapie
   - Lebenspraktisch orientierte Therapie
   - Arbeitstherapie und Belastungserprobung
   - Freizeitprogramme, Mitwirkung an Aktivitätsgruppen
   - Kontakt- und kommunikationsfördernde Gruppen
4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten
   - Vor- und Nachbereitung
   - Teilnahme an den Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team
   - Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision
   - Auftragsbeschaffung, Materialbeschaffung, Verwaltungsaufgaben
   - Stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination der jeweiligen Spezialtherapie

b) Regelaufgaben der Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

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

c) Nummer II.4 wird durch die folgende Nummer II.4 ersetzt:

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

a) Regelaufgaben der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten

1. Grundversorgung

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

2. Einzelfallbezogene Behandlung

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

3. Gruppenbezogene Behandlung

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

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

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

Vorbeh

b) Regelaufgaben der Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

1. Grundversorgung

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

2. Einzelfallbezogene Behandlung

- Individuelle Physiotherapie und Bewegungstherapie bei schweren Erkrankungen; Übungsbehandlung nach Bobath oder Vojta
- Psychomotorische Übungsbehandlung (Mototherapie)
- Psychotherapeutisch orientierte Bewegungs- und Körpertherapie
- Basale Stimulation

3. Gruppenbezogene Behandlung

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

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

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

d) Nummer III.5 wird durch die folgende Nummer III.5 ersetzt:

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

a) Regelaufgaben der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten

1. Grundversorgung

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

Vorab

- Dokumentation

2. Einzelfallbezogene Behandlung

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

3. Gruppenbezogene Behandlung

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

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

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

b) Regelaufgaben der Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

1. Grundversorgung

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

2. Einzelfallbezogene Behandlung

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

Vorbehalt

3. Gruppenbezogene Behandlung

- Gruppengymnastik und Sporttherapie
- Bewegungstherapie und Physiotherapie
- Entspannungsübungen

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

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

e) Nummer III.6 wird gestrichen.

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und Veröffentlichung im

II. Die Änderung der Richtlinie tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2027 in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 19. November 2026

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Die Vorsitzende

Dr. Optendrenk

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