Bericht des VPU e.V. zum Status Quo und Weiterentwicklung der PPP-RL – Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik

Die PPP-RL ist eine Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Sie löste zum 1. Januar 2020 die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) ab, die vom 1. Januar 1991 bis zum 31. Dezember 2019 die Personalausstattung in psychiatrischen Kliniken regelte und als Personalbemessungsinstrument sowie Grundlage für Budgetverhandlungen und Personalplanung diente (G-BA, 2019; IQTIG, 2023). Seit 2016 waren psychiatrische Krankenhäuser und Fachabteilungen verpflichtet nachzuweisen, inwieweit sie die Vorgaben der Psych-PV einhielten; das konkrete Nachweisverfahren wurde 2017 vereinbart (GKV-Spitzenverband, 2025). Mit der PPP-RL änderte sich die Funktion der Personalvorgaben wesentlich: An die Stelle eines Personalbemessungsinstruments traten verbindliche personelle Mindestvorgaben. Diese stellen ausdrücklich keine Anhaltszahlen für eine vollständige Personalbemessung dar (G-BA, 2019, 2025). Die PPP-RL gilt für Krankenhäuser mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche, sofern Patient:innen vollstationär, teilstationär oder stationsäquivalent behandelt werden. Ziel der Richtlinie ist die Sicherung der Qualität in der psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen sowie psychosomatischen Versorgung. Hierzu werden verbindliche Mindestvorgaben für die Personalausstattung festgelegt, die zudem einen Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung leisten sollen (G-BA, 2025).

Kernaussage: Ausreichendes und qualifiziertes Personal ist für eine sichere und qualitativ gute psychiatrische Versorgung unverzichtbar. Wissenschaftlich deutlich weniger klar ist jedoch, ob starre berufsgruppenbezogene Minutenwerte oder einzelne feste Erfüllungsquoten den tatsächlichen Personalbedarf und die Versorgungsqualität ausreichend genau abbilden. Die vorhandene Forschung spricht vielmehr dafür, Patient:innenbedarf, Qualifikation und Erfahrung des Personals, Arbeitsumgebung sowie patienten- und systembezogene Ergebnisse gemeinsam zu betrachten (Blume et al., 2019; Johnson et al., 2024; Woodnutt et al., 2025).

Die Einhaltung der Mindestpersonalvorgaben wird quartalsbezogen auf Einrichtungsebene je Krankenhausstandort geprüft. Dabei wird zwischen Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychosomatik unterschieden. Patient:innen werden je nach Ausmaß der Erkrankung und der durchgeführten Behandlung einem Behandlungsbereich zugeordnet, zum Beispiel der Regel- oder Intensivbehandlung. Für jeden Bereich gibt die Richtlinie vor, wie viele Personalminuten pro Patient:in und Woche für die verschiedenen Berufsgruppen mindestens vorhanden sein müssen. Dazu gehören insbesondere Pflegefachpersonen, Ärzt:innen, Psychotherapeut:innen, Spezialtherapie und Sozialarbeit. Für den Tagdienst wird daraus für jedes Quartal eine Mindestpersonalausstattung (VKS-Mind) berechnet. Grundlage sind die Behandlungstage des entsprechenden Vorjahres. Weicht die tatsächliche Zahl im laufenden Quartal um mehr als 2,5 Prozent ab, sind die tatsächlichen Behandlungstage dieses Quartals zu berücksichtigen. Die Vorgaben werden im Quartalsdurchschnitt auf Einrichtungsebene geprüft. Für den Pflegedienst gelten in der Nacht seit 2024 eigene Mindestvorgaben. Dabei wird jede Nacht betrachtet; in mehr als 90 Prozent der Nächte eines Quartals muss die jeweilige Mindestbesetzung erreicht sein. Bis Ende 2027 sind für die Nichterfüllung der Nachtvorgaben keine finanziellen Folgen vorgesehen. Im Jahr 2026 müssen die Vorgaben im Tagdienst aufgrund der Übergangsregelung zu 90 Prozent erfüllt werden. Die derzeit geltende Richtlinie sieht 95 Prozent ab 2027 und 100 Prozent ab 2029 vor. Der G-BA hat im Juni 2026 jedoch beschlossen, diese Steigerung auf 95 Prozent ab 2029 und 100 Prozent ab 2031 zu verschieben. Dieser Beschluss ist mit Stand Oktober 2026 noch nicht in Kraft (G-BA 2026a, 2026b). Die Einteilung in Behandlungsbereiche bildet unterschiedliche pflegerische Aufwände jedoch nur begrenzt ab. Auch innerhalb derselben Kategorie können Patient:innen einen sehr unterschiedlichen Pflege- und Betreuungsbedarf haben. Die

Minutenwerte sollten nicht an Pauschalen, sondern stärker an den tatsächlichen Versorgungsbedarfen der Patient:innen und der draus resultierenden pflegerischen Komplexität ausgerichtet werden.

Eine Mindestvorgabe bildet nicht automatisch den tatsächlichen Pflegebedarf ab

Psychiatrische Pflege orientiert sich wesentlich an der aktuellen klinischen Situation und dem individuellen Pflege- und Unterstützungsbedarf der Patient:innen. Dieser Bedarf kann sich unter anderem durch Patient:innenschwere, Verhaltensauffälligkeiten und besondere Beobachtungs- oder Unterstützungsbedarfe deutlich unterscheiden. Aktuelle Daten aus 107 psychiatrischen Stationen in 13 Krankenhäusern mit insgesamt 25.294 Behandlungsfällen zeigen, dass eine höhere klinische Patient:innenschwere, gemessen mit dem HoNOS-Gesamtwert, signifikant mit einer höheren Personalausstattung durch examinierte Pflegefachpersonen verbunden war. Ein Anstieg des HoNOS-Gesamtwerts um 20 Prozent entsprach im Regressionsmodell 48,5 zusätzlichen Pflegefachpersonen-Stunden pro Woche bzw. ca. 1,3 VK pro Jahr. Die Ergebnisse zeigen damit einen Zusammenhang zwischen Patient:innenschwere und Pflegepersonalausstattung, erlauben jedoch keine Aussage über Kausalität oder einen daraus unmittelbar abzuleitenden optimalen Personalbedarf (Ketzer et al., 2026). Die Erfassung dieses Pflegeaufwands ist komplex. Sousa und Seabra (2018) zeigen in ihrer Scoping Review, dass vorhandene Instrumente zur Erfassung der Arbeitsbelastung in der stationären psychiatrischen Pflege diese Komplexität bislang nur unzureichend abbilden. Dies betrifft insbesondere relationale und psychotherapeutisch-pflegerische Interventionen sowie direkte und indirekte patient:innenbezogene und nicht patient:innenbezogene Tätigkeiten. Ein systematisches Review von Ngune et al. (2023) mit 57 Studien identifizierte sieben potenziell pflegesensitive Ergebnisse der akutstationären psychiatrischen Versorgung: Aggression, Isolierung, Zwangsmaßnahmen, Entweichungen, Bedarfsmedikation, besondere Beobachtung und Selbstverletzungen. Für verschiedene Pflegevariablen fanden sich Zusammenhänge mit diesen Ergebnissen. Die Studien zeigten jedoch kein durchgehend einheitliches Muster; zudem war die Evidenz für Aggression, Isolierung und Zwangsmaßnahmen robuster als für die übrigen Outcomes. Die Autor:innen sehen deshalb weiteren Forschungsbedarf, insbesondere zu Zusammenhängen mit Personalbesetzung, Qualifikationsmix, Arbeitsumgebung, Ausbildung und Berufserfahrung (Ngune et al., 2023).

Zudem zeigt ein aktuelles systematisches Review ein uneinheitliches Bild. Woodnutt et al. (2025) schlossen 35 Beobachtungsstudien ein. In 32 Studien wurden insgesamt 44 Analysen zur Personalbesetzung durchgeführt. Neun Analysen zeigten bei höherer Personalbesetzung weniger Konflikt- oder Zwangsereignisse, neun einen Zusammenhang in die entgegengesetzte Richtung und 26 keinen statistisch signifikanten Zusammenhang. Auch die Ergebnisse zum Qualifikationsmix waren uneinheitlich: Von 14 Analysen zeigten sechs bei höherem Skill-Mix weniger Ereignisse, sieben keinen signifikanten Zusammenhang und eine Analyse mehr Ereignisse. Die Autor:innen bewerten die bisherige Evidenz daher als gemischt und nicht eindeutig und sehen keine ausreichende Grundlage für klare Empfehlungen zur Personalplanung oder zum Personaleinsatz (Woodnutt et al., 2025). Zu einem vergleichbaren Ergebnis kam bereits die deutsche systematische Literaturübersicht von Blume et al. (2019). Von 7.778 identifizierten Abstracts wurden 51 Studien in die qualitative Synthese eingeschlossen. Dabei fanden sich signifikante Zusammenhänge zwischen Personalausstattung beziehungsweise -qualifikation und verschiedenen patientenbezogenen Ergebnissen. Keine der eingeschlossenen Studien wies jedoch ein experimentelles oder quasi-experimentelles Design auf. Trotz teilweiser großer Stichproben und statistischer Kontrolle möglicher Einflussfaktoren konnten aus den vorhandenen Beobachtungsstudien daher keine evidenzbasierten Schlussfolgerungen für die Gesundheitspolitik oder die klinische Personalbesetzungspraxis abgeleitet werden (Blume et al., 2019). Für die Weiterentwicklung bedeutet das: Die Minutenwerte sollten stärker mit der tatsächlichen Belastung und pflegerischen Komplexität verbunden werden.

Mehr Personal ist wichtig, jedoch hängt die Qualität nicht nur von einer Zahl ab

Die aktualisierte S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang“ unterstreicht die Bedeutung struktureller und organisatorischer Rahmenbedingungen, ausreichender und entsprechend qualifizierten Personalressourcen, präventiver Maßnahmen sowie geschulter Deeskalationsstrategien. Sie weist zugleich darauf hin, dass die Evidenz zum isolierten Zusammenhang zwischen der reinen Personalmenge und der Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen bislang inkonsistent ist. Für die Vermeidung von Aggression und Zwang kommt vielmehr dem Zusammenspiel von Haltung und Beziehungskompetenz der Mitarbeitenden, strukturellen und organisatorischen Bedingungen sowie konkreten Präventions- und Deeskalationsmaßnahmen Bedeutung zu (DGPPN, 2026).

Pflegewissenschaftlich spricht deshalb viel dafür, nicht nur zu fragen: „Wie viele Personen waren anwesend?“, sondern zusätzlich: „Welche Patient:innen waren zu versorgen?“, „Welche Kompetenzen und Erfahrungen waren im Team vorhanden?“ und „Welche Versorgungsqualität wurde erreicht?“.

Auch die fachliche Position der American Psychiatric Nurses Association kommt zu dem Ergebnis, dass derzeit keine einzelne Methode, bspw. eine starre Nurse-to-Patient-Ratio, Nursing Hours oder ein Case-Mix-Modell, universell zur Bestimmung des Personalbedarfs psychiatrischer Stationen empfohlen werden kann. Stattdessen sollen Personalausstattung und Personaleinsatz systematisch anhand von Patient:innen-, Pflegepersonal- und System-Outcomes bewertet werden (Johnson et al., 2024).

Die Richtlinie beschränkt sich bei den Pflegefachpersonen lediglich auf die Primärqualifikation. Erweiterte und akademische Qualifikationen, wie die psychiatrische Fachweiterbildung, Bachelor/Master in psychiatrischer Pflege, Advance Practice Nursing, werden in den Vorgaben für die Berufsgruppe Pflege nicht explizit berücksichtigt.

Besonders nachts ist die Regelung wenig flexibel

Im Nachtdienst wird jede Nacht einzeln daraufhin bewertet, ob die pflegerische Mindestvorgabe erreicht wurde. Insgesamt müssen die Vorgaben in mehr als 90 Prozent der Nächte eines Quartals eingehalten werden. Die Höhe der Mindestvorgabe orientiert sich unter anderem am Anteil der Intensivpatient:innen; hierfür werden die Behandlungstage der ersten drei Quartale des Vorjahres zugrunde gelegt. Die Festlegung erfolgt über die Anzahl von Nachtdienstplätzen, die sich wiederum aus einer Umrechnung der Anzahl der vollstationären Betten auf eine empfohlene Stationsgröße und der Gewichtung des Anteils an Intensivpatient:innen ergibt. Kurzfristige Veränderungen der aktuellen Versorgungssituation können dadurch nur begrenzt abgebildet werden (G-BA, 2025).

Generell muss in den Budgetverhandlungen mit den Kostenträgern die erforderliche Pflegepersonalbesetzung für den Nachtdienst zusätzlich zu den Personalbedarfen im Tagdienst deutlich dargestellt und gefordert werden. Andernfalls würde ggf. Pflegepersonal aus dem Tagdienst in die Nacht geplant werden, wodurch sich allerdings der Personalbestand im Tagdienst reduziert und es somit zu Einbußen in der Pflege- und Versorgungsqualität kommen kann. Aus der Erfahrung von Kliniken wirken Springerpools und auch flexible Einsatzorte der Pflegenden oft unterstützend, insbesondere bei kurzfristigen Krisen- und Notfallinterventionen.

Eine besondere Problematik zeigt sich bei den Nachtdienstvorgaben in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die praktischen Erfahrungen zeigen, dass Kinder im Nachtdienst überwiegend gut zu betreuen sind und auch Krisen- und Ausnahmesituationen, einschließlich notwendiger körperlicher Interventionen, durch qualifiziertes Personal in der Regel gut bewältigt werden können. Anders stellt sich die Situation in der Jugendpsychiatrie dar. Hier können die fortgeschrittene körperliche Entwicklung, pubertätsbedingte Dynamiken und psychiatrische Erkrankungen, insbesondere in Verbindung mit Suizidalität, Aggressivität oder Eigen- und Fremdgefährdung, zu deutlich höheren

personellen und sicherheitsrelevanten Anforderungen führen. Die Nachtdienstvorgaben sollten daher stärker zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie differenzieren und sich am tatsächlichen Pflege-, Betreuungs- und Gefährdungsbedarf orientieren, statt pauschal von einem erhöhten Intensivbedarf auszugehen.

Der VPU e.V. kritisiert, dass bspw. kurzfristige oder vorübergehende Stationsschließungen sowie kurzfristige – auch nur minimale Personalausfälle - formal zu einer Nichterfüllung führen. Ausnahmetatbestände können zwar hierfür in den Meldungen angebracht werden, allerdings ist die Dokumentation sehr aufwendig und bis zu den Verhandlungen mit den Krankenkassen bleibt unklar, ob die Ausnahmetatbestände angenommen werden. In der noch nicht in Kraft getretenen Neufassung für 2027 sollen Ausnahmetatbestände vereinfachter und flexibler gelten gemacht werden können, da diese für das gesamte Quartal wirksam sind und nicht wie bisher nur für einzelne Zeiträume. Der VPU e.V. schlägt vor, die einzelnachtbezogene Bewertung zu überprüfen und stattdessen Monats- oder Quartalsdurchschnitte als Erfüllungskriterium zu prüfen. Für die Nachtvorgaben sind nach geltender PPP-RL bis zum 31. Dezember 2027 keine finanziellen Folgen bei Nichterfüllung vorgesehen, führen aber bereits jetzt zur verpflichtenden Meldung sowie zu Prüfungen des Medizinischen Dienstes.

Ob ein Durchschnittsmodell gegenüber der derzeitigen einzel-nachtbezogenen Bewertung Vorteile für Patient:innensicherheit und Versorgungsqualität bietet, wurde bislang nicht direkt untersucht. Die vorhandene Forschung zeigt vielmehr, dass sich aus der bisherigen Evidenz kein universell überlegenes Personaleinsatzmodell ableiten lässt. Eine Änderung der Systematik sollte deshalb mit geeigneten Qualitäts- und Sicherheitsindikatoren wissenschaftlich begleitet werden (Johnson et al., 2024; Woodnutt et al., 2025).

Mindestpersonal und tatsächlich benötigtes Personal sind nicht dasselbe

Die Mindestvorgaben der PPP-RL bilden den tatsächlichen Personalbedarf nicht vollständig ab. Nicht enthalten sind unter anderem Ausfallzeiten durch Urlaub, Arbeitsunfähigkeit, Schutzfristen sowie Fort- und Weiterbildung, strukturelle und organisatorische Besonderheiten, Leitungspersonen, Bereitschafts- und Rufbereitschaftsdienste, Konsiliardienste sowie zusätzliches Personal, das für eine leitliniengerechte Versorgung erforderlich ist. Diese Bedarfe sind bei der Personalplanung zusätzlich vorzuhalten und bei den Budgetverhandlungen auf Ortsebene zu berücksichtigen (G-BA, 2025).

Der VPU e.V. weist jedoch auf ein praktisches Problem hin: In Budgetverhandlungen würden teilweise die jeweiligen Übergangsquoten, bspw. 90 Prozent, faktisch als Obergrenze der Finanzierung betrachtet. Werden nur 90 Prozent der Mindestvorgaben finanziert, obwohl perspektivisch höhere Erfüllungsquoten verlangt werden, fehlt der notwendige Spielraum für Ausfälle, Kündigungen oder kurzfristige zusätzliche Bedarfe.

Der VPU e.V. fordert deshalb, 100 Prozent der Mindestvorgaben für die Personalausstattung als Ausgangspunkt der Finanzierung anzuerkennen und darüberhinausgehenden, nachvollziehbar begründeten tatsächlichen Personalbedarf zusätzlich zu berücksichtigen, soweit dieser nicht bereits in den Mindestvorgaben für den Regeldienst abgebildet ist. Hierzu zählen insbesondere Ausfall- und Abwesenheitszeiten einschließlich Fort- und Weiterbildungen, die Einhaltung arbeitsschutzrechtlicher Vorgaben und die Gewährleistung einer verlässlichen Pausenablösung, besondere Anforderungen des Nachtdienstes, zusätzlicher Personalbedarf zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Versorgung über die Anforderungen der PPP-RL hinaus sowie einrichtungsspezifische strukturelle und organisatorische Besonderheiten.

Fachpersonenbedarf erschwert die Umsetzung

Die erste vom G-BA beauftragte Evaluation der PPP-RL zeigt deutliche Herausforderungen bei der Umsetzung. Im vierten Quartal 2023 erfüllten 53 Prozent der Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie und 46 Prozent der Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie die Mindestvorgaben in allen Berufsgruppen. Rund 90 Prozent der befragten Standorte nannten Schwierigkeiten bei der Gewinnung geeigneten Personals als einen wesentlichen Grund für die Nichterfüllung. Weitere genannte Gründe waren saisonale Schwankungen der Personalverfügbarkeit und des Patienten sowie Schwierigkeiten, in den Budgetverhandlungen eine ausreichende Finanzierung des erforderlichen Personals zu vereinbaren (IGES Institut, 2025). Die Evaluation beschreibt zugleich eine insgesamt positive Entwicklung von Personalintensität und Therapiedichte. Der konkrete Beitrag der PPP-RL zur Versorgungsqualität lässt sich im ersten Evaluationsbericht jedoch noch nicht abschließend beurteilen. Als mögliche unerwünschte Entwicklungen werden unter anderem die Verlagerung von Personal aus ambulanten in stationäre Versorgungsangebote, eine geringere Behandlerkontinuität und ein erhöhter administrativer Aufwand beschrieben. Die Evaluation empfiehlt daher unter anderem, Anrechnungsmöglichkeiten, Ausnahmeregelungen und Nachweispflichten weiter zu überprüfen (IGES Institut, 2025).

Die Anrechnungsmöglichkeiten wurden seit Einführung der PPP-RL im Jahr 2019 schrittweise erweitert. Bereits in der Erstfassung konnten Fach- und Hilfspersonen aus anderen, nicht in § 5 PPP-RL genannten Berufsgruppen unter bestimmten Voraussetzungen mit bis zu 10 Prozent der pflegerischen Mindestvorgaben (VKS-Mind) angerechnet werden, sofern sie entsprechende Regelaufgaben übernehmen. Seit 2026 ist eine Anrechnung von bis zu 15 Prozent möglich. Darüber hinaus können seit 2026 im Nachtdienst auch Pflegefachhelferinnen und Pflegefachhelfer mit einer mindestens zwölfmonatigen abgeschlossenen Ausbildung sowie Pflegehilfspersonen mit mindestens dreijähriger Berufserfahrung im psychiatrischen oder psychosomatischen Bereich auf die Pflegefachpersonen angerechnet werden. Auch für Personen in Ausbildung oder berufsbegleitender Weiterbildung wurden die Anrechnungsmöglichkeiten erweitert (G-BA, 2025).

Der VPU e.V. fordert darüber hinaus mehr Flexibilität zwischen den Berufsgruppen innerhalb multiprofessioneller Teams, sofern Aufgabenprofil, Verantwortung und erforderliche Qualifikation eindeutig geregelt bleiben.

Mögliche Auswirkungen auf das Versorgungsangebot

Die Vorgaben der PPP-RL können auch die Organisation der Versorgung beeinflussen. Im Psychiatrie-Barometer 2024/2025 berichteten Erwachsenenpsychiatrien über Veränderungen, die sie nach eigener Einschätzung primär wegen der Anwendung oder Vorgaben der PPP-RL vorgenommen hatten. Dazu gehörten die Einführung oder der Ausbau von Wartelisten (33 %), der zeitweise Einsatz vorhandenen Personals in anderen Einsatzbereichen ohne fachliche Begründung (26 %), Änderungen interner Behandlungskonzepte (21 %), Bettensperrungen (16 %) und temporäre Stationsschließungen (10 %) (DKI, 2025). Da es sich um Befragungsdaten handelt, zeigen diese Ergebnisse wahrgenommene bzw. berichtete Auswirkungen, belegen jedoch nicht, dass die PPP-RL jeweils allein ursächlich war.

Verlagerung statt Abbau administrativer Aufwände

Seit dem Erfassungsjahr 2026 wurde das Nachweisverfahren deutlich verändert. Der reguläre Nachweis erfolgt nicht mehr quartalsweise über ein Servicedokument, sondern einmal jährlich elektronisch auf Grundlage einer vom G-BA beschlossenen Spezifikation. Die erforderliche Spezifikation mit drei einzelnen Modulen soll zwar die Vereinheitlichung der Daten verbessern, übernimmt aber nicht im vollen Umfang die aufwendigen und komplexen Berechnungen der Daten, erfordert sogar weitere monetäre Investitionen. Die Daten für das Erfassungsjahr 2026 müssen erstmals bis zum 15. Februar

2027 via Spezifikation übermittelt werden. Die frühere stations- und monatsbezogene Dokumentation ist entfallen. Wird eine quartalsbezogene Mindestvorgabe nicht erfüllt, bleibt jedoch eine gesonderte Meldung erforderlich. Sie muss spätestens sechs Wochen nach Ende des Quartals erfolgen und wird 2026 weiterhin über ein Servicedokument übermittelt (G-BA, 2025). Dadurch bleibt die Reduktion des Dokumentationsaufwands beschränkt, da bei Einhaltung der Mindestvorgaben zwar keine Quartalsmeldung erfolgen muss, intern jedoch der administrative Aufwand zwecks Monitoring der Einhaltung unverändert bleibt.

Fazit

Die zentrale Frage ist nicht, ob psychiatrische Einrichtungen ausreichend Personal benötigen, das ist unstrittig. Die entscheidende Frage ist, wie der erforderliche Personalbedarf sinnvoll bestimmt wird. Die vorhandene Evidenz spricht für eine quantitativ und qualitativ ausreichende Personalausstattung, zeigt aber keine wissenschaftlich eindeutig optimale starre Personalformel. Deshalb sollte die PPP-RL Mindeststandards weiterhin absichern, zugleich aber stärker berücksichtigen, wie krank und betreuungsbedürftig die Patient:innen sind, welche Kompetenzen im Team vorhanden sind und welche Versorgungsqualität erreicht wird.

Literatur

Blume, A., Snellgrove, B., & Steinert, T. (2019). Personalbesetzung und patientenbezogene Outcomes: Systematische Literaturübersicht zur internationalen Evidenz. Der Nervenarzt, 90(1), 40–44. https://doi.org/10.1007/s00115-018-0621-2.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. (2026). S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen (Version 3.0, AWMF-Registernr. 038-022). Verfügbar: Leitlinien - Publikationen - DGPPN

Deutsches Krankenhausinstitut. (2025). Psychiatrie Barometer 2024/2025. Verfügbar: PSYCHIATRIE BAROMETER 2024/2025.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2019). Personalausstattung in psychiatrischen und psychosomatischen stationären Einrichtungen: Details zu den verbindlichen Mindestvorgaben sind nun veröffentlicht. Verfügbar: Personalausstattung in psychiatrischen und psychosomatischen stationären Einrichtungen: Details zu den verbindlichen Mindestvorgaben sind nun veröffentlicht - Gemeinsamer Bundesausschuss

Gemeinsamer Bundesausschuss. (2025). Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal (PPP-RL) (Fassung vom 19. September 2019, zuletzt geändert am 18. Juni 2025, in Kraft seit 1. Januar 2026). Verfügbar: Richtlinie.

Gemeinsamer Bundesausschuss. (2026a, 3. Juli). Mindestpersonalausstattung in der stationären Psychiatrie und Psychosomatik: G-BA entwickelt Anforderungen weiter. Verfügbar: Mindestpersonalausstattung in der stationären Psychiatrie und Psychosomatik: GBA entwickelt Anforderungen weiter - Gemeinsamer Bundesausschuss.

Gemeinsamer Bundesausschuss. (2026b, 18. Juni). Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Änderungen zum Erfassungsjahr 2027 [Beschluss; geändert am 16. Juli 2026]. Verfügbar: Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Änderungen zum Erfassungsjahr 2027 - Gemeinsamer Bundesausschuss.

GKV-Spitzenverband (2025). Nachweis zur Personalausstattung (Psych-Personalnachweis-Vereinbarung). Verfügbar: Nachweis zur Personalausstattung (Psych-Personalnachweis-Vereinbarung) - GKV-Spitzenverband

Ketzer, M., Gehri, B., Huber, C. G., Nienaber, A., & Simon, M. (2026). Nurse staffing in psychiatric inpatient care: A multicentre study using routine patient and structural data. *Journal of Nursing Management, 2026*(1), Article 5552920. https://doi.org/10.1155/jonm/5552920

IGES Institut. (2025). Evaluation der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: 1. Abschlussbericht. Verfügbar: Mindestvorgaben für die Personalausstattung in der Psychiatrie und Psychosomatik: Fachkräftemangel macht es schwer

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (2023). Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik. Auswertungs- und Berichtskonzept zur Strukturabfrage gemäß PPP-RL für das Erfassungsjahr 2023. IQTIG

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (2026). QS-Dokumentationssoftware zur externen Qualitätssicherung nach § 136 ff. SGB V Spezifikationsjahr 2026. https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/partner/2026/VSUPP_Dokumente_Softwareanbieter_QS-Module_2026_2026-04-16.pdfJohnson, C., Delaney, K. R., Cirpili, A., Marriott, S., & O'Connor, J. (2024). American Psychiatric Nurses Association position: Staffing inpatient psychiatric units. Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 30(5), 886–895. https://doi.org/10.1177/10783903231198247.

Ngune, I., Myers, H., Cole, A., Palamara, P., Redknap, R., Roche, M., & Twigg, D. (2023). Developing nurse-sensitive outcomes in acute inpatient mental health settings—A systematic review. Journal of Clinical Nursing, 32(17–18), 6254–6267. https://doi.org/10.1111/jocn.16679.

Sousa, C., & Seabra, P. (2018). Assessment of nursing workload in adult psychiatric inpatient units: A scoping review. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 25(7), 432–440. https://doi.org/10.1111/jpm.12468.

Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken Deutschlands e. V. (2026, 8. Juli). Positionspapier: Weiterentwicklung pflegebezogener Struktur- und Qualifikationsvorgaben in G-BA-Richtlinien.

Woodnutt, S., Hall, S., Libberton, P., Ball, J., Dall'Ora, C., & Griffiths, P. (2025). The association between nurse staffing and conflict and containment in acute mental health care: A systematic review. International Journal of Mental Health Nursing, 34(2), e70039. https://doi.org/10.1111/inm.70039.

Berlin, 11. November 2026