



Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik- Richtlinie: Änderungen zum Erfassungsjahr 2025

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 20. Juni 2024 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 21. März 2024 (BAnz AT XX.XX.202X BX) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

- I. Die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie wird wie folgt geändert:
 1. In § 5 Absatz 2 Buchstabe c werden die Wörter „sowie (Sozial-) Pädagoginnen in Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und (Sozial-) Pädagogen in Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ gestrichen.
 2. § 8 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Psychologinnen und Psychologen sowie weitere Berufsgruppen in Ausbildung gemäß § 27 Absatz 4 PsychThG sind zu berücksichtigen, wenn diese vom Krankenhaus eine Vergütung entsprechend ihrem Grundberuf erhalten.“
 - b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 4 wird die Angabe „31. Dezember 2024“ durch die Angabe „31. Dezember 2025“ ersetzt.
 - bb) In Satz 5 wird die Angabe „30. September 2024“ durch die Angabe „30. Juni 2025“ ersetzt.
 - cc) In Absatz 5 Satz 8 wird die Angabe „30. September 2024“ durch die Angabe „30. Juni 2025“ ersetzt.
 3. § 11 Absatz 13 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1 wird die Angabe „1. Januar 2025“ durch die Angabe „1. Januar 2026“ ersetzt.
 - b) In Nummer 2 wird die Angabe „1. Januar 2025“ durch die Angabe „1. Januar 2026“ ersetzt.
 - c) In Nummer 4 wird die Angabe „bis 2024“ durch die Angabe „bis 2025“ ersetzt.

4. Dem § 13 Absatz 8 wird folgender Satz angefügt:

„Die Mitwirkungspflichten nach § 11 Absatz 3 bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben an die zuständige Landesaufsichtsbehörde sind von den Regelungen in Satz 2 bis 6 ausgenommen.“

5. § 16 Absatz 5 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird die Angabe „2024“ durch die Angabe „2025“ ersetzt.

b) Folgender Satz wird angefügt:

„Bei der Prüfung der Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität gemäß § 11 Absatz 8 werden ab dem 1. Januar 2025 Prüfregelein gemäß Anlage 6 eingeführt, deren Nichteinhaltung zur Abweisung der Daten durch das IQTIG führt.“

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

6. Die Anlage 2 (Eingruppierungsempfehlungen) wird wie folgt geändert:
- a) Die Tabelle zu Teil A (Allgemeine Psychiatrie) wird wie folgt geändert:
- aa) Die zweite Spalte wird wie folgt gefasst:

„

2. Menschen mit psychischen Erkrankungen
Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene vollstationär behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-607 (Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind
Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene vollstationär behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-61 (Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind
Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene teilstationär behandelt werden
Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene vollstationär behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-62 (Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) oder 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.
Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene teilstationär entweder komplex psychosomatisch-psychotherapeutisch oder komplex psychotherapeutisch behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-62 (Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) oder 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.
Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene stationsäquivalent im Sinne von § 39 Absatz 1 SGB V behandelt werden und die nicht in S9 oder G9 eingestuft werden.

“

bb) Folgende Spalte 3 wird angefügt:

„

3. Einstufung
Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter < 65 Jahre + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-607 Regelbehandlung Erwachsene
Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter < 65 Jahre + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-61 Intensivbehandlung Erwachsene
Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter < 65 Jahre + teilstationäre Behandlung
Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-626 Psychotherapeutische Komplexbehandlung Erwachsene oder Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-634 Psychosomatische Komplexbehandlung Erwachsene
Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + teilstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-626 Psychotherapeutische Komplexbehandlung Erwachsene oder Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + teilstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-634 Psychosomatische Komplexbehandlung Erwachsene
Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter < 65 Jahre + stationsäquivalente Behandlung

“

b) Die Tabelle zu Teil S wird wie folgt geändert:

aa) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„S. Menschen mit Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit“

bb) Die zweite Spalte wird wie folgt gefasst:

„

2. Menschen mit Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit
Menschen mit Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene vollstationär behandelt werden, mit einer Hauptdiagnose aus ICD-10-GM F10-19 und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-607 (Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind
Menschen mit Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene vollstationär behandelt werden, mit einer Hauptdiagnose aus ICD-10-GM F10-19 und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-61 (Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind
Menschen mit Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene teilstationär behandelt werden, mit einer Hauptdiagnose aus ICD-10-GM F10-19
Menschen mit Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit mit einer Hauptdiagnose aus ICD-10-GM F10-19, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene stationsäquivalent im Sinne von § 39 Absatz 1 SGB V behandelt werden

“

cc) Folgende Spalte 3 wird angefügt:

„

3. Einstufung
Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter < 65 Jahre + Hauptdiagnose aus ICD-10-GM F10-F19 + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-607 Regelbehandlung Erwachsene
Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter < 65 Jahre + Hauptdiagnose aus ICD-10-GM F10-F19

+ vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-61 Intensivbehandlung Erwachsene
Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter < 65 Jahre + Hauptdiagnose aus ICD-10-GM F10-F19 + teilstationäre Behandlung
Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter < 65 Jahre + Hauptdiagnose aus ICD-10-GM F10-F19 + stationsäquivalente Behandlung

“

c) Die Tabelle zu Teil G (Gerontopsychiatrie) wird wie folgt geändert:

aa) Die zweite Spalte wird wie folgt gefasst:

”

2. Menschen mit psychischen Erkrankungen
Menschen mit psychischen Erkrankungen im Alter von ≥ 65 Jahren (meist Multimorbidität), die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene vollstationär behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-607 (Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind
Menschen mit psychischen Erkrankungen im Alter von ≥ 65 Jahren, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene vollstationär behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-61 (Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind
Menschen mit psychischen Erkrankungen im Alter von ≥ 65 Jahren, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene teilstationär behandelt werden
Menschen mit psychischen Erkrankungen im Alter von ≥ 65 Jahren, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene stationsäquivalent im Sinne von § 39 Absatz 1 SGB V behandelt werden

“

bb) Folgende Spalte 3 wird angefügt:

”

3. Einstufung
Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter ≥ 65 Jahre + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-607 Regelbehandlung Erwachsene
Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter ≥ 65 Jahre + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-61 Intensivbehandlung Erwachsene
Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter ≥ 65 Jahre + teilstationäre Behandlung
Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter ≥ 65 Jahre + stationsäquivalente Behandlung

“

d) Die Tabelle zu Teil P (Psychosomatik) wird wie folgt geändert:

aa) Die zweite Spalte wird wie folgt gefasst:

”

2. Menschen mit psychischen Erkrankungen
Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in psychosomatischen Einrichtungen vollstationär psychosomatisch-psychotherapeutisch oder psychotherapeutisch behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-607 (Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) oder 9-61 (Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind. Beispielsweise Menschen mit schweren Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Verhaltensstörungen oder somatoformen Störungen

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 (ärztl. und psycholog. Einzel- und Gruppentherapie) mindestens drei Therapieeinheiten pro Woche umfassen.

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

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 (ärztl. und psycholog. Einzel- und Gruppentherapie) mindestens drei Therapieeinheiten pro Woche umfassen.

“

bb) Folgende Spalte 3 wird angefügt:

”

3. Einstufung

Psychosomatische Einrichtung
+ vollstationäre Behandlung
+ OPS-Kode 9-607 Regelbehandlung Erwachsene

oder

Psychosomatische Einrichtung
+ vollstationäre Behandlung
+ OPS-Kode 9-61 Intensivbehandlung Erwachsene

Psychosomatische Einrichtung
+ vollstationäre Behandlung
+ OPS-Kode 9-626 Psychotherapeutische Komplexbehandlung Erwachsene

oder

Psychosomatische Einrichtung

+ vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-634 Psychosomatische Komplexbehandlung Erwachsene
Psychosomatische Einrichtung + teilstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-607 Regelbehandlung Erwachsene oder Psychosomatische Einrichtung + teilstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-61 Intensivbehandlung Erwachsene
Psychosomatische Einrichtung + teilstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-626 Psychotherapeutische Komplexbehandlung Erwachsene oder Psychosomatische Einrichtung + teilstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-634 Psychosomatische Komplexbehandlung Erwachsene

“

e) Die Tabelle zu Teil KJ (Kinder- und Jugendpsychiatrie) wird wie folgt geändert:

aa) Die zweite Spalte wird wie folgt gefasst:

”

2. Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen
Vorschul- und Schulkinder bis zum 14. Lebensjahr 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
Jugendliche und Heranwachsende ab dem 14. Lebensjahr 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

Jugendliche mit psychischen Erkrankungen und psychosozial retardierte Heranwachsende ab dem 14. Lebensjahr, 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
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
Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen, die keiner vollstationären Behandlung bedürfen
Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen, die stationsäquivalent im Sinne von § 39 Absatz 1 SGB V behandelt werden

“

bb) Folgende Spalte 3 wird angefügt:

”

3. Einstufung
Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie + Alter bis zum 14. Lebensjahr + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-656 Regelbehandlung KJP oder Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie + Alter bis zum 14. Lebensjahr + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-672 Intensivbehandlung KJP
Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie + Alter ab dem 14. Lebensjahr + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-656 Regelbehandlung KJP
Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie + Alter ab dem 14. Lebensjahr + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-672 Intensivbehandlung KJP

Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-686 Eltern-Kind-Setting KJP
Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie + teilstationäre Behandlung
Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie + stationsäquivalente Behandlung

“

f) Die Hinweise zu Anlage 2 (Eingruppierungsempfehlungen) werden wie folgt gefasst:

„Hinweise:

Die neue Spalte „3. Einstufung“ dient als Hilfestellung bei der inhaltlichen Abgrenzung der Behandlungsbereiche. Für eine trennscharfe Zuordnung in die Behandlungsbereiche der Erwachsenenpsychiatrie ist folgende Reihenfolge umzusetzen: 1. Einrichtung, 2. Alter, 3. Hauptdiagnose, 4. Aufnahmegrund (vollstationär, teilstationär, StäB), 5. OPS-Kode.

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

Ist bei der Einstufung in die Behandlungsbereiche auch das Alter der behandelten Person zu berücksichtigen, ist das Alter am Tag der Aufnahme in das Krankenhaus maßgeblich.

Grundsätzlich ist die Hauptdiagnose maßgeblich für die Einstufung in die Behandlungsbereiche. Bei nicht abgeschlossenen Behandlungsfällen ohne festgelegte Hauptdiagnose ist bei der Einstufung in die Behandlungsbereiche die Aufnahmediagnose heranzuziehen.“

7. Die Anlage 3 (Nachweis) wird wie folgt geändert:

- a) Im Ausfüllhinweis zur Anlage 3 wird unter „Weitere Erläuterung zum Nachweis“ jeweils die Angabe „1. Januar 2025“ durch die Angabe „1. Januar 2026“ ersetzt.
- b) Die Tabelle A3.2 (Stichtagserhebung) wird aufgehoben.
- c) Tabelle A5.1 (Mindestvorgaben, tatsächliche Personalausstattung, Umsetzungsgrad und Erfüllung der Anforderungen pro Berufsgruppe) wird wie folgt gefasst:

„Tabelle A5.1 (Mindestvorgaben, tatsächliche Personalausstattung, Umsetzungsgrad und Erfüllung der Anforderungen pro Berufsgruppe)

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Berufsgruppe	VKS-Mindestpersonal-ausstattung der differenzierten Einrichtung in VKS	VKS-Ist Tatsächliche Personalausstattung der differenzierten Einrichtung in VKS	Davon				Weitere Fach- oder Hilfskräfte Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen in VKS	Umsetzungsgrad der Berufsgruppen in %	Mindestanforderung der Berufsgruppe erfüllt
				Fachkräfte der Berufsgruppen nach PPP-RL in VKS	Anrechnung Fachkräfte anderer Berufsgruppen nach PPP-RL in VKS	Anrechnung Fach- oder Hilfskräfte Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen in VKS	Anrechnung Fachkräfte ohne direktes Beschäftigungsverhältnis in VKS			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Zulässige Werte:

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

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

Spalten 3 bis 9: Zahlenwerte 0 bis 999 999

Spalte 4: wird automatisch berechnet aus der Summe der Spalten 5 bis 8

Spalte 10: Zahlenwerte 0 bis 999,99

Spalte 11: 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. Die Angabe in Spalte 4 (VKS-Ist Tatsächliche Personalausstattung der differenzierten Einrichtung in VKS) entspricht der Summe der Werte in den Spalten 5 bis 8. Die Angabe in Spalte 5 (Fachkräfte der Berufsgruppen nach PPP-RL in VKS) umfasst neben den Fachkräften der jeweiligen Berufsgruppe auch Personen in Ausbildung gemäß § 8 Absatz 2. Die Angabe in Spalte 7 (Anrechnung Fach- oder Hilfskräfte Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen in VKS) umfasst den Umfang von Fach- oder Hilfskräften unter Berücksichtigung der Höchstgrenzen nach § 6 Absatz 5 Satz 6. In Spalte 9 (Weitere Fach- oder Hilfskräfte Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen in VKS) kann bei Erreichen der Höchstgrenze der Umfang der weiteren Fach- oder Hilfskräften angegeben werden. Bei der Anrechnung von Personal in den Spalten 5 bis 8 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.“

d) Im Hinweis zu Tabelle A8.1 (Qualifikation des tatsächlichen Personals) wird nach Satz 3 folgender Satz eingefügt:

„Die in Tabelle A5.3 Spalte 6 angegebenen angerechneten Tätigkeiten in VKS sind einzuschließen und hier unter der Berufs- bzw. Teilgruppe aufzuführen, von der sie tatsächlich erbracht – und nicht, auf welche sie übertragen – wurden.“

- e) In der Referenztabelle A8.2 (Qualifikationen des Personals in der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik) werden in Spalte 2 im Feld „a1“ nach dem Wort „Fachärzte“ die Wörter „inklusive a2 bis a5“ sowie nach Feld „a4“ das Feld „a5) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte mit der Facharztbezeichnung Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“ eingefügt.
- f) In der Referenztabelle A8.3 (Qualifikationen des Personals in der Kinder- und Jugendpsychiatrie) wird in Spalte 2 Feld „a1“ nach dem Wort „Fachärzte“ die Angabe „inklusive a2“ eingefügt.
- g) A9 (Datenfelder zur Dokumentation der Patientinnen und Patienten) wird wie folgt gefasst:

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

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

Zulässige Werte:

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

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

Spalte 3: OPS-Kodes der Bereiche 9-60 bis 9-98 (<https://www.bfarm.de>)

Spalte 4: Datum im Format JJJJ.MM.TT

Spalte 5: Anzahl Tage bei Spalte 3 = 9-607, 9-617, 9-618, 9-619, 9-61a, 9-61b, 9-626, 9-634, 9-656, 9-672 oder 9-686,
Angabe entfällt bei Spalte 3 = andere OPS-Kodes

Hinweis:

Für jeden in den stationären Abrechnungsdaten dokumentierten OPS-Kode aus dem Bereich 9-60 bis 9-98 ist eine Zeile zu übermitteln.

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

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

Spalte 5: Diese Codes 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 Codes 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.“

- h) Die Tabelle B1.2 (Stichtagserhebung) wird aufgehoben.
- i) B2 (Datenfelder für Mindestvorgaben, tatsächliche Personalausstattung, Umsetzungsgrad und Erfüllung der Anforderungen pro Station und Monat) wird wie folgt gefasst:

„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): _____
 Quartal (1 - 4): _____

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 Tatsächlich e Personal- ausstattung in VKS	Davon				Weitere Fach- oder Hilfskräfte Nicht-PPP- RL-Berufs- gruppen in VKS	Umsetzungs- grad der Berufsgruppen in %
				Fachkräfte der Berufsgruppen nach PPP-RL in VKS	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	10

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 9: Zahlenwerte 0 bis 999 999,99

Spalte 4: wird automatisch berechnet aus der Summe der Spalten 5 bis 8

Spalte 10: 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 Angabe in Spalte 4 (VKS-Ist Tatsächliche Personalausstattung in VKS) entspricht der Summe der Werte in den Spalten 5 bis 8. Die Angabe in Spalte 5 (Fachkräfte der Berufsgruppen nach PPP-RL in VKS) umfasst neben den Fachkräften der jeweiligen Berufsgruppe auch Personen in Ausbildung gemäß § 8 Absatz 2. Die monats- und stationsbezogenen Angaben in Spalte 7 (Anrechnung Fach- oder Hilfskräfte Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen in VKS) umfasst den Gesamtwert von Fach- oder Hilfskräften ohne Berücksichtigung der Höchstgrenzen nach § 6 Absatz 5 Satz 6. In Spalte 9 (Weitere Fach- oder Hilfskräfte Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen in VKS) kann bei Erreichen der Höchstgrenze, der Umfang der weitere Fach- oder Hilfskräften angegeben werden. Bei der Anrechnung von Personal in den Spalten 5 bis 8 sind diese Anrechnungen in Tabelle B2.2 zu erläutern.

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.

Vorbehaltlich der Prüfung durch das BMBWF. Verordnungsnummer Bundesanzeiger gem. § 90 SGB V

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 ⁹
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“

⁹ In den Erläuterungen sind die betroffenen Regelaufgaben nach Anlage 4 aufzuführen.

- j) B3 (Datenfelder zur Dokumentation der Patientinnen und Patienten (Dokumentation der Leistungen zu den Regelaufgaben gemäß Anlage 4)) wird wie folgt gefasst:

„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): _____ Quartal (1 - 4) _____

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>)

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:

Für jeden in den stationären Abrechnungsdaten dokumentierten OPS-Kode aus dem Bereich 9-60 bis 9-98 ist eine Zeile zu übermitteln.

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 aus Vereinfachungsgründen und der Vermeidung zusätzlichen Aufwandes verzichtet.

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

Spalte 6: Diese Codes 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 Codes 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.“

- k) Dem Hinweis zu Tabelle B4.1 (Qualifikation des tatsächlichen Personals) wird folgender Satz angefügt:

„Die in Tabelle B2.2 Spalte 6 angegebenen angerechneten Tätigkeiten in VKS sind einzuschließen und hier unter der Berufs- bzw. Teilgruppe aufzuführen, von der sie tatsächlich erbracht – und nicht, auf welche sie übertragen – wurden.“

- l) In der Referenztable B4.2 (Qualifikationen des Personals in der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik) werden in Spalte 2 im Feld „a1“ nach dem Wort „Fachärzte“ die Wörter „inklusive a2 bis a5“ sowie nach dem Feld „a4“ das Feld „a5) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte mit der Facharztbezeichnung Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“ eingefügt.
- m) In der Referenztable B4.3 (Qualifikationen des Personals in der Kinder- und Jugendpsychiatrie) wird in Spalte 2 im Feld „a1“ nach dem Wort „Fachärzte“ die Angabe „inklusive a2“ ergänzt.
- n) B5 (Datenfelder zur tatsächlichen Besetzung im Nachtdienst) wird wie folgt gefasst:

„B5. Datenfelder zur tatsächlichen Besetzung im Nachtdienst

Quartal (1 - 4): _____

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.“

8. Der Richtlinie wird folgende Anlage 6 angefügt:

„Anlage 6 Prüfregeln“

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

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

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

II. Die Änderung der Richtlinie tritt am 1. Januar 2025 in Kraft.

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

Berlin, den 20. Juni 2024

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

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