



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

# Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik

Auswertungs- und Berichtskonzept zur  
Strukturabfrage gemäß PPP-RL  
für die Erfassungsjahre 2020 und 2021

Erstellt im Auftrag des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 19. Oktober 2021

---

# Impressum

**Thema:**

Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik. Auswertungs- und Berichtskonzept zur Strukturabfrage gemäß PPP-RL für die Erfassungsjahre 2020 und 2021

**Ansprechpartnerin:**

Dr. Julia Ostermann

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum des Auftrags:**

14. Mai 2020

**Datum der Abgabe:**

29. Januar 2021, geänderte Version vom 24. September 2021, erneut angepasste Version vom 19. Oktober 2021

**Herausgeber:**

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung  
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1  
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0  
Telefax: (030) 58 58 26-999

[info@iqtig.org](mailto:info@iqtig.org)

<https://www.iqtig.org>

# Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	4
Abbildungsverzeichnis.....	6
Abkürzungsverzeichnis.....	7
Zusammenfassung .....	8
1 Hintergrund .....	11
1.1 Auftragsverständnis .....	12
1.2 Methodisches Vorgehen .....	14
2 Datenflusskonzept.....	16
3 Plausibilität und Vollständigkeit.....	18
4 Ergebnisse .....	24
4.1 Allgemeine Empfehlungen .....	24
4.2 Fristen.....	29
4.3 Datengrundlage und Variablen .....	30
4.4 Ergebnisdarstellung auf Bundesebene .....	40
4.4.1 Allgemeine Auswertung .....	40
4.4.2 Umsetzungsgrad.....	55
4.4.3 Mindestvorgaben .....	74
4.4.4 Ausnahmetatbestände.....	80
4.4.5 Anrechnung von Fachkräften .....	81
4.4.6 Qualifikation des therapeutischen Personals .....	82
4.4.7 Nachtdienst .....	85
5 Berücksichtigung in den Strukturierten Qualitätsberichten .....	88
6 Diskussion.....	91
7 Fazit .....	94
Literatur.....	95
Anhang .....	97

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Plausibilitätsprüfung für das Feld E-Mail-Adresse.....	19
Tabelle 2: Plausibilitätsprüfung für das Feld Behandlungsbereich .....	20
Tabelle 3: SOLL-IST-Abgleich und Vollzähligkeit .....	22
Tabelle 4: Auszug aus den Variablen des Blattes A1.....	26
Tabelle 5: Auszug aus den Variablen des Blattes B5.....	26
Tabelle 6: Verknüpfungsabfrage der Tabellen A1 und B5 der Servicedokumente.....	27
Tabelle 7: Identifikation und Umgang mit Standortidentifizierenden Variablen .....	28
Tabelle 8: Darstellung der Fristen für die verschiedenen Datenlieferungen.....	29
Tabelle 9: Übersicht über die erhobenen Datenfelder in Teil A .....	31
Tabelle 10: Übersicht über die erhobenen Datenfelder in Teil B .....	32
Tabelle 11: Strukturbeschreibung der Einrichtungen .....	41
Tabelle 12: Anzahl der regionale Pflichtversorgung über alle Einrichtungen.....	42
Tabelle 13: Durchschnittliche Patientenbelegung pro Stationstyp (je Einrichtungstyp) .....	44
Tabelle 14: Anzahl der Behandlungstage pro Behandlungsbereich je Schwerpunkt der Behandlung .....	47
Tabelle 15: Behandlungstage je Behandlungsbereich, Stationstyp und Schwerpunkt der Behandlung (je Einrichtungstyp).....	50
Tabelle 16: Mittlere Anzahl der Behandlungstage (über alle Einrichtungen).....	52
Tabelle 17: Anzahl der Behandlungstage je Behandlungsbereich gemäß § 3 PPP-RL (je Einrichtungstyp) .....	53
Tabelle 18: Auswertungen zum Korridor (je Einrichtungstyp).....	54
Tabelle 19: Auswertungen zum Korridor nach Einrichtungsgröße (je Einrichtungstyp).....	55
Tabelle 20: Mittlerer Umsetzungsgrad aller Berufsgruppen über alle Einrichtungen (je Einrichtungstyp) .....	56
Tabelle 21: Übersicht über den Umsetzungsgrad nach Einrichtungsgröße (je Einrichtungstyp) .....	59
Tabelle 22: Umsetzungsgrad $\geq$ 85 Prozent nach Einrichtungsgröße (je Einrichtungstyp). .....	61
Tabelle 23: Übersicht über den Umsetzungsgrad nach regionaler Pflichtversorgung (je Einrichtungstyp Erwachsenenpsychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie).....	62
Tabelle 24: Umsetzungsgrad $\geq$ 85 Prozent nach regionaler Pflichtversorgung (je Einrichtungstyp Erwachsenenpsychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie).....	63
Tabelle 25: Übersicht über den Umsetzungsgrad je Berufsgruppe (je Einrichtungstyp).....	65
Tabelle 26: Umsetzungsgrad $\geq$ 85 Prozent je Berufsgruppe (je Einrichtungstyp) .....	66
Tabelle 27: Übersicht über den Umsetzungsgrad je Stationstyp in der Konzeptstation Allgemein Psychiatrie oder Gerontopsychiatrie .....	70
Tabelle 28: Umsetzungsgrad $\geq$ 85 Prozent je Stationstyp in der Konzeptstation Allgemein Psychiatrie oder Gerontopsychiatrie erreicht.....	71
Tabelle 29: Verteilung des Umsetzungsgrades je Anteils an Intensivbehandlungstagen an den Gesamtbehandlungstagen .....	72

Tabelle 30: Verteilung des Umsetzungsgrades je Anteils an Intensivbehandlungstagen an den Gesamtbehandlungstagen.....	73
Tabelle 31: Umsetzungsgrad je Berufsgruppe (je Einrichtungstyp).....	77
Tabelle 32: Übersicht über den Umsetzungsgrad je Berufsgruppe und die Erfüllung der Mindestvorgaben (je Einrichtungstyp) .....	77
Tabelle 33: Mindestvorgaben nicht erfüllt aufgrund eines Ausnahmetatbestands (je Einrichtungstyp) .....	78
Tabelle 34: Erfüllung der Mindestvorgaben nach Einrichtungsgröße (je Einrichtungstyp) .....	79
Tabelle 35: Erfüllung der Mindestvorgaben nach regionaler Pflichtversorgung (je Einrichtungstyp) .....	79
Tabelle 36: Ausnahmetatbestände je Einrichtungstyp (EJ 2020).....	80
Tabelle 37: Ausnahmetatbestand 1 je Einrichtungstyp (ab EJ 2021).....	80
Tabelle 38: Ausnahmetatbestand 2 je Einrichtungstyp (ab EJ 2021).....	81
Tabelle 39: Ausnahmetatbestand 3 je Einrichtungstyp (ab EJ 2021).....	81
Tabelle 40: Art der Anrechnung von Fachkräften (je Einrichtungstyp). .....	83
Tabelle 41: Verteilung der Anrechnung von Fachkräften .....	83
Tabelle 42: Qualifikation des therapeutischen Personals (je Einrichtungstyp) .....	84
Tabelle 43: Tatsächliche Besetzung des Nachtdienstes (je Einrichtungstyp) .....	87
Tabelle 44: Mittlere Personalausstattung im Nachtdienst pro Stationstyp (je Schwerpunkt der Behandlung und Einrichtungstyp) .....	87
Tabelle 45: SQB: Übersicht über den Umsetzungsgrad je Berufsgruppe und die Erfüllung der Mindestvorgaben der Einrichtung (je Einrichtungstyp).....	90
Tabelle 46: SQB: Mindestvorgaben nicht erfüllt aufgrund eines Ausnahmetatbestands der Einrichtung (je Einrichtungstyp).....	90
Tabelle 47: Mitwirkungspflicht und Vollständigkeit der Einrichtungen.....	97
Tabelle 48: Schwerpunkt der Behandlung je Stationstyp (je Einrichtungstyp).....	98
Tabelle 49: Umsetzungsgrad pro Berufsgruppe im Verlauf (je Einrichtungstyp) .....	98
Tabelle 50: Umsetzungsgrad und Mindestvorgaben (je Einrichtungstyp).....	99
Tabelle 51: Mindestvorgabenerfüllung (je Einrichtungstyp) .....	99

# Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Quartalsweise und jährliche Datenflüsse .....	16
Abbildung 2: Verteilungsdarstellung Anzahl der Stationen (je Einrichtungstyp).....	44
Abbildung 3: Verteilungsdarstellung Patientinnen und Patienten pro Station (je Einrichtungstyp) .....	45
Abbildung 4: Schwerpunkt der Behandlung je Stationstyp (je Einrichtungstyp) .....	46
Abbildung 5: Umsetzungsgrad (je Einrichtungstyp).....	56
Abbildung 6: Umsetzungsgrad im Verlauf (je Einrichtungstyp) .....	57
Abbildung 7: Umsetzungsgrad pro Berufsgruppe (je Einrichtungstyp) .....	64
Abbildung 8: Umsetzungsgrad pro Berufsgruppe im Verlauf (je Einrichtungstyp).....	67
Abbildung 9: Verteilungsdarstellung des Umsetzungsgrades pro Berufsgruppe (je Einrichtungstyp) .....	68
Abbildung 10: Umsetzungsgrad und Mindestvorgaben (je Einrichtungstyp) .....	74
Abbildung 11: Mindestvorgabenerfüllung (je Einrichtungstyp).....	75
Abbildung 12: Pflegekräfte im Nachtdienst (je Einrichtungstyp).....	85
Abbildung 13: Mittlere Anzahl der Patientinnen und Patienten je Pflegeperson/Nacht im Verlauf (je Einrichtungstyp) .....	86

## Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AG PPP	Arbeitsgruppe Personalausstattung Psychiatrie Psychosomatik
Einrichtung/ Einrichtungstyp	Einrichtung (oder Fachabteilung) gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL: Erwachsenenpsychiatrie (Fachabteilung „29 – Psychiatrie (Erwachsene)“), Kinder- und Jugendpsychiatrie (Fachabteilung „30 – Kinder- und Jugendpsychiatrie“), oder Psychosomatik (Fachabteilung „31 – Psychosomatik)
EJ	Erfassungsjahr
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
KIS	Krankenhausinformationssystem
MW	Mittelwert
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PEPP-System	Pauschalierendes Entgeltsystem in Psychiatrie und Psychosomatik
PPP-RL	Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie
Psych-PV	Psychiatrie-Personalverordnung
PsychVVG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen
Qb-R	Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser
QFR-RL	Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
QSFFx-RL	Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur
SD	Standardabweichung
Standort	Über die Standort-ID zu identifizierender Standort eines Krankenhauses gemäß Haupt-IK. Ein Standort kann bis zu drei Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, oder Psychosomatik aufweisen.
VKS-Ist	tatsächliche Vollkraftstunden
VKS-Mind	Mindestpersonalausstattung

# Zusammenfassung

## Hintergrund

In der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung regelt seit dem 1. Januar 2020 die Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) Mindestanforderungen an die Personalausstattung in den Krankenhäusern. Die Krankenhäuser der psychiatrischen sowie psychosomatischen Versorgung sind verpflichtet, ihre Personalausstattung gemäß den Vorgaben der Richtlinie nachzuweisen und an das IQTIG zu übermitteln. Das IQTIG wertet die Nachweise der Personalausstattung aus, und berichtet dem G-BA über die Ergebnisse in Form von Quartalsberichten (bis Ende 2023) bzw. Jahresberichten (ab 2024).

Das IQTIG wurde am 14. Mai 2020 beauftragt, ein Auswertungs- und Berichtskonzept für die Jahresberichte nach § 11 Abs. 9 PPP-RL sowie die Quartalsberichte nach § 11 Abs. 12 Nr. 4 PPP-RL zu entwickeln. Die Aufbereitung der Daten gemäß § 11 Abs. 10 PPP-RL für die Veröffentlichung der Daten im strukturierten Qualitätsbericht sowie eine Darstellung der Überprüfung der Daten auf Plausibilität sowie Vollständigkeit gemäß § 11 Abs. 7 PPP-RL sind ebenso Teil der Beauftragung.

Laut PPP-RL müssen Krankenhäuser ihre tatsächliche Personalausstattung in Vollkraftstunden, differenziert nach den Berufsgruppen (z. B. ärztliches oder pflegerisches Personal), dokumentieren. Der tatsächlichen Personalausstattung gegenübergestellt wird eine Berechnung der geforderten Mindestpersonalausstattung. Diese ist abhängig von den in der PPP-RL festgelegten bundesweit einheitlichen berufsgruppenspezifischen Minutenwerten für die Behandlung einer Patientin oder eines Patienten pro Woche, sowie dem krankenhausstandortspezifischen Aufkommen an Patientinnen und Patienten (gemessen an Behandlungstagen).

Für eine Gegenüberstellung der tatsächlich geleisteten Vollkraftstunden mit der geforderten Mindestpersonalausstattung in Vollkraftstunden wird ein Umsetzungsgrad in Prozent berechnet. Für die Jahre 2020 und 2021 wird laut PPP-RL ein Umsetzungsgrad von 85 Prozent gefordert;<sup>1</sup> für die Jahre 2022 und 2023 ein Umsetzungsgrad von 90 Prozent und ab dem Jahr 2024 wird ein Umsetzungsgrad von 100 Prozent gefordert. Ist der ermittelte, berufsgruppenübergreifende Umsetzungsgrad der Einrichtung mindestens gleich dem geforderten Umsetzungsgrad, und wird zudem der geforderte Umsetzungsgrad in keiner Berufsgruppe unterschritten, so erfüllt die Einrichtung die Mindestvorgaben der Personalausstattung.

## Methodisches Vorgehen

Die Entwicklung des Auswertungs- und Berichtskonzeptes erfolgte in Beratung mit der Arbeitsgruppe Personalausstattung Psychiatrie Psychosomatik des Gemeinsamen Bundesausschusses. Es konnte nicht begutachtet werden, ob die Krankenhäuser die zu erhebenden Datenfelder verständlich und reliabel ausfüllen können, da für die Strukturhebung gemäß PPP-RL keine Erprobungsphase vorgesehen war. Eine prospektive Überprüfung der Darstellungsmöglichkeiten der

---

<sup>1</sup> Für die Jahre 2020 und 2021 sind die psychosomatischen Einrichtungen von der Ermittlung des Umsetzungsgrades und der Mindestvorgaben ausgenommen (§ 16 Abs. 4 PPP-RL).



erhobenen Daten war nicht möglich, da keine Probedaten der Krankenhäuser vorlagen. Das IQTIG hat die externen Sachverständigen nach § 137a Abs. 7 SGB V durch einen Online-Workshop an der Entwicklung des vorliegenden Berichtskonzeptes beteiligt. Die dort gesammelten Anmerkungen sind nach Sichtung und Bewertung in den vorliegenden Bericht aufgenommen worden.

## **Ergebnisse**

Die Ergebnisse werden jeweils stratifiziert nach den Einrichtungstypen „Erwachsenenpsychiatrie“, „Psychosomatik“ sowie „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ dargestellt. Dadurch können die Ergebnisse einrichtungsübergreifend dargestellt und mögliche Ansatzpunkte zur Weiterentwicklung der Richtlinie identifiziert werden.

Ein Hauptaugenmerk der Auswertungen liegt auf Darstellungen zur tatsächlichen Personalausstattung, zum Umsetzungsgrad, sowie zur Erfüllung der Mindestvorgaben. Alle Auswertungen werden deskriptiv dargestellt. Die geforderte Mindestpersonalausstattung der Einrichtungen ist durch die Richtlinie normativ festgelegt. Gemäß § 14 Abs. 2 PPP-RL hat der G-BA einen Anpassungs- und Weiterentwicklungsbedarf der PPP-RL zu identifizieren und die Richtlinie dementsprechend anzupassen. Dazu dienen dem G-BA die aus den Auswertungen des Nachweisverfahrens, gemäß § 11 PPP-RL, gewonnenen Informationen. Daher werden im Bericht auch Teilgruppenergebnisse dargestellt, die dem G-BA für die Aufgaben nach § 14 Abs. 2 hilfreich sein können.

Die Daten werden laut Richtlinie auch einrichtungs- und stationsbezogen dokumentiert (§ 2 Abs. 7 und § 11 Abs. 1 PPP-RL) und auf Einrichtungsebene ausgewertet (§ 11 Abs. 9 PPP-RL). Aufgrund der Anzahl der Einrichtungen und der damit verbundenen Menge an einrichtungsbezogenen Daten empfiehlt das IQTIG eine Übermittlung der einrichtungsbezogenen Auswertungsergebnisse an den G-BA in einem maschinenlesbaren Format (z.B. Excel-Tabelle). Somit können die entsprechenden deskriptiven Darstellungen je Einrichtung auch im Vergleich zur Bundesebene betrachtet werden.

Da die Daten der Krankenhausstandorte unplausible oder unvollständige Daten enthalten können, beschreibt der Bericht, dass die Daten z. B. über ein Datenprüfprogramm auf ihre Plausibilität und Vollständigkeit geprüft werden.

Laut § 12 PPP-RL ist vorgegeben, dass bestimmte Daten der Strukturabfrage in den strukturierten Qualitätsberichten veröffentlicht werden müssen. Diese Daten haben auf Einrichtungsebene und Berufsgruppenebene die tatsächliche Personalausstattung sowie den Umsetzungsgrad und daraus resultierend die Einhaltung der Mindestvorgaben für die Einrichtung zu umfassen. Der vorliegende Bericht empfiehlt eine Darstellungsform für die geforderten Variablen; die Details zum Datenformat definieren die Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) (§ 11 Abs. 11)<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Neufassung vom 16. Mai 2013, zuletzt geändert am 17. Dezember 2018, in Kraft

**Diskussion**

Der Bericht empfiehlt für die Dokumentation der Personalausstattung gemäß Anlage 3 der PPP-RL grafische und tabellarische Darstellungen. Die Erarbeitung der Inhalte der PPP-RL, insbesondere der normativen Festlegung der geforderten Mindestpersonalausstattung der Einrichtungen, fand ohne wissenschaftliche Beteiligung des IQTIG statt. Eine Analyse der wissenschaftlichen Evidenz der Mindestanforderungen war nicht Bestandteil der diesem Bericht zugrundeliegenden Beauftragung vonseiten des G-BA.

Da die Richtlinie keine softwarebasierte Auslösung auf Basis von ICD- oder OPS-Codes vorsieht, ist dem IQTIG als datenauswertende Stelle nicht bekannt, welche Standorte dokumentationspflichtig sind. Eine Überprüfung der Vollzähligkeit der datenliefernden Einrichtungen im Sinne eines Soll-/Ist-Abgleiches ist daher momentan nicht möglich. Eine zukünftige Sanktionierung über einen Wegfall der Vergütung bei Nichterfüllung der Mindestanforderungen könnte somit auch nur für die dokumentationspflichtigen Standorte erfolgen, die ihre Daten zur Strukturabfrage übermittelt haben.

Rückschlüsse auf die tatsächliche Versorgungsqualität der Patientinnen und Patienten können über eine Strukturabfrage der Personalausstattung nur bedingt gezogen werden, da weitere Versorgungsqualitätsaspekte, wie die Qualität der Behandlungsprozesse oder die Ergebnisqualität, nicht betrachtet werden.

Für die Strukturhebung der Personalausstattung gab es keinen Probetrieb und bisher fand noch keine Datenerhebung gemäß PPP-RL statt. Alle Auswertungsformen der Daten in den dargestellten Tabellen und Abbildungen sind Darstellungsempfehlungen und sollten nach Sichtung oder Auswertung der ersten Realdaten hinsichtlich ihrer Qualität und Verwendbarkeit geprüft werden. Es ist möglich, dass sich daraus Anpassungsbedarf für die Auswertung der Daten und Darstellung der Ergebnisse ergibt. Im vorliegenden Konzept wird daher eine deskriptive Auswertung der Strukturhebungsdaten empfohlen. Perspektivisch könnten auch weitergehende Auswertungen entwickelt werden.

**Fazit**

Das Konzept gibt einen Ausblick zur möglichen Darstellung der Ergebnisse der Strukturhebung in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen für die Quartals- bzw. Jahresberichte. Ziel der Berichte ist es, dem G-BA einen Überblick über den Umsetzungsstand der geforderten Inhalte der PPP-RL zu geben, sowie einen Anpassungs- und Weiterentwicklungsbedarf nach § 14 Abs. 2 PPP-RL aufzuzeigen. Die hier vorgeschlagenen Abbildungen und Tabellen sollen der anschaulichen und verständlichen Darstellung der Daten dienen und damit auch mögliche Anhaltspunkte liefern, wie die PPP-RL weiterentwickelt werden kann.

---

getreten am 17. März 2021. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/39/> (abgerufen am 15.06.2021).

# 1 Hintergrund

Es gibt Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen der Versorgungsqualität der Behandlung und der Personalausstattung in den psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern (Blume et al. 2019). Die Anzahl des Pflegepersonals hat zudem einen Einfluss auf das Vorkommen von Konfliktereignissen auf den Stationen (Nienaber et al. 2018). Die Personalausstattung in psychiatrischen Kliniken regelte vom 1. Januar 1991 bis zum 31. Dezember 2019 die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV). In der Psych-PV wurden die Patientinnen und Patienten in Behandlungsbereiche gruppiert (§ 4 Psych-PV). Jedem Behandlungsbereich waren je Berufsgruppe wöchentliche Minutenwerte je Patientin bzw. Patient zugeordnet (§ 5 Psych-PV). Personalanzahlzahlen für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser wurden vor fast 30 Jahren wissenschaftlich publiziert (Heuft et al. 1993). Die Anhaltzahlen wurden bis einschließlich 2019 für die Budgetverhandlungen und Personalplanung genutzt (Hauth et al. 2019).

Da sich die psychiatrische Versorgung von Patientinnen und Patienten in den letzten 30 Jahren stark geändert hat (Hauth et al. 2019, Schepker et al. 2015, Hodek et al. 2011), wurde der G-BA 2016 nach § 136a Abs. 2 SGB V beauftragt, bis zum 30. September 2019 verbindliche Mindestpersonalvorgaben für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser festzulegen (Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)). Im Gegensatz zu Personaluntergrenzen, die nur zur Gewährung der Patientensicherheit notwendig sind, berücksichtigen Mindestpersonalvorgaben auch die Versorgungsqualität (Leber und Vogt 2020). Die dazu beschlossene Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)<sup>3</sup> ist seit dem 1. Januar 2020 in Kraft. Um einen Teil der Strukturqualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung abzubilden, definiert die Richtlinie Mindestanforderungen an die Personalausstattung. Hierbei sind die Nachweise zur personellen Struktur differenziert für die Erwachsenenpsychiatrien, Kinder- und Jugendpsychiatrien sowie für psychosomatische Einrichtungen zu erbringen. Die Nachweispflichten gelten für Krankenhäuser nach § 108 SGB V mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen, die erwachsene oder minderjährige Patientinnen und Patienten vollstationär, teilstationär oder stationsäquivalent behandeln (§ 1 Abs. 2 PPP-RL).

Inhalt der PPP-RL ist zum einen, die laut Richtlinie definierten Personalmindestvorgaben mit den tatsächlichen Personalvorgaben zu vergleichen und auf Einrichtungsebene (Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychosomatik) sowie auf Ebene der verschiedenen Berufsgruppen einen Umsetzungsgrad der Personalmindestvorgaben zu berechnen und daraus abzuleiten, ob die Mindestvorgaben auf Einrichtungsebene erfüllt wurden. Die Personalmindestvorgaben einer Einrichtung sind laut Richtlinie erfüllt, wenn der Umsetzungsgrad der Ein-

---

<sup>3</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), in der Fassung vom 19. September 2019, zuletzt geändert am 15. Oktober 2020, in Kraft getreten am 1. Januar 2021. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/113/> (abgerufen am 25.01.2021).

richtung mindestens dem vorgegebenen Umsetzungsgrad entspricht und keine der Berufsgruppen diesen Umsetzungsgrad unterschreitet (§ 7 Abs. 4 PPP-RL). Zum anderen sollen weitere Strukturdaten erhoben werden, die der datengestützten Weiterentwicklung (Anpassung bzw. Neuentwicklung) einiger Bereiche der Richtlinie dienen sollen, wie zum Beispiel die Mindestvorgaben für die Psychosomatik oder die Mindestpersonalausstattung für den Nachtdienst (§ 14 Abs. 2 PPP-RL).

## 1.1 Auftragsverständnis

Mit dem Beschluss vom 14. Mai 2020 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) für die Strukturabfrage zur Personalausstattung in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern mit der Entwicklung eines Auswertungs- und Berichtskonzeptes beauftragt (G-BA 2016). Die PPP-RL regelt die Details zu Art und Umfang der Nachweise für diese Strukturabfrage (§ 136a Abs. 2 Satz 1 SGB V). Krankenhäuser dokumentieren Daten für die Nachweise gemäß Anlage 3 der PPP-RL stations- und einrichtungsbezogen. Die stationsbezogenen Daten sind monatlich zu dokumentieren, die einrichtungsbezogenen Daten quartalsweise.

### Zielsetzung und Beauftragungsinhalte

Gegenstand der Auftragsbearbeitung ist die konzeptionelle Erarbeitung eines Berichtskonzeptes auf Grundlage eines Servicedokumentes<sup>4</sup> bzw. der Spezifikation für die Quartalsberichte (Adaption möglich für Jahresberichte ab dem 1.1.2024). Die Quartals- bzw. Jahresberichte sollen gemäß § 11 Abs. 10 der PPP-RL mindestens folgende Inhalte umfassen:

- die Mindestvorgaben für die Personalausstattung,
- die tatsächliche Personalausstattung,
- den Umsetzungsgrad differenziert nach Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik,
- den Umsetzungsgrad differenziert nach Berufsgruppen und
- die Gründe für die Nichteinhaltung der Mindestvorgaben

Unter anderem werden Auswertungen für die folgenden Inhalte dargestellt:

- Die Auswertung der Ausnahmetatbestände (auch im Zusammenhang mit den Mindestvorgaben)
- Teilgruppenauswertungen zur Untersuchung des Umsetzungsgrades nach dem Schwerpunkt der Behandlung und Stationstypen
- Umsetzungsgrad stratifiziert nach der Größe der Einrichtungen
- Auswertung der Datenfelder zur regionalen Pflichtversorgung
- die Organisationsstruktur der Einrichtung und deren organisatorische Merkmale
- die Qualifikation des therapeutischen Personals

---

<sup>4</sup> Für das Erfassungsjahr 2020 und 2021 dokumentieren die psychiatrischen Einrichtungen ihre Personalausstattung übergangsweise über ein Excel-Dokument (Servicedokument), bis es voraussichtlich ab dem Erfassungsjahr 2022 eine Spezifikation gibt. Über <https://www.g-ba.de/richtlinien/113/> sind Teil A und B des Servicedokuments abrufbar.

- die Anrechnung der Berufsgruppen
- die Auswertung der Nachtdienste
- die Umrechnung von tatsächlicher und durchschnittlich vorgesehener Personalausstattung in durchschnittliche Minutenwerte je Patient und Woche
- Auswertung der Intensivbehandlungen

Es sollen konzeptionelle Arbeiten zur Überprüfung der Vollzähligkeit, der Vollständigkeit und der Plausibilität der gelieferten Daten dargestellt werden. Zudem sollen die Formate der Auswertungen der Ergebnisse zur Veröffentlichung im strukturierten Qualitätsbericht gemäß den Vorgaben in den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R)<sup>5</sup> konzipiert werden, wobei gemäß § 12 PPP-RL vorgegeben ist, welche Daten der Strukturabfrage in den strukturierten Qualitätsberichten veröffentlicht werden sollen.

### Limitationen

Inhalt der Beauftragung ist die konzeptionelle Entwicklung eines Verfahrens zur Überprüfung der Vollständigkeit sowie Plausibilität der Daten. Die Berechnung oder Entwicklung von Qualitätsindikatoren ist nicht Teil des Auftrags. Dies ist laut Richtlinie ein potenziell zukünftiges Ziel (§ 14 Abs. 4 PPP-RL). Laut Auftragstext soll auch die Prüfung der Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität gemäß § 11 Abs. 7 PPP-RL erfasst sein. Das IQTIG versteht dies so, dass beschrieben werden soll, wie die erfassten Daten auf ihre Plausibilität und Vollständigkeit geprüft werden können, aber dass keine Konzeptentwicklung für ein Datenvalidierungsverfahren vorgesehen ist. Die Entwicklung von Auffälligkeitskriterien oder eines Konzepts für ein Stichprobenvorfahren mit Datenabgleich (eine Datenvalidierung vor Ort in den Krankenhäusern) ist somit nicht Teil des Auftrags.

Die Festlegung der in der Richtlinie genannten Mindestanforderungen erfolgt durch den G-BA. Eine Überprüfung der wissenschaftlichen Evidenz der geforderten Inhalte insbesondere im Hinblick auf die Ziele der Richtlinie ist nicht Gegenstand des Auswertungs- und Berichtskonzepts oder der Quartals- und Jahresberichte. Die in diesem Bericht konzeptionierten Quartals- und Jahresberichte dienen dem G-BA als Grundlage für die Weiterentwicklung der Richtlinie (§ 14 Abs. 3 PPP-RL). Der Hinweis im Auftrag auf § 14 Abs. 1 und 3 PPP-RL wird von dem IQTIG so verstanden, dass das zu entwickelnde Berichtskonzept auch als Grundlage für die Evaluation der Regelungen der Richtlinie geeignet sein soll. Eine Evaluation der Richtlinie ist nicht Gegenstand des vorliegenden Konzepts.

Ziel des vorgelegten Konzeptes ist es, Empfehlungen zur Darstellung für die nach Anlage 3 der PPP-RL erhobenen Daten auszusprechen. Der Bericht weist entsprechend auch auf Limitationen der Daten sowie der Auswertungen hin und empfiehlt Aspekte für mögliche Weiterentwicklungen.

---

<sup>5</sup> Regelungen gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser – Qb-R. In der Fassung vom 16. Mai 2013, zuletzt geändert am 20. November 2020, in Kraft getreten am 23. Dezember 2020. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/39/> (abgerufen am 11.01.2021).

## 1.2 Methodisches Vorgehen

Die Entwicklung des vorliegenden Konzeptes erfolgte in Beratung mit der Arbeitsgruppe Personalausstattung Psychiatrie Psychosomatik (AG PPP) des Unterausschusses Qualitätssicherung im Gemeinsamen Bundesausschuss.

Die Ausarbeitung des vorliegenden Konzeptes beruht auf den in Anlage 3 der PPP-RL vordefinierten zu erhebenden Tabellen bzw. Datenfeldern. Da es für die PPP-RL keine Pilotphase z. B. mit einer Stichprobe an Einrichtungen gab, standen dem IQTIG keine Probedaten der Krankenhäuser zur Verfügung. Somit war es nicht möglich, die möglichen Daten a priori zu sichten. Aufgrund dessen können sich zu einem späteren Zeitpunkt mögliche Änderungen in den Datenauswertungen und Datendarstellungen ergeben.

In einem ersten Schritt wurde das vom IQTIG erstellte Auswertungs- und Berichtskonzept für die Strukturqualitätsvorgaben der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)<sup>6</sup> analysiert, um mögliche Parallelen bei den Anforderungen an die Auswertung und Darstellung der Strukturabfrage im Rahmen der PPP-RL festzustellen (IQTIG 2020).

In einem zweiten Schritt wurde überprüft, wie die Daten bzw. die Datenfelder gemäß Anlage 3 der PPP-RL bestmöglich dargestellt und deskriptiv ausgewertet werden können. Änderungen sind aufgrund der Erfahrungen aus den technischen Umsetzungen sowie aufgrund der Auswertung der Daten der ersten Erfassungsjahre ggf. notwendig und möglich.

Das IQTIG ist zudem mit der Erstellung eines Auswertungs- und Berichtskonzepts für eine weitere Strukturrichtlinie, der Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)<sup>7</sup>, beauftragt worden. In einem dritten Schritt wurden deshalb die Beauftragungen zu den Strukturerhebungen PPP-RL, QFR-RL und QSFFx-RL gemeinsam betrachtet und Empfehlungen zur graphischen oder tabellarischen Darstellung der Daten für das Berichtskonzept themenübergreifend entwickelt. Es wurde geprüft, welche Aussagen aus den zu erhebenden Daten abgeleitet werden können. Zusätzlich wurde überprüft, welche Aggregationsebenen sowie Stratifizierungen der Daten für die Differenzierung der Aussagen sinnvoll sind. Ein Konzept zur Überprüfung der Vollzähligkeit, der Vollständigkeit und der Plausibilität der gelieferten Daten sowie ein Konzept für die Aufbereitung der Ergebnisse zur Veröffentlichung im strukturierten Qualitätsbericht wurde entwickelt.

Für einen fundierten Erkenntnisgewinn auf Basis der Freitexte in Anlage 3 der PPP-RL müssen die Texte systematisch analysiert und ausgewertet werden. Hierfür wird das Textmaterial in Anlehnung an eine zusammenfassende und strukturierende Inhaltsanalyse nach (Mayring 2015) ausgewertet: Im ersten Schritt erfolgt dazu die Zusammenführung und Sichtung der Texte. Im

---

<sup>6</sup> Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen – QFR-RL. In der Fassung vom 20. September 2005, zuletzt geändert am 20. November 2020, in Kraft getreten am 1. Dezember 2020. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/41/> (abgerufen am 29.01.2021).

<sup>7</sup> Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung zur Versorgung von Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur / QSFFx-RL). In der Fassung vom 22. November 2019, zuletzt geändert am 20. November 2020, in Kraft getreten am 1. Januar 2021. URL: <https://www.g-ba.de/beschluesse/4069/> (abgerufen am 07.01.2021).

zweiten Schritt wird ein Kategorienschema entwickelt. Die Kategorienbildung erfolgt anhand eines deduktiv-induktiven Vorgehens, d.h. einer Kombination aus theoriebasierten Vorüberlegungen auf Basis der Strukturabfrage zur PPP-RL und den Erkenntnissen aus dem vorliegenden Material. Hierfür wird der erste Entwurf des Kategorienschemas bei einem Teil des Freitextmaterials angewendet um bestehende Kategorien in der Anwendung zu testen, zu modifizieren und zu erweitern. Das finale Kodierschema ist Grundlage für die Kodierung des gesamten Materials. Die zu analysierenden Freitexte, beziehen sich auf vier Strukturanforderungen. In einem Fall ist die Eingabe von max. 150 Zeichen erlaubt, in anderen Fällen von max. 99.999 Zeichen. Letzteres bedeutet, dass die Leistungserbringer pro Feld bis über 30 Seiten Text erstellen können. Mit Blick auf die Effizienz der Datenauswertung und den Erkenntnisgewinn ist zu prüfen, ob dieser Umfang erforderlich ist. Zudem kann anhand der ersten Freitextauswertungen festgestellt werden, ob die dort formulierten Begründungen und Ergänzungen in einem bestimmten Umfang standardisiert vorgegeben werden können, sodass sich die offenen Antworten reduzieren.

### **Beteiligungsverfahren**

Das IQTIG führte ein Beteiligungsverfahren mit den externen Sachverständigen nach § 137a Abs. 7 SGB V durch, um die Empfehlungen für das Auswertungs- und Berichtskonzept kritisch zu diskutieren. Das Beteiligungsverfahren fand am 7. Januar 2021 als zweistündiger Online-Workshop mit 26 externen Teilnehmenden statt. Die Anmerkungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden bei der Berichterstellung berücksichtigt.

## 2 Datenflusskonzept

### Hintergrund und Vorgaben aus der Richtlinie

Die Einrichtungen dokumentieren die Daten zur Strukturabfrage ihrer Personalausstattung gemäß PPP-RL und übermitteln die Daten gemäß § 11 Abs. 2 PPP-RL an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen (LVKK/EK) (Teil A des Nachweises in Anlage 3) sowie an das IQTIG (Teil A und Teil B des Nachweises in Anlage 3). Die Daten werden dabei elektronisch direkt von den Einrichtungen an die jeweilige Stelle übermittelt. Da die Daten auf Einrichtungsebene und nicht auf Ebene der Patientinnen und Patienten dokumentiert werden, erfolgt keine Pseudonymisierung der übermittelnden Einrichtung über eine Vertrauensstelle, sodass eine gesicherte elektronische Kommunikation jeweils zwischen genau zwei Kommunikationspartnern stattfinden kann (Abbildung 1). Die gesicherte elektronische Kommunikation zwischen Krankenhaus und IQTIG ist durch eine Verschlüsselung und Authentifizierung des Datenpakets gewährleistet. Dieser Vorgang wird in der technischen Dokumentation der Spezifikation vorgegeben.

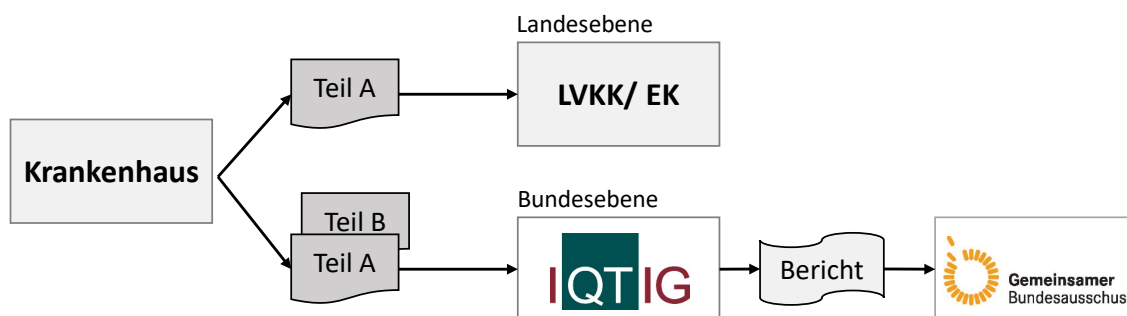


Abbildung 1: Quartalsweise und jährliche Datenflüsse im Rahmen der PPP-RL (schematische Darstellung). LVKK / EK: Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen. Teil A: Standort- und quartalsbezogene Dokumentation der Datenfelder gemäß Anlage 3 der PPP-RL. Teil B: Stations- und monatsbezogene Dokumentation der Datenfelder gemäß Anlage 3 der PPP-RL.

### Fristen für Datenübermittlung

Die konkreten Zeitpunkte der Datenlieferungen sowie der Korrekturfristen sind in der PPP-RL festgelegt. Gemäß § 11 Abs. 13 PPP-RL gilt im Rahmen einer Übergangszeit bis zum 1. Januar 2024 eine quartalsweise Lieferung der Daten auf Einrichtungsebene nach Teil A und B an das IQTIG. Im Anschluss an diese Übergangszeit werden die Daten dann nur noch jährlich an das IQTIG übermittelt. Analog gilt die Übergangszeit auch für die Lieferungen nach Teil A an die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen. Für die Daten des Erfassungsjahres (EJ) 2020 wurden die quartalsweisen Lieferungen an die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen ausgenommen (§ 16 Abs. 5 PPP-RL). Die Daten zum Erfassungsjahr 2020 sollen laut Richtlinie bis zum 30. April 2021 an das IQTIG übermittelt werden (Korrekturfrist: 31. Juli 2021).

Für die jährliche Lieferung der Daten an das IQTIG ab dem 1. Januar 2024 sind in der Richtlinie folgende Fristen festgelegt (§ 11 Abs. 2, 8 und 10 PPP-RL):

- Lieferung der Nachweise nach Anlage 3 bis zum 15. Februar des EJ + 1



- Lieferung der korrigierten Daten bis zum 1. März des EJ + 1
- Berichterstattung an den G-BA bis zum 15. Mai des EJ + 1

Das IQTIG nimmt alle fristgerecht übermittelten Daten der Einrichtungen an. Bei der übergangsweisen Erhebung mit dem Servicedokument werden die Daten über ein Datenprüfprogramm auf Plausibilität geprüft. Mittels eines Feedback Dokuments, das via E-Mail an die Einrichtung versendet wird, wird die Korrektheit bestätigt oder auf nicht plausible Eingaben hingewiesen. Das Berichtsformat als Tabellenkalkulationsdatei (\*.xls) lässt es nicht zu, die Datensätze bereits beim Hochladen abzulehnen, wenn bestimmte Felder nicht ausgefüllt sind. Nach Umstellung der Erhebung von Servicedokument auf Spezifikation prüft ein Datenprüfprogramm die Daten bei der Annahme unter anderem auf Plausibilität sowie Vollständigkeit und weist Datensätze zurück, die nicht den geforderten Anforderungen entsprechen. Die Einrichtung hat dann die Möglichkeit, innerhalb des Korrekturzeitraums die Daten zu korrigieren und die korrigierten Daten erneut zu übermitteln. Die Datenannahme des IQTIG ist bis zum 1. März des EJ + 1 geöffnet. Am Tag nach der Datenlieferfrist (einschließlich Korrekturfristen) wird die Datenannahme geschlossen. Als Bundesauswertestelle wertet das IQTIG die Daten aus Teil A und Teil B nach vorliegendem Auswertungskonzept aus und erstellt für den G-BA einen Bericht.

### 3 Plausibilität und Vollständigkeit

Datenprüfungen gemäß Spezifikation beinhalten Prüfungen auf Plausibilität, Vollständigkeit und Vollzähligkeit. Diese Prüfungen können an unterschiedlichen Zeitpunkten und Orten im Datenfluss stattfinden, z. B. bei der Dateneingabe, der Datenextraktion, dem Export und der Datenannahme. Im Rahmen der Spezifikation der bisherigen QS-Verfahren werden bereits technische Vorgaben für die Prüfung der Datenqualität definiert, um bei Eingabe und Übermittlung die Vollständigkeit, Vollzähligkeit und Plausibilität der Datenfelder bzw. -sätze zu überprüfen. Es wird empfohlen, bei der Spezifikation für die PPP-RL darauf aufzubauen und analog zu verfahren. Die bisherigen Spezifikationen der QS-Verfahren eines Erfassungsjahres legen sogenannte harte und weiche Plausibilitätsprüfungen für Datenextraktion, -export und -annahme fest, die von den exportierenden Krankenhäusern durch die Software und bei Extraktion bzw. Export von den Datenannahmestellen geprüft wird. Eine harte Plausibilitätsprüfung bedeutet dabei, dass die Datenlieferung bei einem Verstoß gegen die Vorgaben nicht angenommen wird. Das heißt, dass die Erfassungssoftware entsprechend der Spezifikationsvorgaben so konfiguriert ist, dass fehlende Werte bei verpflichtend auszufüllenden Datenfeldern sowie nicht zulässigen Werteeingaben (datenfeldbezogen) und bei nicht plausiblen Kombinationen von Werten (datenfeldübergreifend) nicht akzeptiert werden. Es wird bei jeder Datenentgegennahme ein Fehlerprotokoll erstellt, das evtl. Regelverletzungen anzeigt. Die Spezifikation und die darin enthaltenen Regeln stellen somit den ersten Schritt der Überprüfung dar. Ein zweiter Schritt der Überprüfung wäre durch entsprechend definierte Kriterien im Nachgang zum ersten Schritt ebenfalls möglich. Beispielsweise könnten datenfeldübergreifende Kombinationen zur Plausibilität überprüft werden, die nicht durch die inhaltlich-technische Prüfung der Spezifikation abzudecken sind.

#### Plausibilitätsprüfungen

Plausibilitätsprüfungen haben zum Ziel, dass fehlende und/oder widersprüchliche Angaben in den Datensätzen verhindert werden.

Daten werden grundsätzlich dann angenommen, wenn die grundlegenden Formatvorgaben eingehalten und keine harten Plausibilitätsregeln verletzt wurden. Die Daten müssen zur Übermittlung in ein Dateiformat (XML) zur Weiterverarbeitung gebracht werden. Die Daten werden sowohl vor dem Export, als auch bei der Datenannahme durch technische Prüfungen auf inhaltliche Inkonsistenzen überprüft. Das heißt, die Datensätze können –wie nachfolgend beschrieben – dahingehend überprüft werden, ob inhaltliche Auffälligkeiten erkennbar sind.

Plausibilitätsprüfungen innerhalb der Spezifikation sind möglich bei:

- Dateneingabe (z. B. Formatkorrektheit (siehe Tabelle 1))
- Datenabschluss/-versand um bestimmte Angaben in Kombination auszuschließen: z. B.: „nach § 2 Abs. 5 PPP-RL differenzierte Einrichtung“ ist nicht „Psychiatrie (Erwachsene) [29]“, obwohl „Anzahl Behandlungstage (Psychiatrie (Erwachsene))“ ausgefüllt ist
- Werte- und Schlüssellisten (ob ein eingegebener Wert in einer Werte- bzw. Schlüsselliste vorhanden ist)

- Datenannahme (z. B. Ist die XML-Datei spezifikationskonform benannt worden?)

Plausibilitätsprüfungen innerhalb der Spezifikation und des Servicedokuments bedeuten nicht, dass die Daten retrospektiv nach der Datenannahme auf logische inhaltliche Plausibilität geprüft werden. Das bedeutet, es wird nicht überprüft, ob Konstellationen in den Datenfeldern auftreten, die gerade bei häufiger Dokumentation unlogisch wären und ggf. einer Überprüfung bedürften. Solche inhaltlichen Prüfungen finden in anderen QS-Verfahren (unabhängig von der Spezifikation) nach Dateneingang und Datenaufbereitung durch das IQTIG beispielsweise über Auffälligkeitskriterien zur Dokumentation statt. Diese Kriterien werden gemeinsam durch das IQTIG und externe Expertinnen und Experten entwickelt und durch den G-BA abgenommen. Für die nach Datenaufbereitung entwickelten Kriterien werden auch Schwellenwerte festgelegt, die erst bei Überschreiten weitere Schritte in Gang setzen. Beispielsweise kann dem Krankenhausstandort Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben werden.

Im QS-Verfahren *Knieendoprothesenversorgung* wird beispielsweise überprüft, ob es eine „häufige Angabe von ASA 4 bei elektiven Erstimplantationen“ gibt. Da ASA 4 eine schwere Allgemeinerkrankung mit ständiger Lebensbedrohung bedeutet, ist diese Angabe für einen elektiven Eingriff am Knie vergleichsweise unwahrscheinlich. Das Auffälligkeitskriterium wird ausgelöst, wenn ein Krankenhausstandort mindestens zwei Mal diese Angabe getätigt hat und unterhalb des 98. Perzentils liegt.

Solche Plausibilitätsprüfungen, die bestimmte inhaltliche Angaben prüfen, könnten sukzessive nach den ersten Datenannahmen und der Entwicklung von Kriterien in Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten formalisiert werden und sind mit entsprechendem Entwicklungsaufwand verbunden. Da Freitextfelder keine vorab zu definierenden inhaltlichen Kriterien aufweisen, können diese inhaltlich nicht plausibilisiert werden.

Die Plausibilitätsprüfungen für die Übergangszeit des Servicedokuments umfassen vor allem eine Prüfung von einzelnen Datenfeldern auf formale und strukturelle Korrektheit (Bsp. E-Mail-Adresse (Tabelle 1) und Behandlungsbereiche (Tabelle 2)). Diese Plausibilitätsprüfungen werden prospektiv vor der Datenannahme definiert. Durch das Excel-Format des Servicedokuments ist es – anders als bei der softwareimplementierten Spezifikation – nicht möglich, bei der Dateneingabe inkorrekte Formate auszuschließen oder bei der Datenannahme Datensätze abzulehnen. Alle Formatprüfungen können erst nach der Datenübermittlung abschließend durchgeführt werden. Wird bei der Datenannahme in den ausgefüllten Servicedokumenten eine Verletzung der Plausibilitätsregeln festgestellt, erfolgt eine Aufforderung an das Krankenhaus zur Übermittlung eines korrigierten Servicedokuments.

Tabelle 1: Plausibilitätsprüfung für das Feld E-Mail-Adresse

Tabellenblatt	Excel-Feld	Plausibles Intervall/Wertebereich/Prüfung/Regel
Angaben KH-Standort	D23	Prüfung gegen regulären Ausdruck: /^[a-zA-Z0-9.!#\$%&'*/+=?^_`~.-]+@[a-zA-Z0-9-]+(?:\.[a-zA-Z0-9-]+)*\$/

Tabelle 2: Plausibilitätsprüfung für das Feld Behandlungsbereich

Beschreibung	Plausibles Intervall/Wertebereich/Prüfung/Regel	Blatt	Lokalisation
Behandlungsbereiche	Wertebereich = {'A1', 'A2', 'A4', 'A5', 'A6', 'A7', 'A9', 'S1', 'S2', 'S4', 'S5', 'S6', 'S9', 'G1', 'G2', 'G4', 'G5', 'G6', 'G9' für Psychiatrie; 'KJ1', 'KJ2', 'KJ3', 'KJ5', 'KJ6', 'KJ7', 'KJ9' für Kinder und Jugendliche; 'P1', 'P2', 'P3', 'P4' für Psychosomatik} (case insensitive)	A3.2	F23 ff.
		A3.3	E22 ff.

Plausibilitätsregeln für die Spezifikation werden direkt innerhalb der Software ausgeführt. Das bedeutet, es wird in der Regel schon durch die Software bei der Dateneingabe eines fehlerhaften Formats der Hinweis auf eine erforderliche Korrektur gegeben, was zur Folge hat, dass der Dokumentationsbogen nicht abgesendet werden kann, sofern die Dateneingabe nicht korrigiert wurde.

### Vollständigkeitsprüfungen

Ein Datensatz ist als vollständig definiert, wenn alle in der Spezifikation als erforderlich definierten Datenfelder ausgefüllt und die Formatanweisungen sowie Plausibilitäten eingehalten wurden (IQTIG 2019, Kapitel 14). Vollständigkeitsprüfungen stellen damit einen Teil der Plausibilitätsprüfungen dar (beispielsweise „Datenfeld XY darf nicht leer sein“). Sie finden zu verschiedenen Prüfzeitpunkten statt. Die Datensätze werden daraufhin überprüft, inwiefern einzelne Datenfeldangaben fehlen, die als obligatorisch spezifiziert wurden (Missings). Nachgelagerte Prüfungen der Daten erfolgen bei regulären QS-Verfahren nach der Datenannahme in der Auswertungsstelle (IQTIG) im Rahmen einer Datenvalidierung. Wie und inwiefern eine Datenvalidierung für die Datenfelder der PPP-RL erfolgen kann, könnte perspektivisch überprüft werden. Der Abgleich einrichtungsbezogener Informationen unterliegt – im Gegensatz zur fallbezogenen Dokumentation der bestehenden QS-Verfahren – gewissen Einschränkungen. Anders als bei einer fallbezogenen Datenerfassung fehlt bei einer einrichtungsbezogenen Datenerfassung der Bezug zu einem als „Goldstandard“ definierten Dokument, der Patientenakte.

Bei den bestehenden QS-Verfahren ist ein Datensatz als vollständig definiert, wenn alle Muss-Felder und bedingte Kann-Felder des Datensatzes ausgefüllt sind. Muss-Felder innerhalb der Spezifikation sind Datenfelder, die ausgefüllt werden müssen, damit die Daten an die Datenannahmestelle exportiert werden können. Bedingte Kann-Felder müssen unter bestimmten spezifizierten Bedingungen ausgefüllt werden, damit die Daten an die Datenannahmestelle exportiert werden können. Im Umkehrschluss bedeutet dies auch, dass es über eine softwarebasierte Spezifikation nicht möglich ist, unvollständige (das heißt Datensätze mit nicht ausgefüllten Muss-Feldern und bedingten Kann-Feldern) abzusenden. Da in der PPP-RL-Spezifikation keine generellen Kann-Felder vorgesehen sind, ist ein abgeschlossener Datensatz somit immer als vollständig zu bewerten. In der Übergangszeit wurden auch für das Servicedokument Muss-Felder definiert. Werden Muss-Felder im Servicedokument nicht ausgefüllt, so wird die entsprechende Zeile mit „!!!“ gekennzeichnet und es erscheint folgender Hinweis zu Beginn des Datenblattes:

„Es fehlen noch MUSS-ANGABEN in den mit !!! gekennzeichneten Zeilen“. Durch das Excel-Format des Servicedokuments ist es jedoch –anders als bei der Spezifikation – möglich, einen Datensatz abzuschicken, der fehlende Angaben in den Muss-Feldern enthält. Alle Formatprüfungen können erst nach der Datenübermittlung abschließend durchgeführt werden. Wird bei der Datenannahme in den ausgefüllten Servicedokumenten eine Verletzung der Plausibilitätsregeln festgestellt, erfolgt über Feedbackdokumente eine Aufforderung an das Krankenhaus zur Übermittlung eines korrigierten Servicedokuments. Die Einrichtungen erhalten daher über ein zweistufiges System zeitversetzt eine Mitteilung über nicht ausgefüllte Muss-Felder und haben damit zwei Mal die Möglichkeit, ihre Dokumentation zu vervollständigen: einmal während des Ausfüllens des Servicedokuments und erneut nach der Übermittlung des Servicedokuments und Erhalt des Feedbackdokuments.

### **Vollzähligkeitsprüfungen**

Für den Bereich der externen Qualitätssicherung werden Vollzähligkeitsprüfungen anhand einer Sollstatistik abgeglichen (IQTIG 2019, Kapitel 14). Diese basiert auf Abrechnungsdaten der Krankenhäuser mit den Krankenkassen bzw. der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Die Daten eines QS-Verfahrens sind als vollzählig definiert, wenn alle zu erwartenden Datensätze – basierend auf einem Soll-Ist-Abgleich – von den Krankenhäusern geliefert wurden (IQTIG 2019, Kapitel 14). Dies bedeutet, es gibt immer einen zu erwartenden Datensatz (SOLL) und einen tatsächlich gelieferten Datensatz (IST), die miteinander in Beziehung gesetzt werden. Auch an dieser Stelle gibt es für QS-Verfahren im Regelbetrieb Kriterien, die bei Überschreiten eines Schwellenwertes Maßnahmen auslösen, um eine Überdokumentation oder Unterdokumentation mit dem jeweiligen Krankenhausstandort nach Datenannahme zu klären.

Bei der Erfassung der Daten zu Strukturhebungen kann gemäß aktuell geltender PPP-RL bisher auf keine Sollstatistik oder vergleichbare Statistik zurückgegriffen werden. Ein Abgleich zwischen den von den Krankenhäusern gelieferten Datensätzen versus der erwarteten Anzahl an Datensätzen kann somit nicht vorgenommen werden. Daher stellen Vollzähligkeitsprüfungen bei den Strukturhebungen mit unbekannter oder variabler Teilnehmerzahl eine besondere Herausforderung dar. Gegenwärtig fehlt ein Mechanismus, der dem IQTIG als datenannehmende und -auswertende Stelle Informationen darüber liefert, welche Krankenhausstandorte gemäß PPP-RL Leistungen abgerechnet haben, demzufolge dokumentationspflichtig sind, und Daten der Strukturabfrage an das IQTIG liefern müssten (SOLL). Damit ist insbesondere am Anfang unklar, für welche Krankenhausstandorte und Stationen eine Datenübermittlung zu erwarten wäre. Eine Überprüfung auf Vollzähligkeit ist somit nur für den Teil der Krankenhäuser umsetzbar, die schon einmal Daten für die Strukturabfrage geliefert haben. Da dem IQTIG die Anzahl der dokumentationspflichtigen Standorte unbekannt ist, und es zudem keinen (wie in anderen QS-Verfahren üblich) ICD- oder OPS-basierten Auslöser in der Spezifikation geben wird, kann für die Überprüfung der Vollzähligkeit nur auf vorhandene Daten der dokumentierenden Standorte zurückgegriffen werden. Dies bedeutet konkret, dass nur IST-IST-Vergleiche zwischen zwei unterschiedlichen Zeitpunkten stattfinden können. Somit müsste das IST zum ersten Zeitpunkt als SOLL definiert werden, um sich der Problematik anzunähern. Beispielsweise könnten für die

Vollständigkeitsprüfung der Datenlieferung für das 1. Quartal 2021 die Standort-IDs der Standorte, die sich für das Verfahren registriert haben, abgeglichen werden mit den Standort-IDs der Standorte, die zum Fristende der Datenlieferungen des 1. Quartals 2021 Daten lieferten (Tabelle 3). Sofern ein Standort erstmalig Daten eines Quartals liefert ist es für die folgenden Quartale möglich, die Vollständigkeit über die Differenz der Standort-IDs mit gelieferten Daten für ein Quartal eines Erfassungsjahres mit den Standort-IDs mit gelieferten Daten des vorherigen Quartals abzugleichen. Daraus folgt, dass das IQTIG

1. die potentiell dokumentationspflichtigen Standorte nicht kennt
2. die IST-Zahlen quartalsweise variieren können, da z. B. ein Krankenhausstandort nicht mehr an der Versorgung teilnimmt oder Stationen geschlossen wurden.

Tabelle 3: SOLL-IST-Abgleich und Vollständigkeit. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

Erfassungsjahr	Quartal	Anzahl der Krankenhäuser mit Datenlieferung (IST) <sup>8</sup>	Erwartete Anzahl der Krankenhäuser mit Datenlieferung (SOLL) <sup>9</sup>	Vollständigkeit in Prozent
<b>2020</b>	Q1	900	1.080	83,3 %
	Q2	891	900	99,0 %
	Q3	891	891	100,0 %
	Q4	890	891	99,9 %
<b>2021</b>	Q1			
	Q2			
	Q3			
	Q4			
<b>2022</b>	Q1			
	Q2			
	Q3			
	Q4			
<b>2023</b>	Q1			
	Q2			
	Q3			
	Q4			

<sup>8</sup> Krankenhäuser die ihre Mitwirkungspflicht erfüllt haben

<sup>9</sup> Abgleich zum Vorjahreszeitraum

In anderen QS-Verfahren ist eine Über- oder Unterdokumentation definiert als ein Vollzähligkeitsergebnis des Verfahrens von  $\neq$  100 Prozent. Zum Teil erfolgen QS-verfahrensspezifische Anpassungen in Bezug auf Mindestfallzahlen. Aufgrund des neuen Verfahrens der Strukturabfrage empfiehlt das IQTIG in den ersten Erfassungsjahren keinen Vollzähligkeitsgrenzwert a priori festzulegen. Kriterien für einen Grenzwert zur Bewertung der Vollzähligkeit könnten nach der Sichtung der Vollzähligkeitsergebnisse der ersten Erfassungsjahre entwickelt werden. Auch hierbei bleibt zukünftig zu bedenken, dass es kein festgelegtes SOLL gibt, sondern sich dieses nur auf Basis der Einrichtungen, die im Vorerfassungszeitraum dokumentiert haben, richten wird.

Ein Bewertungsvorschlag ist folgerichtig durch die oben genannten einschränkenden Gründe zur Festlegung einer SOLL-Statistik zum aktuellen Zeitpunkt nicht möglich. Das IQTIG empfiehlt daher, die Vollzähligkeit lediglich als Ergebnis darzustellen und vorerst keine Bewertung vorzunehmen.

Das IQTIG hat die Einrichtung schriftlich zu erinnern, falls die Einrichtung die Nachweisdaten zur Strukturabfrage nicht fristgerecht (§ 11 Abs. 12 PPP-RL) oder die Nachweisdaten nach Anlage 3 oder die Erklärung der Richtigkeit der Angaben nicht, nicht vollständig oder nicht fristgerecht liefert (§ 13 Abs. 8 PPP-RL). Gemäß § 11 Abs. 12 PPP-RL ist das IQTIG verpflichtet, dem G-BA nach Ende der Korrekturfrist eine Liste mit Krankenhausstandorten, die die Dokumentationspflicht nicht erfüllt haben, zu übermitteln und diese Standorte auch im Bericht nach § 11 Abs. 10 PPP-RL sowie im strukturierten Qualitätsbericht zu nennen. Da dem IQTIG keine Liste der dokumentationspflichtigen Krankenhausstandorte vorliegt bzw. die Richtlinienvorgaben keine Identifikation derselben ermöglicht, ist ein Erinnerungswesen gemäß §§ 11 Abs. 12 sowie 13 Abs. 8 PPP-RL nur für die schon angemeldeten bzw. bekannten Standorte möglich.

## 4 Ergebnisse

Die Daten des Nachweisverfahrens sollen genutzt werden, um den Umsetzungsstand der PPP-RL zu ermitteln und dem G-BA Hinweise auf Anpassungsbedarf zu liefern. Insbesondere folgende Bereiche sollen auf eine mögliche Anpassung der Richtlinie überprüft werden (§ 14 Abs. 2 PPP-RL):

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

Für die Weiterentwicklung der Richtlinie können besonders die erhobenen Daten auf Stations-ebene nützlich sein, um die Personalausstattung in einem kleineren Setting abzubilden. Das IQTIG wird diese Daten vorhalten, sodass weitere inhaltliche Auswertungen vorgenommen werden können.

Alle Tabellen und Abbildungen zur Darstellung der nach den Tabellen der Anlage 3 PPP-RL erhobenen Daten sind mit Vorbehalt zu interpretieren. Das IQTIG weist darauf hin, dass die Tabellen und Abbildungen wie in Abschnitt 4.4 dargestellt aussehen könnten, das vorliegende Berichtskonzept kann jedoch zur genauen technischen Umsetzung – und somit konkreten späteren Darstellung – ohne die Sichtung erster Daten keine Angaben machen. Es wird darauf hingewiesen, dass sich die Darstellungsweise von Inhalten der Anlage 3 noch ändern kann, basierend auf den Erkenntnissen, die nach den ersten Datenlieferungen gewonnen werden können. Zudem behält das IQTIG sich vor, bei der Umsetzung der Berichte die Abbildungen anzupassen, um eine Standardisierung und Einheitlichkeit der Berichte sowie ein angemessenes Aufwand-Nutzen-Verhältnis zu erreichen.

### 4.1 Allgemeine Empfehlungen

#### Auswertungskonzept

Das Auswertungskonzept beruht auf den zu erhebenden Daten, die in Anlage 3 der PPP-RL vorgegeben sind. Die Auswertungen der Daten erfolgen im ersten Schritt rein deskriptiv. Da dies die erste Datenerhebung zur Personalausstattung in der Psychiatrie und Psychosomatik ist, sollte das primäre Ziel sein – wie in Abschnitt 1.1 beschrieben –, die Daten zu sichten und bestmöglich auf ihre Plausibilität zu überprüfen. Es ist zu berücksichtigen, dass alle erfassten Daten



auf Selbstauskünften der Einrichtungen beruhen. Auch zu berücksichtigen ist, dass die in den Einrichtungen erhobenen Daten, wie die erfassten Patienteneinstufungen oder die erfassten Arbeitsstunden, Sekundärdaten darstellen. Beispielsweise sind für den Abgleich des IST-Personals mit der Mindestvorgabe umfangreiche Ausleitungen und Datengenerierungen aus dem Personalmanagement-System erforderlich, welches ursprünglich eine andere Zielsetzung hat.

### **Berichtskonzept**

Das IQTIG empfiehlt für die ersten Umsetzungen der Quartalsberichte, die einrichtungsübergreifenden Auswertungen in einem gegliederten Bericht darzustellen. Die einrichtungsspezifischen Auswertungsergebnisse (vgl. Tabelle 9 und Tabelle 10) werden nicht in diesem gegliederten Bericht dargestellt, sondern dem G-BA in Form eines maschinenlesbaren Dokuments, z. B. Excel, zur Verfügung gestellt. Die Daten der Stationsebene werden ebenfalls nicht in diesem gegliederten Bericht dargestellt, sondern vom IQTIG vorgehalten, für den Fall, dass dem G-BA weitere Auswertungen zur Verfügung gestellt werden sollen. Gemäß § 14 Abs. 1 PPP-RL hat der G-BA den Umsetzungsstand der PPP-RL und Umsetzungshindernisse zu ermitteln, sowie die Personalvorgaben zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen. Als Grundlage dazu dienen die Daten des Nachweisverfahrens nach § 11 PPP-RL.

Durch die Zusammenführung der unterschiedlichen Tabellen lassen sich Auswertungen über die verknüpften Tabellenblätter vornehmen. Zum Beispiel kann über die Variable DATEN\_ID eine Verknüpfung von Teil A des Servicedokuments mit Teil B des Servicedokuments erfolgen (vgl. Tabelle 6). So kann ausgewertet werden, ob sich die Anzahl der Patientinnen und Patienten je Pflegefachpersonen (PAT\_JE\_FACHKRAFT) bei Einrichtungen, die eine regionale Pflichtversorgung angegeben haben (PFLICHTVERSORGUNG = 1), von den Einrichtungen, die keine regionale Pflichtversorgung angegeben haben, unterscheidet (Tabelle 4 und Tabelle 5).

Tabelle 4: Auszug aus den Variablen des Blattes A1 des Servicedokuments Teil A. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

Servicedokument A1						
DATEN_ID	ID	STATIONS_ID	EINRICHTUNGSTYP	QUARTAL	PFLICHTVERSORGUNG	...
3921	123456	98765	29	1	1	
3921	123456	5825	29	1	1	
5689	987654	4566	29	1	0	

Tabelle 5: Auszug aus den Variablen des Blattes B5 des Servicedokuments Teil B. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

Servicedokument B5									
DA-TEN_ID	ID	STA-TIONS_ID	EIN-RICH-TUNGS-TYP	MO-NAT	VKS_NACHT	PAT_JE_FACHKRAFT	ANZ_NACHT_LT16_VKS	ANZ_NACHT_LT14_VKS	...
3921	123456	98765	29	1	20	52	0	0	
3921	123456	98765	29	2	20	53	0	0	
3921	123456	98765	29	3	20	52	0	0	
3921	123456	5825	29	1	0	0	0	0	
3921	123456	5825	29	2	0	0	0	0	
3921	123456	5825	29	3	0	0	0	0	
5689	987654	4566	29	1	10	11	31	31	

Servicedokument B5									
5689	987654	4566	29	2	10	11	25	27	
5689	987654	4566	29	3	10	9	27	29	

Tabelle 6: Verknüpfungsabfrage der Tabellen A1 und B5 der Servicedokumente.

Abfrageergebnis											
DA-TEN_ID	ID	STATION_ID	EINRICHTUNGSTYP	QUARTAL	PFLICHTVERSORGUNG	MONAT	VKS_NACHT	PAT_JE_FACHKRAFT	ANZ_NACHT_LT16_VKS	ANZ_NACHT_LT14_VKS	...
3921	123456	98765	29	1	1	1	1	52	0	0	
3921	123456	98765	29	1	1	2	1	53	0	0	
3921	123456	98765	29	1	1	3	1	52	0	0	
3921	123456	5825	29	1	1	1	1	0	0	0	
3921	123456	5825	29	1	1	2	1	0	0	0	
3921	123456	5825	29	1	1	3	1	0	0	0	
5689	987654	4566	29	1	0	1	1	11	31	31	
5689	987654	4566	29	1	0	2	1	11	25	27	
5689	987654	4566	29	1	0	3	1	9	27	29	

Die Daten nach § 11 PPP-RL enthalten Variablen, mit denen sich der Standort und auch die Stationen identifizieren lassen. Diese umfassen administrative Daten sowie ggf. die interne Stationsbezeichnung. Um eine Identifizierung der Einrichtung über diese Variablen auszuschließen, werden die Variablen entfernt bzw. pseudonymisiert und in der Datenbank gespeichert (Tabelle 7). Alle anderen Variablen, die im Servicedokument enthalten sind, werden als Rohdaten in die Datenbank übernommen werden.

Tabelle 7: Identifikation und Umgang mit Standortidentifizierenden Variablen

Tabellenblatt im Servicedokument	Variable	Vorgehen
Angaben KH-Standort	Name der Klinik / Abteilung:	Entfernen
Angaben KH-Standort	PLZ:	Entfernen
Angaben KH-Standort	Ort:	Entfernen
Angaben KH-Standort	Straße:	Entfernen
Angaben KH-Standort	Ansprechpartner für Rückfragen:	Entfernen
Angaben KH-Standort	Tel.:	Entfernen
Angaben KH-Standort	E-Mail:	Entfernen
Angaben KH-Standort	Institutionskennzeichen (Haupt-IK):	Entfernen
Angaben KH-Standort	Standort-ID:	Pseudonymisieren
Angaben Stationen	Stationsbezeichnung	Entfernen
A2.1	Stationsbezeichnung	Entfernen
A2.2 (2021)	Stationsbezeichnung	Entfernen
A2.2 (2021)	Erläuterung	tbd <sup>10</sup>
A4	Stationsbezeichnung	Entfernen
A5.3	Erläuterung	tbd
A6 (2020)	Gründe für Abweichungen (Freitext)	tbd
A6.1 (2021)	Gründe für Abweichungen (Freitext)	tbd
A6.2 (2021)	Gründe für Abweichungen (Freitext)	tbd
A6.3 (2021)	Gründe für Abweichungen (Freitext)	tbd
A6.4.4 (2021)	Erläuterung	tbd
B1.1	Stationsbezeichnung	Entfernen

<sup>10</sup> Es ist momentan in Diskussion, wie mit den Freitexten in den Rohdaten umgegangen wird.

Tabellenblatt im Servicedokument	Variable	Vorgehen
B1.2	Stationsbezeichnung	Entfernen
B1.3	Stationsbezeichnung	Entfernen
B2.1	Stationsbezeichnung	Entfernen
B2.2	Stationsbezeichnung	Entfernen
B2.2	Erläuterung	tbd
B5	Stationsbezeichnung	Entfernen

Die Standort-ID sowie die dazugehörigen Stationskennungen werden so pseudonymisiert, dass eine Zuordnung von Stationen zu dem dazugehörigen Standort über die beiden Pseudonyme weiterhin möglich ist, da alle zu einem Standort gehörigen Stationen mit einer einheitlich pseudonymisierten Standort-ID verknüpft sind.

Das IQTIG hält, basierend auf den obigen Ausführungen, die beschriebene relationale Datenbank für weitere Auswertungen bei sich vor.

## 4.2 Fristen

Der erstmalige Nachweis über die Mindestpersonalvorgaben nach § 11 PPP-RL erfolgt für das Erfassungsjahr 2020. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, die erhobenen Daten für alle vier Quartale des Erfassungsjahres 2020 bis zum 30. April 2021 an das IQTIG zu übermitteln (Tabelle 8). Anschließend findet eine Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfung der gelieferten Datensätze durch ein Datenprüfprogramm statt. Die Krankenhäuser haben bis zum 1. Juli 2021 die Möglichkeit, korrigierte bzw. vollständige Datensätze nachzureichen. Die Abgabe der vier Quartalsberichte für das Erfassungsjahr 2020 durch das IQTIG an den G-BA findet gemäß PPP-RL bis zum 31. Juli 2021 statt (§ 11 Abs. 13 Satz 4 PPP-RL). Bis zum 1. Januar 2024 werden die Daten quartalsweise erhoben, durch die Einrichtungen an das IQTIG übermittelt und ausgewertet. Die Berichterstattung erfolgt bis einschließlich Erfassungsjahr 2023 in Form von jährlich vier Quartalsberichten. Ab dem Jahr 2024 erfolgt die Berichterstattung an den G-BA jährlich zum 15. Mai durch das IQTIG.

Tabelle 8: Darstellung der Fristen für die verschiedenen Datenlieferungen

Daten	Datenlieferfrist	Ende Prüfzeitraum (inkl. Rückmeldungen/Erinnerung) / Korrekturfrist	Auswertungszeitraum	Berichtsabgabe
Quartal (Q)1-Q4 des EJ 2020	30.4.2021	01.07.2021	07.07. – 30.07.2021	31.07.2021

Daten	Datenlieferfrist	Ende Prüfzeitraum (inkl. Rückmeldungen/Erinnerung) / Korrekturfrist	Auswertungszeitraum	Berichtsabgabe
Q1 des EJ 2021 <sup>11</sup>	15.05.2021	01.06.2021	22.06. – 30.07.2021	31.07.2021
Q2 des EJ 2021 <sup>13</sup>	15.08.2021	01.09.2021	15.09. – 30.10.2021	31.10.2021
Q3 des EJ 2021 <sup>13</sup>	15.11.2021	01.12.2021	15.12. – 30.01.2022	31.01.2022
Q4 des EJ 2021 <sup>13</sup>	15.02.2022	01.03.2022	15.03. – 29.04.2022	30.04.2022
Jahresbericht des EJ 2024	15.02.2025	01.03.2025	15.03. – 14.05.2025	15.05.2025

### 4.3 Datengrundlage und Variablen

#### Begrifflichkeiten

Als Krankenhaus werden alle nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser bezeichnet. Diese werden in der Anlage 3 der PPP-RL mit dem Datenfeld „Haupt-IK“ bezeichnet. Ein Krankenhaus kann mehrere Standorte aufweisen, die in dem Nachweis nach Anlage 3 der PPP-RL mit „Standort-ID“ gekennzeichnet werden. Ein Krankenhaus oder auch Standort eines Krankenhauses kann mehrere Einrichtungstypen gemäß § 2 Abs. 5 PPP-RL aufweisen („Erwachsenenpsychiatrie“, „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ sowie „Psychosomatik“). Diese werden in Anlage 3 der PPP-RL als „nach § 2 Abs. 5 differenzierte Einrichtungen“ definiert.

#### Datengrundlage

Der Bericht hat gemäß § 11 Abs. 10 PPP-RL

*[...] die Mindestvorgaben für die Personalausstattung und die tatsächliche Personalausstattung sowie den Umsetzungsgrad differenziert nach Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie die für die Nichteinhaltung der Mindestvorgaben genannten Gründe zu umfassen.*

Die vier Berichte über die Daten des Erfassungsjahres 2020 beinhalten jeweils die Ergebnisse des entsprechenden Quartals. Um eine longitudinale Betrachtung zu ermöglichen, empfiehlt das IQTIG, ausgewählte Variablen rollierend im Zeitverlauf über vier Quartale darzustellen (vgl. z. B. Abbildung 8, Abbildung 11 oder Abbildung 13). Sobald die Umstellung von Quartals- auf Jahresberichte erfolgt, empfiehlt das IQTIG auch hier für ausgewählte Variablen eine rollierende, lon-

<sup>11</sup> Analog für EJ 2022 und EJ 2023

gitudinale Betrachtung von bis zu fünf Erfassungsjahren. Die Auswahl der longitudinal darzustellenden Variablen sollte im Verlauf der ersten Datenauswertungen überprüft und gegebenenfalls angepasst werden.

Es wird empfohlen, die Ergebnisse sowohl auf Bundesebene als auch auf Standortebene der Krankenhäuser, stratifiziert nach Einrichtungstyp gemäß § 2 Abs. 5 PPP-RL (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) darzustellen. Falls ein Krankenhausstandort nicht über alle drei Einrichtungstypen verfügt, sollen nur die vorhandenen Einrichtungstypen im Bericht dargestellt werden.

Für die Ergebnisse auf Bundesebene werden im vorliegenden Bericht Tabellen und Abbildungen (s. Abschnitt 4.4) empfohlen. Die Darstellung der standortübergreifenden Ergebnisse auf Bundesebene werden dem G-BA als PDF-Dokument übermittelt. Die standortbezogenen Auswertungsergebnisse (vgl. Tabelle 9 und Tabelle 10) werden dem G-BA in Form eines maschinenlesbaren Dokuments, z. B. Excel, übergeben.

Die darzustellenden Variablen basieren auf den zu erfassenden Daten gemäß Anlage 3 der PPP-RL. Die Daten aus Teil A sind für jeden Standort quartalsbezogen auszufüllen (Tabelle 9); die Daten aus Teil B sind für jede Station monatlich auszufüllen (Tabelle 10).

*Tabelle 9: Übersicht über die erhobenen Datenfelder in Teil A der Anlage 3 PPP-RL, die für jeden Standort quartalsbezogen auszufüllen sind.*

<b>Nr.</b>	<b>Beschreibung</b>
<b>A1</b>	Datenfelder zur regionalen Pflichtversorgung der Einrichtung differenziert nach Einrichtungstyp
<b>A2.1</b>	Organisationsstruktur des Standortes
<b>A2.2<sup>12</sup></b>	Therapeutische Einheiten
<b>A3.1</b>	Gesamtbehandlungstage
<b>A3.2</b>	Stichtagserhebung
<b>A3.3</b>	Behandlungstage nach Behandlungsbereichen
<b>A4</b>	Tatsächliche Personalausstattung im Tagdienst (monats- und stationsbezogen)
<b>A5.1</b>	Mindestvorgaben, tatsächliche Personalausstattung, Umsetzungsgrad und Anforderungserfüllung je Berufsgruppe
<b>A5.2</b>	Umsetzungsgrad und Erfüllung der Anforderungen im Quartal je Einrichtungstyp
<b>A5.3</b>	Anrechnung von Fachkräften im Tagdienst
<b>A6</b>	Ausnahmetatbestände pro Quartal und Einrichtung
<b>A6.1<sup>14</sup></b>	Ausnahmetatbestand Nummer 1 (kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle)

<sup>12</sup> Erst dem ab Erfassungsjahr 2021 zu dokumentieren.

Nr.	Beschreibung
<b>A6.2<sup>14</sup></b>	Ausnahmetatbestand Nummer 2 (kurzfristig stark erhöhte Patientenzahl in der Pflichtversorgung)
<b>A6.3<sup>14</sup></b>	Ausnahmetatbestand Nummer 3 (gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen)
<b>A6.4.1<sup>14</sup></b>	Einhaltung der Mindestvorgaben bei nicht quartalsbezogenen Ausnahmetatbeständen – Zeiträume
<b>A6.4.2<sup>14</sup></b>	Einhaltung der Mindestvorgaben bei nicht quartalsbezogenen Ausnahmetatbeständen – Mindestvorgaben, tatsächliche Personalausstattung, Umsetzungsgrad und Erfüllung
<b>A6.4.3<sup>14</sup></b>	Einhaltung der Mindestvorgaben bei nicht quartalsbezogenen Ausnahmetatbeständen – Umsetzungsgrad und Erfüllung
<b>A6.4.4<sup>14</sup></b>	Einhaltung der Mindestvorgaben bei nicht quartalsbezogenen Ausnahmetatbeständen – Anrechnung von Fachkräften im Tagdienst

In der neuen Richtlinienfassung vom 15. Oktober 2020 wurde eine neue Tabelle A2.2 in die Anlage 3 eingefügt, sowie Tabelle A6 angepasst und aufgeteilt in die Tabellen A6.1, A6.2, A6.3 und A6.4.1 bis A6.4.4

*Tabelle 10: Übersicht über die erhobenen Datenfelder in Teil B der Anlage 3 PPP-RL, die für jede Station monatsbezogen auszufüllen sind.*

Nr.	Beschreibung
<b>B1.1</b>	Gesamtbehandlungstage
<b>B1.2</b>	Stichtagserhebung
<b>B1.3</b>	Behandlungstage nach Behandlungsbereichen
<b>B2.1</b>	Mindestvorgaben, Personalausstattung, Umsetzungsgrad und Erfüllung der Anforderung
<b>B2.2</b>	Anrechnungen von Fachkräften gemäß § 8 im Tagdienst
<b>B3.1<sup>13</sup></b>	Dokumentation der bei den behandelten Patientinnen und Patienten erbrachten Regelaufgaben gemäß Anlage 4 je Station und Monat in der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik
<b>B3.2<sup>15</sup></b>	Dokumentation der bei den behandelten Patientinnen und Patienten erbrachten Regelaufgaben gemäß Anlage 4 je Station und Monat in der KJP
<b>B4</b>	Qualifikation des therapeutischen Personals
<b>B5</b>	Tatsächliche Besetzung im Nachtdienst

<sup>13</sup> Voraussichtlich erst ab dem Erfassungsjahr 2023 zu dokumentieren.



Für die Erfassungsjahre 2020 sowie 2021 steht den Krankenhäusern ein Servicedokument für die Nachweiserbringung zur Verfügung. Tabellen, die erst ab dem Erfassungsjahr 2021 ausgefüllt werden müssen, werden mit einem Hinweis in der Beschriftung gekennzeichnet. Falls Krankenhäuser die vorgesehenen Tabellen für das Jahr 2021 schon mit Daten des Erfassungsjahres 2020 ausfüllen, so werden diese Daten nicht ausgewertet. Zudem wird es ab dem Erfassungsjahr 2021 möglich sein, in der Psychosomatik zu den bereits bestehenden Behandlungsbereichen P1 und P2 Patientinnen und Patienten in zwei weitere Behandlungsbereiche (P3 und P4) zu gruppieren, die die teilstationären Behandlungen von P1 und P2 darstellen.

Falls Krankenhäuser schon für das EJ 2020 Daten in den Behandlungsbereichen P3 und P4 eintragen, könnten für das EJ 2020 diese Behandlungsbereiche zu den für das EJ 2020 richtlinienkonformen Behandlungsbereichen umkodiert werden (P3 → P1 sowie P4 → P2). Da die Tabellen A6 und A6.1 bis A6.3 inhaltlich die gleichen Ausnahmetatbestände abbilden, ist eine Auswertung auch möglich, wenn Krankenhäuser fälschlicherweise für die Daten des EJ 2020 die Tabellen A6.1 bis A6.3 statt A6 ausgefüllt haben.

### **Ausnahmetatbestände**

Die Krankenhäuser haben die Möglichkeit, bei der Nichterfüllung der Mindestvorgaben nach § 10 Abs. 1 PPP-RL folgende Sachverhalte als Ausnahmetatbestände geltend zu machen:

- kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle (mehr als 15 Prozent des vorzuhaltenden Personals)
- kurzfristig stark erhöhte Anzahl von Behandlungstagen bei Patientinnen und Patienten mit gesetzlicher Unterbringung oder landesrechtlicher Verpflichtung zur Aufnahme (größer 110 Prozent des Umfangs des Vorjahres)
- gravierende strukturelle Veränderungen in der Einrichtung wie z. B. Stationsumstrukturierungen oder -schließungen

Es gibt laut PPP-RL keinen definierten Zeitraum, für den die Krankenhäuser einen oder mehrere Ausnahmetatbestände maximal geltend machen dürfen, jedoch soll jeder Standort „die ihm zur Verfügung stehenden Handlungsmöglichkeiten [...] nutzen, um die verbindlichen Mindestvorgaben schnellstmöglich wieder zu erfüllen“ (§ 10 Abs. 2 PPP-RL). Es ist zu beachten, dass bei der Berechnung des Umsetzungsgrades und der Berechnung der Erfüllung der Mindestvorgaben von den Krankenhäusern etwaig geltend gemachte Ausnahmetatbestände nicht berücksichtigt werden, da dies durch die in der Richtlinie vorgegebene Dokumentation nicht möglich ist. Geltend gemachte Ausnahmetatbestände können einem möglichen Wegfall der Vergütung entgegenwirken. Um nachvollziehen zu können, wie viele Krankenhäuser die Mindestvorgaben nicht erfüllt, aber etwaige Ausnahmetatbestände geltend gemacht haben, erfolgt eine Differenzierung in der Darstellung. Dies hat den Zweck bei Krankenhäusern, die die Mindestvorgaben nicht erfüllen, nachzuvollziehen, ob und welcher Ausnahmetatbestand geltend gemacht wurde. Durch die Erfassung in einer Tabelle A6 wäre es möglich gewesen, Zeiträume der Nichterfüllung tagesgenau zu berechnen und darzustellen (über die Variablen: „Von wann bis wann?“ und „Wann wieder erfüllt? Datum“) (siehe die nachfolgende Tabelle A6 der PPP-RL). Durch die mit der Richtlinienänderung vom 15. Oktober 2020 neu eingeführten Tabellen A6.1 bis A6.3 müssen die Krankenhäuser einen „Zeitraum“ angeben, für den sie den Ausnahmetatbestand geltend machen (siehe

die nachfolgende Tabelle A6.1 der PPP-RL). Dieser Zeitraum ist wie folgt definiert: Anzugeben sind „Q1/Q2/Q3/Q4 für quartalsbezogene Zeiträume und 01 bis 12 für kalendermonatsbezogene Zeiträume; 1/3 für ein nicht auf einen Kalendermonat bezogenes Drittel des Quartals, 2/3 für zwei nicht auf zwei Kalendermonate bezogene Drittel des Quartals“. Diese Angaben werden jedoch nicht numerisch erfasst, sondern im Textformat ermittelt und eingegeben. Somit ist die genaue Eingabe der Daten nicht definiert, was dazu führen kann, dass Krankenhäuser für den Zeitraum Januar bis Februar unterschiedlichste Angaben machen könnten (bspw.: „01-02“, „1-2“, „01 - 02“ aber auch „Jan-Feb“, da durch das Textformat alle Eingaben gültig sind). Zudem ist durch das Format auch erlaubt, dass Krankenhäuser neben den numerischen Angaben für ganze Monate auch Angaben wie „1/3“ für einen Ausnahmetatbestand, der über ein Drittel des Quartals bestand, zu machen.

**Tabelle A6 der PPP-RL (EJ 2020).** Für die Ausnahmetatbestände muss ein Zeitfenster dokumentiert werden, von wann bis wann der Ausnahmetatbestand geltend gemacht wurde

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

**A6. Datenfelder zur Abbildung von Ausnahmetatbeständen pro Quartal und Einrichtung gemäß § 2 Absatz 5**

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

**Tabelle A6: Ausnahmetatbestände pro Quartal und Einrichtung gemäß § 2 Absatz 5**

Die Gründe für Abweichungen und Ausnahmetatbestände sind in folgender Tabelle zu erläutern.

Nach § 2 Abs. 5 differenzierte Einrichtungen	Gründe für Abweichungen (Freitext)	kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle (mehr als 15 % des vorzuhaltenden Personals)	Von wann bis wann?	Wann wieder erfüllt? (Datum)	kurzfristig stark erhöhte Anzahl von Behandlungstagen bei Patientinnen und Patienten mit gesetzlicher Unterbringung oder landesrechtlicher Verpflichtung zur Aufnahme (größer 110 % des Umfangs des Vorjahres)	Von wann bis wann?	Wann wieder erfüllt? (Datum)	Gravierende strukturelle Veränderungen in der Einrichtung, wie z. B. Stationsumstrukturierungen oder -schließungen	Von wann bis wann?	Wann wieder erfüllt? (Datum)

**Tabelle A6.1 der PPP-RL (ab EJ 2021). Für die Ausnahmetatbestände muss ein Zeitraum angegeben werden, in dem der Ausnahmetatbestand geltend gemacht wird. Für die Dokumentation dieser Datenfelder wird eine Zeichenkodierung vorgeschrieben.**

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

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

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

Zulässige Werte:

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

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

Spalte 3 und 4: Zahlenwerte 0 bis 999 999

Spalte 5: 0 bis 999 999

Spalte 6: Freitext 99 999 Zeichen

Das Nebeneinander von verschiedenen Eingabeformaten sowie inhaltlich differenten Zeiträumen erlaubt keine einheitlich vergleichbare Auswertung der angegebenen Zeiträume. Somit wird es nicht möglich sein, die Dauer der geltend gemachten Ausnahmetatbestände zu berechnen.

Für die Auswertung des Ausnahmetatbestandes 1 („kurzfristig krankheitsbedingte Personalausfälle“) wird vorgeschlagen, die Anzahl der Einrichtungen darzustellen, die diesen Ausnahmetatbestand geltend gemacht haben, sowie die mittleren Ausfallstunden und die mittlere Ausfallquote. Der Ausnahmetatbestand 2 („kurzfristig stark erhöhte Anzahl von PatientInnen“) sollte hinsichtlich der Anzahl der Einrichtungen, die diesen Ausnahmetatbestand geltend gemacht haben, sowie an dem prozentualen mehr an Behandlungstagen des aktuellen Jahres im Vergleich zum Vorjahr ausgewertet werden. Da die Tabelle A6.3 zu den gravierenden strukturellen oder organisatorischen Veränderungen nur Freitexteingaben ermöglicht, werden die Ergebnisse dieser Tabelle nicht im standortübergreifenden Bericht dargestellt. Für die Tabelle A6.4 (Einhaltung der Mindestvorgaben bei nicht quartalsbezogenen Ausnahmetatbeständen – Zeiträume) gelten für die Angabe des Zeitraums dieselben Einschränkungen wie schon bei Tabellen A6.1 bis A6.3 erwähnt. Da die Zeiträume ohne Ausnahmetatbestand somit nicht einheitlich dokumentiert werden, ist eine vergleichende Auswertung dieser Variablen nicht möglich.

#### **Regelaufgaben gemäß Anlage 4**

In ihrer Sitzung vom 17. November 2020 hat die AG PPP des G-BA beschlossen, die Regelaufgaben gemäß Anlage 4 der PPP-RL gemäß einer durch die AG PPP konsentierten Liste an OPS-Codes zu erfassen. Diese Liste an OPS-Codes kann jedoch nicht alle in der PPP-RL definierten Regelaufgaben abbilden. Beispielsweise werden pflegerische Tätigkeiten im Pauschalierenden Entgeltssystem in Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP-System) nicht mehr über OPS-Codes abgebildet, da sie nach Analyse des InEK keine kostentrennende Wirkung zeigen, und dementsprechend auch nicht kodiert werden (Kuhn-Thiel et al. 2020). Des Weiteren ist über eine Liste an OPS-Codes keine Zuordnung zu den Regelaufgaben möglich. Zudem sind hierbei noch einige offene Punkte zu berücksichtigen: OPS-Codes werden pro Patientin oder Patient kodiert, die Strukturabfrage gemäß PPP-RL beruht jedoch auf einer stationsbezogenen, monatlichen Dokumentation. Eine Auswertung kann somit nur in Form einer Auszählung von OPS-Codes erfolgen; ein Rückschluss auf die in der Richtlinie definierten Regelaufgaben ist nicht möglich. Dabei ist es relevant zu überprüfen, welche Tätigkeiten welche Berufsgruppe in welchem Umfang ausführt. So kann evaluiert werden, inwiefern die Tätigkeitsprofile sich seit Einführung der PsychPV – wie wissenschaftlich untersucht – weg von den direkten Tätigkeiten an der Patientin oder dem Patienten hin zu administrativen Tätigkeiten bewegten (Hodek et al. 2011). Da die Regelaufgaben derzeit nicht erfasst werden, konnte dies im vorliegenden Bericht nicht konzipiert werden.

#### **Tatsächliche Personalausstattung, Umsetzungsgrad und Mindestpersonalausstattung**

Die Einrichtungen haben ihre tatsächliche Personalausstattung, den Umsetzungsgrad sowie die Angabe, ob die Mindestpersonalausstattung erfüllt wurde, quartalsbezogen nachzuweisen.

Für den quartalsbezogenen Nachweis der tatsächlichen Personalausstattung sind die geleisteten Vollkraftstunden je Berufsgruppe stations- und monatsbezogen zu dokumentieren: Für eine Einrichtung  $i$  und eine Berufsgruppe  $g$  bezeichnet  $VKS-Ist_{ig}$  die beobachtete Anzahl an Vollkraftstunden innerhalb eines Quartals, mit  $g=1, \dots, G$  und  $i=1, \dots, I$ .

Analog bezeichnet  $VKS-Mind_{ig}$  die mindestens geforderte Anzahl an Vollkraftstunden für die Einrichtung pro Quartal. Diese geforderte Mindestpersonalausstattung der Einrichtung basiert auf der bei der Einrichtung beobachteten Anzahl an Behandlungswochen innerhalb des Beobachtungszeitraums, die sich über alle Behandlungsbereiche berechnet als:

$$VKS-Mind_{ig}[\text{Std}] = \sum_{b=1}^B \frac{M_{bg} \left[ \frac{\text{Minuten}}{\text{Woche}} \right] * w_{ib}[\text{Woche}]}{60} \in [0, \infty)$$

Hier bezeichnet  $M_{bg}$  den mindestens geforderten Zeitwert in Minuten pro Woche für die Berufsgruppe  $g$  je Patientin und Patient in Behandlungsbereich  $b$ , welcher in der Richtlinie festgeschrieben ist (s. Anlage 1 PPP-RL) und für alle Einrichtungen gilt. Die Anzahl an beobachteten Behandlungswochen im Behandlungsbereich  $b$  der Einrichtung  $i$  ist  $w_{ib}$ . Die Berechnungssystematik der Mindestpersonalausstattung lehnt sich an die Ermittlung des Personalbedarfs nach Psych-PV (Tragende Gründe § 6 PPP-RL) an. Die geforderte Mindestpersonalausstattung ist quartalsdurchschnittlich auf Einrichtungsebene, differenziert nach Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie einzuhalten (§ 2 Abs. 5 PPP-RL).

Aus den beiden Werten,  $VKS-Ist_{ig}$  und  $VKS-Mind_{ig}$ , kann der Umsetzungsgrad  $U_{ig}$  für Berufsgruppe  $g$  in Einrichtung  $i$  berechnet werden:

$$U_{ig} = \frac{VKS-Ist_{ig}[\text{Std}]}{VKS-Mind_{ig}[\text{Std}]} \in [0, \infty)$$

Auf Einrichtungsebene wird eine Mindestvorgabe an Vollkraftstunden berechnet, indem über alle Berufsgruppen summiert wird:

$$VKS-Mind_i = \sum_{g=1}^G VKS-Mind_{ig} = \sum_{g=1}^G \sum_{b=1}^B \frac{M_{bg} \left[ \frac{\text{Minuten}}{\text{Woche}} \right] * w_{ib}[\text{Woche}]}{60} \in [0, \infty)$$

Für die Berechnung des Umsetzungsgrades der Mindestpersonalausstattung der Einrichtung wird der Mittelwert der Umsetzungsgrade aller Berufsgruppen in der Einrichtung gebildet. Der Umsetzungsgrad einer Berufsgruppe wird dabei mit der für diese Einrichtung geforderten Mindestpersonalausstattung der Berufsgruppe gewichtet (§ 7 Abs. 3 PPP-RL). Ein Umsetzungsgrad auf Ebene der gesamten Einrichtung  $i$  ergibt sich somit wie folgt:

$$\begin{aligned} U_i &= \sum_{g=1}^G U_{ig} * \frac{VKS-Mind_{ig}}{VKS-Mind_i} \\ &= \sum_{g=1}^G \frac{VKS-Ist_{ig}}{VKS-Mind_i} = \frac{\sum_{g=1}^G VKS-Ist_{ig}}{VKS-Mind_i} = \frac{\sum_{g=1}^G VKS-Ist_{ig}}{\sum_{g=1}^G VKS-Mind_{ig}} \in [0, \infty) \end{aligned}$$

Für eine standortübergreifende Darstellung des Umsetzungsgrades wird standortübergreifend ein bundesweites VKS-Ist sowie ein bundesweites VKS-Mind berechnet, und aus den beiden Variablen ein bundesweiter Umsetzungsgrad berechnet (sowohl über alle Berufsgruppen (vgl. Abbildung 6), als auch pro Berufsgruppe (vgl. Abbildung 8)). Der bundesweite Umsetzungsgrad stellt somit nicht den Mittelwert aller Umsetzungsgrade der Einrichtungen dar, sondern wird auf Bundesebene aus den zusammengeführten Daten aller Einrichtungen berechnet. Für eine Darstellung der Verteilung der einrichtungsbezogenen Umsetzungsgrade und deren bundesweiten Mittelwert wird eine Benchmarkgrafik empfohlen (vgl. Abbildung 5). Hierbei muss beachtet werden, dass die Darstellung des Umsetzungsgrades auf Ebene der Einrichtung erfolgt. Ein Rückschluss auf die Anzahl der Einrichtungen, die die Vorgabe der Mindestpersonalausstattung erfüllen, kann nicht erfolgen, da aus Gründen der Übersichtlichkeit hier keine Darstellung der Umsetzungsgrade der einzelnen Berufsgruppen erfolgen kann.

Für eine bessere Vergleichbarkeit werden die durchschnittlichen Angaben der tatsächlichen Personalausstattung und der durchschnittlich vorgesehenen Personalausstattung in Minuten je Patientin und Patient je Woche (abgeleitet aus VKS-Mind) in die Auswertung mit aufgenommen. Dies soll allein der Vergleichbarkeit bei unterschiedlich großen Einrichtungen und der Weiterentwicklung der Minutenwerte dienen (Tabelle 32). Für die einrichtungsbezogene Darstellung werden, wie in der Richtlinie gefordert, die tatsächliche Personalausstattung sowie die Mindestpersonalausstattung und – daraus folgend – der Umsetzungsgrad dargestellt. Die geforderte Mindestpersonalausstattung pro Behandlungsbereich basiert auf den im Vorjahresquartal behandelten Patientinnen und Patienten (Behandlungswochen) sowie auf den Minutenwerten, die je Berufsgruppe vorgegeben sind, um die Patientinnen und Patienten dieses Behandlungsbereichs zu behandeln. Durch den Vergleich der tatsächlichen beobachteten Vollkraftstunden mit der geforderten Mindestpersonalausstattung lässt sich rückschließen, ob mit den tatsächlichen Vollkraftstunden des Personals die vorgegebene Mindestpersonalausstattung für die (im Vorjahresquartal) behandelten Patientinnen und Patienten erreicht wurde. Falls in den Behandlungsbereichen die Behandlungstage im Erfassungsjahr mindestens 2,5 Prozent von den Vorjahresbehandlungstagen abweichen, so wird, laut Vorgabe der Richtlinie, zur Berechnung der Mindestpersonalausstattung auf die Behandlungstageswerte des aktuellen Erfassungsquartals zurückgegriffen (§ 6 Abs. 4 PPP-RL).

### **Nachtdienst**

Ein Auftrag der Richtlinie ist die Überprüfung und gegebenenfalls Neuanpassung der Mindestpersonalausstattung für die Nachtdienste (§ 14 Abs. 2 PPP-RL). Die tatsächliche Besetzung im Nachtdienst wird monatlich auf Stationsebene erhoben (Vgl. Anlage 3 B5 PPP-RL).

Die Krankenhäuser haben für die Personalbesetzung im Nachtdienst die Anzahl der Nächte nachzuweisen, in denen zwei definierte Schwellenwerte unterschritten wurden: zum einen die Anzahl der Nächte, in denen weniger als 2,0 Pflegekräfte (bzw. weniger als 16 VKS) im Dienst tätig waren, und zum anderen die Anzahl der Nächte, in denen weniger als 14 VKS tätig waren (TrG § 7 Abs. 8 PPP-RL). Für die Auswertung der Personalbesetzung im Nachtdienst wird empfohlen, standortübergreifend die Anzahl der Nächte mit < 14 VKS und die Anzahl der Nächte < 16 VKS

mit Hilfe von Boxplots darzustellen (Abbildung 12). Es wird empfohlen, den Mittelwert der Variable „Anzahl Patientinnen und Patienten je Pflegefachperson“ longitudinal darzustellen. Somit können auf Bundesebene Schwankungen in der Patientinnen-Pflegenden-Ratio dargestellt werden (Abbildung 13).

## **4.4 Ergebnisdarstellung auf Bundesebene**

Im Folgenden werden Grafiken und Tabellen für die quartalsbezogene Ergebnisdarstellung der nach Anlage 3 der PPP-RL zu dokumentierenden Daten, standortübergreifend auf Bundesebene, empfohlen. Die finalen Ergebnisse werden jeweils stratifiziert nach den Einrichtungstypen „Erwachsenenpsychiatrie“, „Psychosomatik“ sowie „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ dargestellt. Für das vorliegende Auswertungs- und Berichtskonzept beschreibt das IQTIG die Darstellungsmöglichkeiten für die Erwachsenenpsychiatrie, welche analog für die Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie gelten. Die Ergebnisdarstellung erfolgt, wie bereits in Kapitel 1.2 beschrieben, deskriptiv. Hinweis: Jegliche in Tabellen und Grafiken dargestellten Werte sind fiktive Werte, beruhen nicht auf Realdaten und sind lediglich im Sinne einer besseren Verständlichkeit eingetragen worden.

### **4.4.1 Allgemeine Auswertung**

In diesem Kapitel werden die allgemeinen Daten der Einrichtungen genauer beschrieben. Des Weiteren wird darauf eingegangen, welche durchschnittliche Anzahl an Behandlungstagen in den Einrichtungen verzeichnet ist und wie die Patientinnen und Patienten auf die Behandlungsbereiche verteilt bzw. eingestuft werden.

#### **4.4.1.1 Strukturbeschreibung der Einrichtungen [Tabellen A1. und A2.1 PPP-RL]**

In Tabelle 11 finden sich nähere Angaben zu der Struktur und Größe sowie der Auslastung, der gesetzlichen und landesrechtlichen Verpflichtungen der Krankenhäuser. Die Darstellung erfolgt stratifiziert nach der Gesamtanzahl der Einrichtungen und für die drei Einrichtungstypen „Erwachsenenpsychiatrie“, „Psychosomatik“ sowie „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ innerhalb einer Tabelle. Eine Aufstellung der Einrichtungen, die die Mitwirkungspflicht nicht bzw. nicht vollständig erfüllt haben, sowie weitere Informationen können der Tabelle 47 entnommen werden.

Um die Einrichtungen zu beschreiben, die eine regionale Pflichtversorgung angegeben haben, werden diese anhand der Datenfelder zur regionalen Pflichtversorgung der Einrichtung gemäß Tabelle A1 Anlage 3 PPP-RL beschrieben (Tabelle 12). Dabei ist zu beachten, dass es bislang keine eindeutige Definition der regionalen Pflichtversorgung gibt (Ziereis et al. 2020).



Tabelle 11: Strukturbeschreibung der Einrichtungen gesamt, sowie getrennt nach den Einrichtungstypen. Die einzelnen Spalten summieren sich jeweils zeilenweise zu 100 Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

Variable	Gesamt <sup>14</sup>	Erwachsenenpsychiatrie <sup>15</sup>	Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>16</sup>	Psychosomatik <sup>17</sup>
Anzahl der datenliefernden Einrichtungen (%)	642 (100,0 %)	300 (46,7 %)	142 (22,1 %)	200 (31,2 %)
Anzahl der im Vorquartal datenliefernden Einrichtungen ohne aktuelle Datenlieferung (%)				
Anzahl der Einrichtungen mit regionaler Pflichtversorgung (%)				
Anzahl der Einrichtungen mit geschlossenen Bereichen (%)				
Anzahl der Einrichtungen mit 24 Std. Präsenzdiensten (%)				
Mittlere Anzahl von Behandlungstagen gesetzlicher Unterbringung (SD)				
Mittlere Anzahl von Behandlungstagen landesrechtlicher Verpflichtung zur Aufnahme (SD)				
Mittlere Anzahl an vollstationären Planbetten (SD)				
Mittlere Anzahl an teilstationären Planbetten (SD)				

<sup>14</sup> Datenliefernde Einrichtungen über alle Einrichtungstypen

<sup>15</sup> Datenliefernde Einrichtungen, wo Einrichtungstyp 29

<sup>16</sup> Datenliefernde Einrichtungen, wo Einrichtungstyp 30

<sup>17</sup> Datenliefernde Einrichtungen, wo Einrichtungstyp 31

Tabelle 12: Anzahl der regionale Pflichtversorgung über alle Einrichtungen. Dargestellt sind die Anteile als Bruchzahlen und in Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

	Regionale Pflichtversorgung			
	Gesamt	Erwachsenenpsychiatrie	Kinder- und Jugendpsychiatrie	Psychosomatik
Datenliefernde Einrichtungen <sup>18</sup>	1080	462/1080 (42,8 %)	378/1080 (35,0 %)	240/1080 (22,2 %)
Regionale Pflichtversorgung <sup>19</sup>	640/1080	342/640 (53,4 %)	298/640 (46,6 %)	0/640 (0,0 %)
Geschlossene Bereiche <sup>20</sup>	300/640	200/300 (66,7 %)	100/300 (33,3 %)	0/300 (0,0 %)
24-Stunden-Präsenzdienst <sup>21</sup>	550/640	300/550 (54,5 %)	250/550 (45,5 %)	0/550 (0,0 %)
Mind. einen Behandlungstag mit gesetzlicher Unterbringung <sup>22</sup>				
Mind. einen Behandlungstag mit landesrechtlicher Verpflichtung zur Aufnahme <sup>23</sup>				
Anzahl der Krankenhäuser, mit regionaler Pflichtversorgung + geschlossene Bereiche + 24-h-Präsenzdienste <sup>24</sup>				

<sup>18</sup> Anzahl der datenliefernden Einrichtungen

<sup>19</sup> Anzahl der datenliefernden Einrichtungen, wo Einrichtungstyp 29 oder 30 oder 31, und regionale Pflichtversorgung „ja“

<sup>20</sup> Anzahl der datenliefernden Einrichtungen, wo Einrichtungstyp 29 oder 30 oder 31, und regionale Pflichtversorgung „ja“ und geschlossene Bereiche „ja“

<sup>21</sup> Anzahl der datenliefernden Einrichtungen, wo Einrichtungstyp 29 oder 30 oder 31, und regionale Pflichtversorgung „ja“ und 24-Stunden-Präsenzdienst „ja“

<sup>22</sup> Anzahl der datenliefernden Einrichtungen, wo Einrichtungstyp 29 oder 30 oder 31, und regionale Pflichtversorgung „ja“ und Anzahl von Behandlungstagen mit gesetzl. Unterbringung  $\geq 1$

<sup>23</sup> Anzahl der datenliefernden Einrichtungen, wo Einrichtungstyp 29 oder 30 oder 31, und regionale Pflichtversorgung „ja“ und Anzahl von Behandlungstagen mit landesrechtl. Verpflichtung zur Aufnahme  $\geq 1$

<sup>24</sup> Anzahl der datenliefernden Einrichtungen, wo Einrichtungstyp 29 oder 30 oder 31 und regionale Pflichtversorgung „ja“ und geschlossene Bereiche „ja“ und 24-Stunden-Präsenzdienst „ja“

	Regionale Pflichtversorgung			
	Gesamt	Erwachsenenpsychiatrie	Kinder- und Jugendpsychiatrie	Psychosomatik
Anzahl der Krankenhäuser, mit regionaler Pflichtversorgung + geschlossene Bereiche + 24-h-Präsenzdienste + mind. 1 Behandlungstag einer gesetzlichen Unterbringung <sup>25</sup>				
Anzahl der Krankenhäuser, mit regionaler Pflichtversorgung + geschlossene Bereiche + 24-h-Präsenzdienste + mind. 1 Behandlungstag einer gesetzlichen Unterbringung + mind. 1 Behandlungstag einer landesrechtlichen Verpflichtung zur Aufnahme <sup>26</sup>				

<sup>25</sup> Anzahl der datenliefernden, wo Einrichtungstyp 29 oder 30 oder 31 und regionale Pflichtversorgung „ja“ und geschlossene Bereiche „ja“ und 24-Stunden-Präsenzdienst „ja“ und Anzahl von Behandlungstagen mit gesetzl. Unterbringung  $\geq 1$

<sup>26</sup> Anzahl der datenliefernden Einrichtungen, wo Einrichtungstyp 29 oder 30 oder 31 und regionale Pflichtversorgung „ja“ und geschlossene Bereiche „ja“ und 24-Stunden-Präsenzdienst „ja“ und Anzahl von Behandlungstagen mit gesetzl. Unterbringung  $\geq 1$  und Anzahl von Behandlungstagen mit landesrechtl. Verpflichtung zur Aufnahme  $\geq 1$

**4.4.1.2 Stationsbeschreibung der Einrichtungen [Tabelle A2.2 PPP-RL]**

Für das Nachweisverfahren müssen die Standorte die Anzahl der Stationen angeben. Die durchschnittliche Stationsanzahl der Krankenhäuser, differenziert nach den Einrichtungstypen, kann der Abbildung 2 entnommen werden. Eine tabellarische Verteilungsdarstellung basierend auf den ersten Daten ist im Anhang integriert.

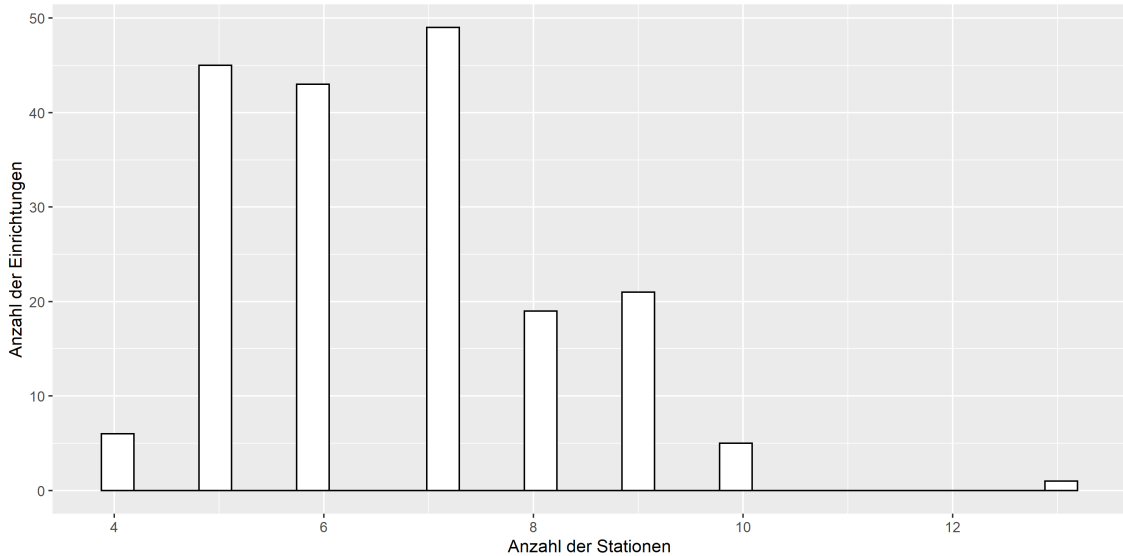


Abbildung 2: Verteilungsdarstellung Anzahl der Stationen (je Einrichtungstyp). (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

Des Weiteren wird in Tabelle 13 dargestellt, wie viele Patientinnen und Patienten einem Stationstyp zugeordnet wurden. Dabei wird empfohlen, die Stationsgröße von 18 Behandlungsplätzen in der Erwachsenenpsychiatrie und von 12 Behandlungsplätzen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht zu überschreiten (§ 9 Abs. 1 PPP-RL).

Tabelle 13: Durchschnittliche Patientenbelegung pro Stationstyp (je Einrichtungstyp). (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)<sup>27</sup>

	Stationstypen <sup>28</sup>					
Patientenbelegung	A	B	C	D	E	F
≥ 20						
18–20						
15–17						

<sup>27</sup> Berechnung der durchschnittlichen Patientenbelegung auf Basis des Mittelwerts der Anzahl an Patientinnen und Patienten über die jeweiligen Stichtage des Quartals je Station (= je Stations-ID)

<sup>28</sup> geschützte Akut- bzw. Intensivstation (A), fakultativ geschlossene Station (B), offene, nicht elektive Station (C), Station mit geschützten Bereichen (D), elektive offene Station (E), nicht-stationsbezogene Einheit mit innovativem Behandlungskonzept (F)

Stationstypen <sup>28</sup>						
12–14						
< 14						

Abbildung 3 zeigt die durchschnittliche Patientenbelegung für die einzelnen Stationstypen in einem Quartal. Auch diese Darstellung erfolgt stratifiziert nach den Einrichtungstypen und orientiert sich an den Empfehlungen aus § 9 Abs.1 PPP-RL.

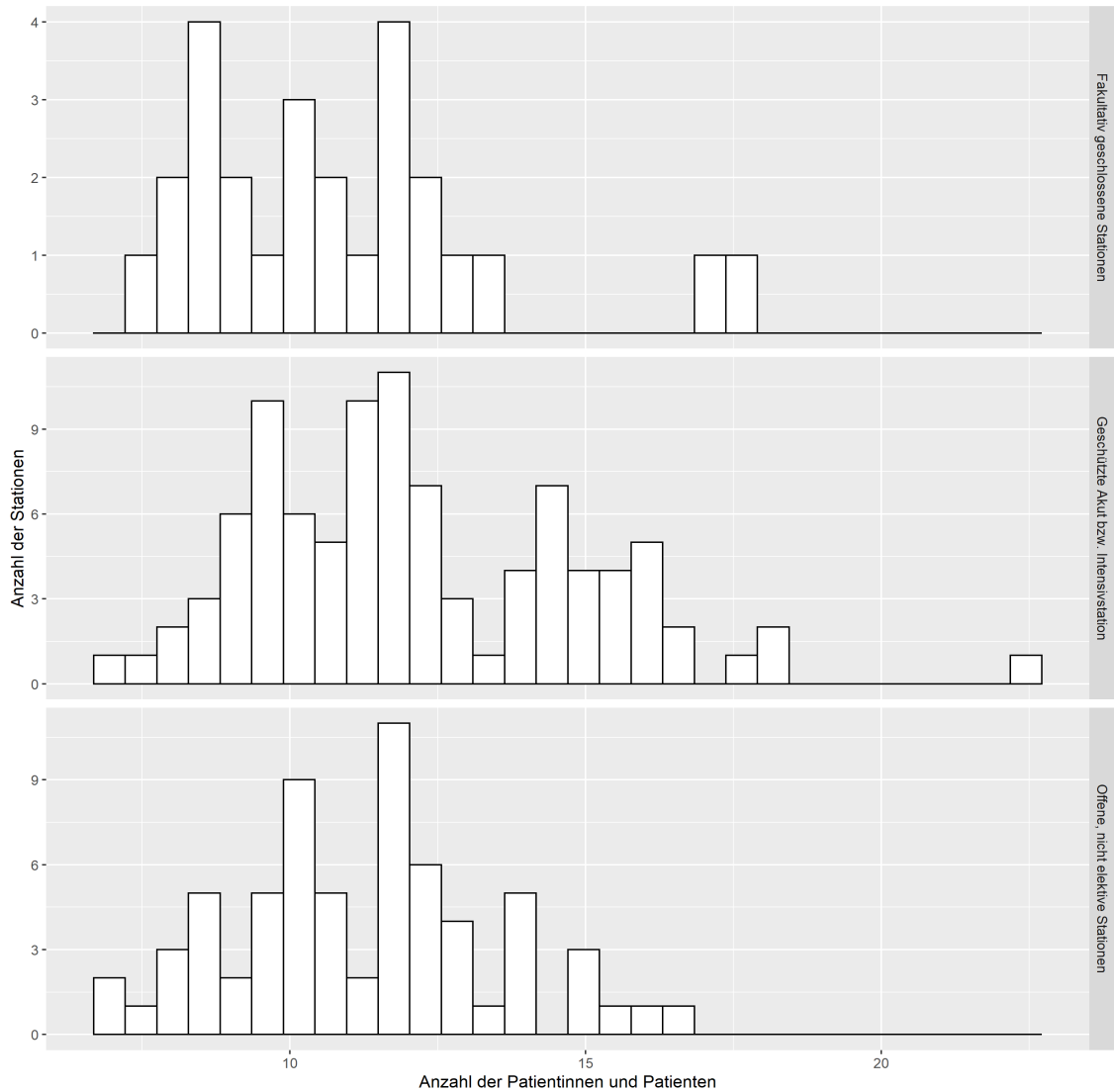


Abbildung 3: Verteilungsdarstellung Patientinnen und Patienten pro Station (je Einrichtungstyp). (Es ist nur ein Auszug der Stationstypen dargestellt. Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

Um weitere Charakteristika der Einrichtungen zu beleuchten zeigt Abbildung 4, in welcher therapeutischen Einheit (Stationstyp) schwerpunktmäßig welche Patientinnen und Patienten (laut Eingruppierung gemäß Anlage 2 PPP-RL) behandelt werden. Diese Einordnung und die damit verbundene Darstellung ist ab dem Erfassungsjahr 2021 möglich und erfolgt stratifiziert nach den drei Einrichtungstypen. Die Schwerpunkte der Behandlung (Konzeptstationen) werden für

die Psychosomatik (P1 und P2) sowie für die Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) angepasst. Eine tabellarische Darstellung befindet sich im Anhang (Tabelle 48).

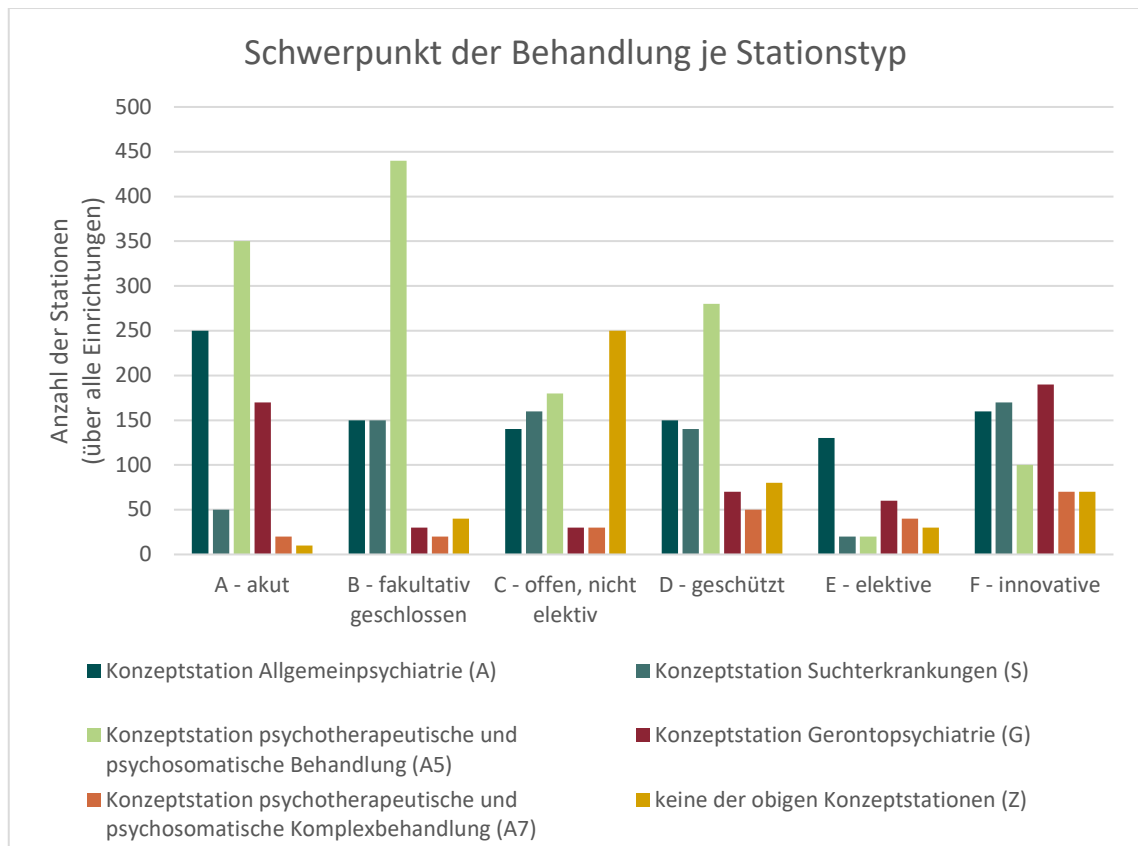


Abbildung 4: Schwerpunkt der Behandlung je Stationstyp (je Einrichtungstyp). Darstellung welche therapeutischen Einheiten (Stationstypen) welchen Schwerpunkt der Behandlung abdecken in der Erwachsenenpsychiatrie. Die X-Achse beschreibt die verschiedenen Stationstypen, die Y-Achse die Anzahl Behandlungsschwerpunkten über alle Einrichtungen. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

Um die Definition der Stationstypen zu überprüfen und gegebenenfalls anpassen zu können, ist ein Vergleich der Stationstypen und der Einstufung der Patientinnen und Patienten erforderlich. Diese Auswertung erfolgt ab dem Erfassungsjahr 2021 und wird differenziert nach den Einrichtungstypen dargestellt (Tabelle 14). Des Weiteren wird dann überprüft, ob die definierten Stationstypen bzw. der angegebene Schwerpunkt der Behandlung die unterschiedliche Patientenklientele mit ihrem Schweregrad abbilden; z.B. ob die Akutstation einen höheren durchschnittlichen Anteil an Intensivbehandlungstagen hat als die anderen Stationen (Tabelle 15). Intensivbehandlungstage werden in der Erwachsenenpsychiatrie definiert als Behandlungstage in den Behandlungsbereichen A2, S2 und G2; in der Kinder- und Jugendpsychiatrie als Behandlungstage in dem Behandlungsbereich KJ3 (Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung) und in der Psychosomatik als Behandlungstage in dem Behandlungsbereich P2 (Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung).

Tabelle 14: Anzahl der Behandlungstage pro Behandlungsbereich je Schwerpunkt der Behandlung. Die einzelnen Spalten summieren sich jeweils zeilenweise (z.B. A1) zu 100 Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

Behandlungsbereich	Schwerpunkt der Behandlung <sup>29</sup>									Gesamt
	A	A5	A7	S	G	P1	P2	KJ	Z	
<b>Erwachsenenpsychiatrie</b>										
A1 <sup>30</sup>	11.501,25 (19,6 %)	5.833,5 (10,0 %)	15.334,75 (26,2 %)	13.335,5 (22,8 %)	4.555,6 (7,8 %)	1.068,9 (1,8 %)	6.846,2 (11,7 %)	0 (0,0 %)	120 (0,2 %)	58.595,7 (100,00 %)
A2 <sup>31</sup>										
A4 <sup>32</sup>										
A5 <sup>33</sup>										
A6 <sup>34</sup>										
A7 <sup>35</sup>										

<sup>29</sup> Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie (A), Konzeptstation für psychotherapeutische und psychosomatische Behandlung (A5), Konzeptstation für psychotherapeutische und psychosomatische Komplexbehandlung (A7), Konzeptstation für Suchterkrankungen (S), Konzeptstation für Gerontopsychiatrie (G), Konzeptstation für Psychosomatik (P1), Konzeptstation für psychosomatische Komplexbehandlung (P2), Konzeptstation für Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJ), Keine der obigen Konzeptstationen (Z)

<sup>30</sup> Regelbehandlung in den Behandlungsbereichen Allgemeine Psychiatrie, Abhängigkeitskranke und Gerontopsychiatrie

<sup>31</sup> Intensivbehandlung in den Behandlungsbereichen Allgemeine Psychiatrie, Abhängigkeitskranke und Gerontopsychiatrie

<sup>32</sup> Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker in den Behandlungsbereichen Allgemeine Psychiatrie, Abhängigkeitskranke, Gerontopsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie

<sup>33</sup> Psychotherapie in den Behandlungsbereichen Allgemeine Psychiatrie, Abhängigkeitskranke und Gerontopsychiatrie

<sup>34</sup> Tagesklinische Behandlung in den Behandlungsbereichen Allgemeine Psychiatrie, Abhängigkeitskranke, Gerontopsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie

<sup>35</sup> Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung in dem Behandlungsbereich Allgemeine Psychiatrie

Behandlungsbereich	Schwerpunkt der Behandlung <sup>29</sup>									
	A	A5	A7	S	G	P1	P2	KJ	Z	Gesamt
A9 <sup>36</sup>										
S1 <sup>30</sup>										
S2 <sup>31</sup>										
S4 <sup>32</sup>										
S5 <sup>33</sup>										
S6 <sup>34</sup>										
S9 <sup>36</sup>										
G1 <sup>30</sup>										
G2 <sup>31</sup>										
G4 <sup>32</sup>										
G5 <sup>33</sup>										
G6 <sup>34</sup>										
G9 <sup>36</sup>										
<b>Psychosomatik</b>										

<sup>36</sup> Stationsäquivalente Behandlung in den Behandlungsbereichen Allgemeine Psychiatrie, Abhängigkeitskranke, Gerontopsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie



Behandlungs- bereich	Schwerpunkt der Behandlung <sup>29</sup>									
	A	A5	A7	S	G	P1	P2	KJ	Z	Gesamt
P1 <sup>37</sup>										
P2 <sup>38</sup>										
P3 <sup>39</sup>										
P4 <sup>40</sup>										
<b>Kinder- und Jugendpsychiatrie</b>										
KJ1 <sup>41</sup>										
KJ2 <sup>42</sup>										
KJ3 <sup>43</sup>										
KJ5 <sup>32</sup>										
KJ6 <sup>44</sup>										
KJ7 <sup>34</sup>										

<sup>37</sup> Psychotherapie

<sup>38</sup> Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung

<sup>39</sup> Psychotherapie teilstationär

<sup>40</sup> Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär

<sup>41</sup> Kinderpsychiatrische Regel- und Intensivbehandlung

<sup>42</sup> Jugendpsychiatrische Regelbehandlung

<sup>43</sup> Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung

<sup>44</sup> Eltern-Kind-Behandlung

Behandlungsbereich	Schwerpunkt der Behandlung <sup>29</sup>									Gesamt
	A	A5	A7	S	G	P1	P2	KJ	Z	
KJ9 <sup>36</sup>										

Tabelle 15: Behandlungstage je Behandlungsbereich, Stationstyp und Schwerpunkt der Behandlung (je Einrichtungstyp). Die einzelnen Zeilen summieren sich jeweils spaltenweise (z.B. Stationstyp A) zu 100 Prozent. Dargestellt sind die mittleren Behandlungstage je Behandlungsbereich (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken).

Anteil der Behandlungstage je Behandlungsbereiche																				
	A1 <sup>30</sup>	A2 <sup>31</sup>	A4 <sup>32</sup>	A5 <sup>33</sup>	A6 <sup>34</sup>	A7 <sup>35</sup>	A9 <sup>36</sup>	S1 <sup>30</sup>	S2 <sup>31</sup>	S4 <sup>32</sup>	S5 <sup>33</sup>	S6 <sup>34</sup>	S9 <sup>36</sup>	G1 <sup>30</sup>	G2 <sup>31</sup>	G4 <sup>32</sup>	G5 <sup>33</sup>	G6 <sup>34</sup>	G9 <sup>36</sup>	A2/S2/G2 <sup>45</sup>
<b>Stationstypen<sup>28</sup></b>																				
A	125/350 (35,7 %)	54/200																		
B	25/350 (7,1 %)																			
C																				
D																				
E																				
F																				
<b>Schwerpunkt der Behandlung<sup>29</sup></b>																				
KJP																				

<sup>45</sup> Erwachsenenpsychiatrie: Anteil A2/S2/G2; Kinder- und Jugendpsychiatrie: KJ3; Psychosomatik: P2

Anteil der Behandlungstage je Behandlungsbereiche																				
	A1 <sup>30</sup>	A2 <sup>31</sup>	A4 <sup>32</sup>	A5 <sup>33</sup>	A6 <sup>34</sup>	A7 <sup>35</sup>	A9 <sup>36</sup>	S1 <sup>30</sup>	S2 <sup>31</sup>	S4 <sup>32</sup>	S5 <sup>33</sup>	S6 <sup>34</sup>	S9 <sup>36</sup>	G1 <sup>30</sup>	G2 <sup>31</sup>	G4 <sup>32</sup>	G5 <sup>33</sup>	G6 <sup>34</sup>	G9 <sup>36</sup>	A2/S2/G2 <sup>45</sup>
A																				
A5																				
A7																				
S																				
G																				
P1																				
P2																				
Z																				

#### 4.4.1.3 Durchschnittliche Anzahl Behandlungstage [Tabelle A3.1 PPP-RL]

Die Patientinnen und Patienten werden je nach Art und Schwere der Krankheit und dem damit verbundenen Behandlungsziel in Behandlungsbereiche zugeordnet. Die Patientenzuordnung erfolgt dabei unter Berücksichtigung der Eingruppierungsempfehlungen gemäß Anlage 2 der PPP-RL. In Tabelle 16 werden die durchschnittliche Anzahl an Behandlungstagen je Behandlungsbereich, differenziert nach den Einrichtungstypen, dargestellt.

Tabelle 16: Mittlere Anzahl der Behandlungstage (über alle Einrichtungen). Darstellung der mittleren Anzahl an Behandlungstagen mit Standardabweichung (SD) je Behandlungsbereich gemäß Anlage 2 PPP-RL über alle Standorte. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

Einrichtungen	Mittlere Behandlungstage (SD) über alle Einrichtungen
<b>Erwachsenenpsychiatrie Gesamt<sup>46</sup></b>	<b>2.949,6 (1,2)</b>
A – Allgemeine Psychiatrie <sup>47</sup>	811,16
A1 – Regelbehandlung	
A2 - Intensivbehandlung	
...	
S – Abhängigkeitskranke <sup>48</sup>	1419,22
S1 – Regelbehandlung	
S2 – Intensivbehandlung	
...	
G – Gerontopsychiatrie <sup>49</sup>	719,22
G1 – Regelbehandlung	
G2 – Intensivbehandlung	
...	
<b>Psychosomatik – Gesamt<sup>50</sup></b>	<b>983,2 (1,3)</b>
P1 – Psychotherapie	200,1
P2 – Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	245,8
P 3 – Psychotherapie teilstationär	270,6

<sup>46</sup> Datenliefernde Einrichtung, wo Einrichtungstyp 29 über alle Behandlungsbereiche

<sup>47</sup> Datenliefernde Einrichtung, wo Einrichtungstyp 29 und Behandlungsbereich „A“

<sup>48</sup> Datenliefernde Einrichtung, wo Einrichtungstyp 29 und Behandlungsbereich „S“

<sup>49</sup> Datenliefernde Einrichtung, wo Einrichtungstyp 29 und Behandlungsbereich „G“

<sup>50</sup> Datenliefernde Einrichtung, wo Einrichtungstyp 29 und Behandlungsbereich „P“

Einrichtungen	Mittlere Behandlungstage (SD) über alle Einrichtungen
P 4 – Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär	175,3
<b>Kinder- und Jugendpsychiatrie – Gesamt<sup>51</sup></b>	<b>746,7 (2,0)</b>
KJ1 – Kinderpsychiatrische Regel- und Intensivbehandlung	
KJ2 – Jugendpsychiatrische Regelbehandlung	
...	

#### 4.4.1.4 Beschreibung der Patientinnen und Patienten (basierend auf den Behandlungstagen) [Tabelle A3.3 PPP-RL]

Nachdem abgebildet wurde, in welche Behandlungsbereiche die Patientinnen und Patienten eingeteilt werden, folgt in diesem Abschnitt die Anzahl an Behandlungstagen je Behandlungsbereich. Dabei ergibt sich die quartalsbezogene Anzahl der Behandlungstage je Behandlungsbereich aus der Summe der angegebenen Werte aus B1.3. In Tabelle 17 wird die Verteilung der Patientinnen und Patienten auf die Behandlungsbereiche gemäß § 3 PPP-RL dargestellt. Die Darstellung wird stratifiziert nach den Einrichtungstypen. Die Behandlungsbereiche der Psychosomatik umfassen P1 - Psychotherapie, P2 – psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung, P3 - Psychotherapie teilstationär und P4 - die psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär. Die Patientinnen und Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie können den Behandlungsbereichen KJ1 – Kinderpsychiatrische Regel- und Intensivbehandlung, KJ2 - Jugendpsychiatrische Regelbehandlung, KJ3 - Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung, KJ5 – langandauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker, KJ6 – Eltern-Kind-Behandlung, KJ7 – tagesklinische Behandlung und KJ9 – stationsäquivalente Behandlung zugeordnet werden.

Tabelle 17: Anzahl der Behandlungstage je Behandlungsbereich gemäß § 3 PPP-RL (je Einrichtungstyp) des aktuellen Quartals über alle Einrichtungen. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

Behandlungsbereich	Anzahl Behandlungstage (%)
<b>Erwachsenenpsychiatrie Gesamt<sup>52</sup></b>	<b>265.464 (100,0 %)</b>
A – Allgemeine Psychiatrie <sup>53</sup>	46.005 (17,3 %)
A1 – Regelbehandlung	20.525 (7,7 %)
A2 - Intensivbehandlung	

<sup>51</sup> Datenliefernde Einrichtung, wo Einrichtungstyp 30 und Behandlungsbereich „KJ“

<sup>52</sup> Behandlungsbereiche „A“ und „S“ und „G“, wenn Einrichtungstyp 29

<sup>53</sup> Behandlungsbereich „A“, wenn Einrichtungstyp 29

Behandlungsbereich	Anzahl Behandlungstage (%)
...	
S – Abhängigkeitskranke	
S1 – Regelbehandlung	
S2 – Intensivbehandlung	
...	
G – Gerontopsychiatrie	
G1 – Regelbehandlung	
...	

In der Tabelle A3.3 des Nachweises der PPP-RL müssen die Krankenhäuser neben den Behandlungstagen des aktuellen Quartals auch die Behandlungstage des Vorjahresquartals angeben. Weicht die tatsächliche Anzahl der Behandlungstage im aktuellen Quartal um +/- 2,5 Prozent von den Behandlungstagen des Vorjahresquartals ab, wird für die weitere Berechnung der Behandlungswochen die tatsächliche Anzahl der Behandlungstage des laufenden Quartals verwendet (§ 6 Abs. 4 PPP-RL). Um darzustellen, wie viel Prozent der Krankenhäuser um mehr als 2,5 Prozent über oder unter der ermittelten Anzahl der Behandlungstage liegen, erfolgt eine tabellarische Darstellung stratifiziert nach den Einrichtungstypen (Tabelle 18). Da die Vermutung naheliegt, dass die kleineren Einrichtungen im Vergleich zu den größeren Einrichtungen weniger Behandlungstage haben, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass diese die prozentuale Abweichung schneller erreichen. Daher wird ebenfalls eine Stratifizierung nach der Größe der Einrichtung empfohlen (Tabelle 19). Ob die Angaben zu den Mindestvorgaben der Krankenhäuser auf dem aktuellen Erfassungsjahr oder auf dem Vorjahr basiert, kann nicht nachvollzogen werden.

*Tabelle 18: Auswertungen zum Korridor (je Einrichtungstyp). Dargestellt sind die Anteile als Bruchzahlen und in Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)*

Abweichung der Behandlungstage zum Vorquartal <sup>54</sup>	Anzahl der Einrichtungen
≥ 10 %	34/222 (15,3 %)
5 %–10 %	
2,50 %–5 %	
< 2,5 %	

<sup>54</sup> Cutoffs werden basierend auf den Daten festgelegt

Tabelle 19: Auswertungen zum Korridor nach Einrichtunggröße (je Einrichtungstyp). Dargestellt sind die Anteile als Bruchzahlen und in Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

Abweichung der Behandlungstage zum Vorquartal <sup>54</sup>	Bettenanzahl der Einrichtung				
	< 25	25–49	50–99	100–250	> 250
≥ 10 %	34/222 (15,3 %)	87/200 (43,5 %)	40/230 (17,4 %)	20/248 (8,1 %)	43/196 (21,9 %)
5 %–10 %					
2,50 %–5 %					
< 2,5 %					

#### 4.4.2 Umsetzungsgrad

Der Umsetzungsgrad wird unterschieden in den Umsetzungsgrad pro Berufsgruppe und den Umsetzungsgrad einer Einrichtung. Wenn der durchschnittliche Umsetzungsgrad einer Einrichtung und der Umsetzungsgrad pro Berufsgruppe der Einrichtung gleich oder über 100 Prozent sind, gelten die Mindestvorgaben als erfüllt.

##### 4.4.2.1 Umsetzungsgrad pro Einrichtung [Tabelle A5.2 PPP-RL]

Der Umsetzungsgrad der Mindestpersonalausstattung einer Einrichtung ergibt sich aus dem Mittelwert des Umsetzungsgrades aller Berufsgruppen und der Mindestpersonalausstattung der Berufsgruppen (VKS-Mind). Zusätzlich zu dem Umsetzungsgrad pro Einrichtung werden in diesem Kapitel Teilgruppenauswertung, nach Größe der Einrichtung und regionaler Pflichtversorgung dargestellt.

#### Umsetzungsgrad pro Einrichtungen

Für die Erfüllung der Mindestvorgaben ist es nötig, den Umsetzungsgrad pro Einrichtung zu erfassen. Auch hier erfolgt eine stratifizierte Darstellung nach „Erwachsenenpsychiatrie“ und „Kinder- und Jugendpsychiatrie“. Die Ermittlung des Umsetzungsgrades in der „Psychosomatik“ ist für die Erfassungsjahre 2020 und 2021 ausgesetzt (§ 16 Abs. 4 PPP-RL). Diese Darstellung wird somit erst ab dem Erfassungsjahr 2022 integriert.

Zunächst werden in einer Benchmarkgrafik die Umsetzungsgrade aller Einrichtungen stratifiziert nach den Einrichtungstypen dargestellt (Abbildung 5). Die x-Achse denotiert die nach Umsetzungsgrad sortierten Standorte und die y-Achse den dem jeweiligen Standort zugehörigen Umsetzungsgrad in Prozent. Die grüne Linie entspricht den geforderten Mindestvorgaben (hier: 100 Prozent), die blaue Linie dem mittleren Umsetzungsgrad und die dunkelblaue Linie dem Median über alle Einrichtungen.

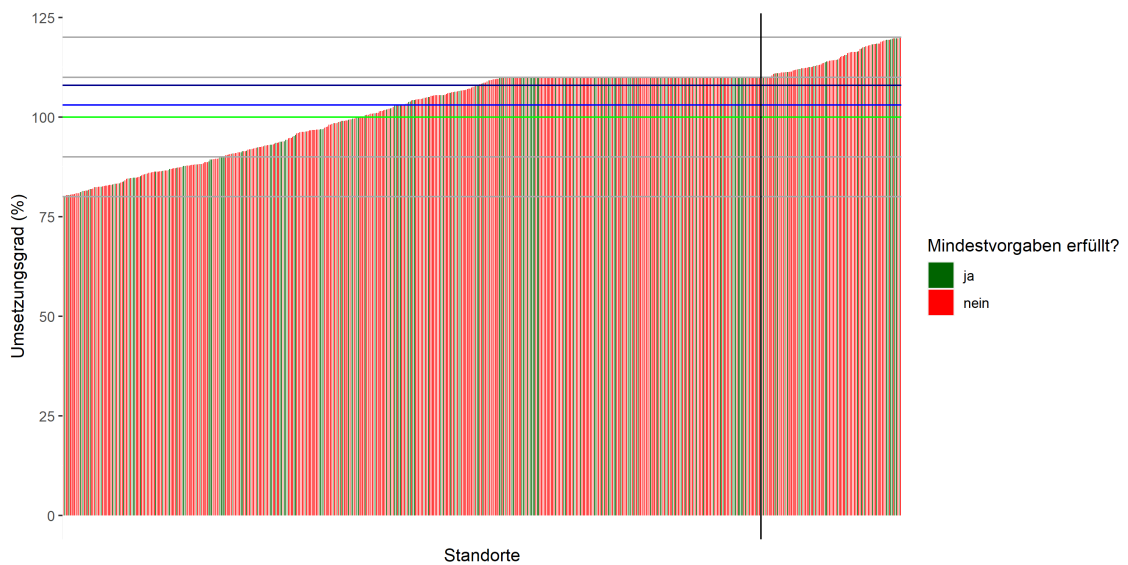


Abbildung 5: Umsetzungsgrad (je Einrichtungstyp). (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

Tabelle 20 zeigt, wie viele Einrichtungen von der Gesamtzahl welchen Umsetzungsgrad erreicht haben. Auch hier erfolgt die Darstellung wieder stratifiziert nach „Erwachsenenpsychiatrie“ und „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ („Psychosomatik“ ab 2022). Über die Erfüllung der Mindestvorgaben kann hierbei keine Aussage getroffen werden, da die Umsetzungsgrade der einzelnen Berufsgruppen nicht berücksichtigt werden.

Tabelle 20: Mittlerer Umsetzungsgrad aller Berufsgruppen über alle Einrichtungen (je Einrichtungstyp). Dargestellt sind die Anteile als Bruchzahlen und in Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

Mittlerer Umsetzungsgrad über alle Berufsgruppen <sup>55</sup>	Anzahl Einrichtungen (%)
≥ 180 %	23/600 (3,8 %)
170 % - 180 %	
160 % - 170 %	
150 % - 160 %	
140 % - 150 %	
130 % - 140 %	
120 % - 130 %	
110 % - 120 %	
100 % - 110 %	
95 % - 100 %	
90 % - 95 %	

<sup>55</sup> Untere Intervallgrenze jeweils inklusiv, obere jeweils exklusiv (z.B. [110-120])



Mittlerer Umsetzungsgrad über alle Berufsgruppen <sup>55</sup>	Anzahl Einrichtungen (%)
85 % - 90 %	
80 % - 85 %	
75 % - 80 %	
70 % - 75 %	
65 % - 70 %	
< 65 %	

Für die Darstellung eines bundesweiten Umsetzungsgrades (Abbildung 6) wird standortübergreifend ein bundesweites VKS-Ist sowie ein bundesweites VKS-Mind berechnet. Dabei beschreibt die x-Achse das Quartal und die y-Achse den Umsetzungsgrad in Prozent. Die Darstellung erfolgt differenziert nach Einrichtungstypen (Psychosomatik ab 2022).

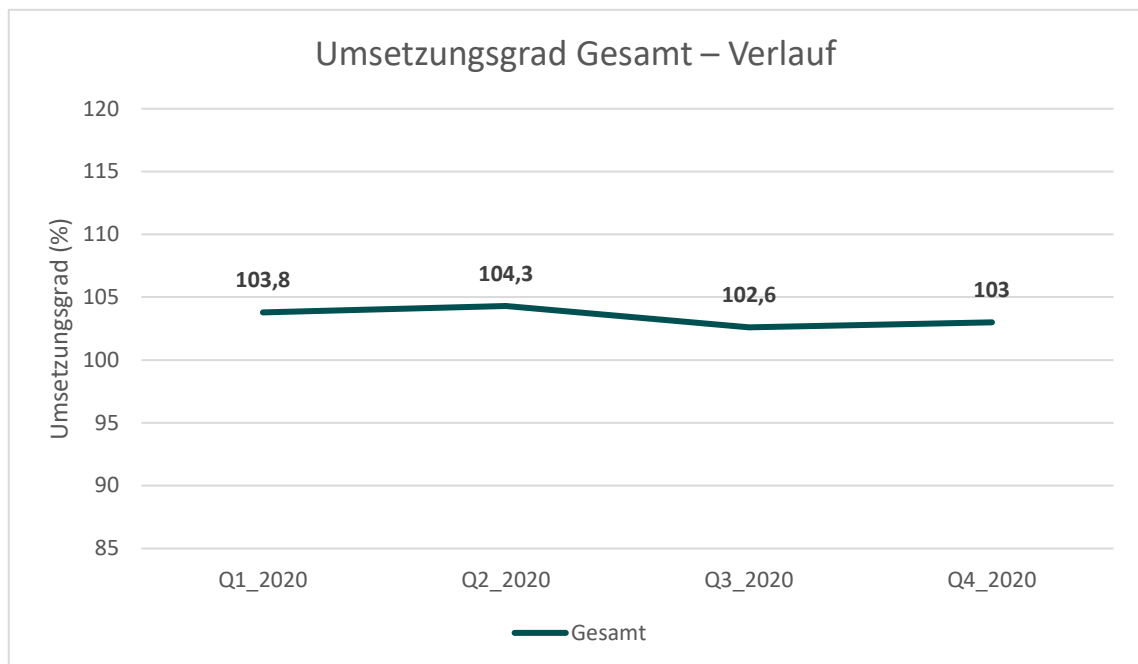


Abbildung 6: Umsetzungsgrad im Verlauf (je Einrichtungstyp), berechnet standortübergreifend über ein bundesweites VKS-Ist sowie VKS-Mind. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

### Umsetzungsgrad und Größe der Einrichtung

Um auch die besonders kleinen Einrichtungen (insbesondere die Tageskliniken) zu berücksichtigen, wird eine Kategorisierung nach „sehr kleine Einrichtungen (<25 Betten)“, „kleine Einrichtungen (26-49 Betten)“, „mittlere Einrichtungen (50-99 Betten)“, „große Einrichtungen (100-250 Betten)“ und „sehr große Einrichtungen (>250 Betten)“ vorgenommen. Die Einteilung wird mit den Daten des Erfassungsjahres 2020 sowie erstes und zweites Quartal 2021 geprüft und eventuell für die kommenden Quartale angepasst. Die Darstellung erfolgt stratifiziert nach den Einrichtungstypen „Erwachsenenpsychiatrie“ und „Kinder- und Jugendpsychiatrie“. Ab dem EJ

2022 wird die „Psychosomatik“ mit aufgenommen (Tabelle 21). Tabelle 22 ist eine zusammengefasste Darstellung der vorherigen Tabelle und dient einem schnelleren Überblick, wie viele Einrichtungen einen Umsetzungsgrad gleich oder über 85 Prozent erreicht haben. Hierbei ist zu beachten, dass dies noch nicht bedeutet, dass die Mindestvorgaben erfüllt sind, da zusätzlich der Umsetzungsgrad der Berufsgruppen berücksichtigt werden muss. Die Tabelle wird stratifiziert nach „Erwachsenenpsychiatrie“ und „Kinder- und Jugendpsychiatrie“. Ab dem EJ 2022 wird die „Psychosomatik“ mit aufgenommen.

Tabelle 21: Übersicht über den Umsetzungsgrad nach Einrichtungsgröße (je Einrichtungstyp). Die einzelnen Zeilen summieren sich jeweils spaltenweise (z.B. Bettenzahl <25) zu 100 Prozent. Dargestellt sind die Anteile als Bruchzahlen und in Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

Umsetzungsgrad <sup>56</sup>	Bettenanzahl der Einrichtung				
	<25	25-49	50-99	100-250	>250
≥ 180 %	34/222 (15,3 %)	87/200 (43,5 %)	40/230 (17,4 %)	20/248 (8,1 %)	43/196 (21,9 %)
170 % - 180 %					
160 % - 170 %					
150 % - 160 %					
140 % - 150 %					
130 % - 140 %					
120 % - 130 %					
110 % - 120 %					
100 % - 110 %					
95 % - 100 %					

<sup>56</sup> Untere Intervallgrenze jeweils inklusiv, obere jeweils exklusiv (z.B. [110-120[)

Umsetzungsgrad <sup>56</sup>	Bettenanzahl der Einrichtung				
	<25	25-49	50-99	100-250	>250
90 % - 95 %					
85 % - 90 %					
80 % - 85 %					
75 % - 80 %					
70 % - 75 %					
65 % - 70 %					
< 65 %					

Tabelle 22: Umsetzungsgrad  $\geq 85$  Prozent nach Einrichtungsgröße (je Einrichtungstyp). Die einzelnen Zeilen summieren sich jeweils spaltenweise (z.B. Bettenzahl <25) zu 100 %. Dargestellt sind die Anteile als Bruchzahlen und in Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

Umsetzungsgrad $\geq 85$ %	Bettenanzahl der Einrichtung				
	<25	25-49	50-99	100-250	>250
Ja	114/222 (51,4 %)	100/200 (50,0 %)			
Nein	108/222 (48,6 %)	100/200 (50,0 %)			

### Umsetzungsgrad und regionale Pflichtversorgung

Die Darstellung erfolgt stratifiziert nach den Einrichtungstypen „Erwachsenenpsychiatrie“ und „Kinder- und Jugendpsychiatrie“. In der Regel liegt in der „Psychosomatik“ keine regionale Pflichtversorgung vor. Aus diesem Grund wird auf diese Darstellung verzichtet.

*Tabelle 23: Übersicht über den Umsetzungsgrad nach regionaler Pflichtversorgung (je Einrichtungstyp Erwachsenenpsychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie). Die einzelnen Zeilen summieren sich jeweils spaltenweise zu 100 Prozent. Dargestellt sind die Anteile als Bruchzahlen und in Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)*

Umsetzungsgrad <sup>57</sup>	Regionale Pflichtversorgung	
	ja	nein
≥ 180 %	17/250 (6,8 %)	100/600 (17,0 %)
170 % - 180 %		
160 % - 170 %		
150 % - 160 %		
140 % - 150 %		
130 % - 140 %		
120 % - 130 %		
110 % - 120 %		
100 % - 110 %		
95 % - 100 %		
90 % - 95 %		
85 % - 90 %		
80 % - 85 %		
75 % - 80 %		
70 % - 75 %		

<sup>57</sup> Untere Intervallgrenze jeweils inklusiv, obere jeweils exklusiv (z.B. [110-120[)

Umsetzungsgrad <sup>57</sup>	Regionale Pflichtversorgung	
	ja	nein
65 % - 70 %		
< 65 %		

Tabelle 24 ist eine zusammengefasste Darstellung der vorherigen Tabelle und dient einem schnelleren Überblick, wie viele Einrichtungen einen Umsetzungsgrad gleich oder über 85 Prozent erreicht haben. Hierbei ist zu beachten, dass dies noch keine Aussagen zu den Mindestvorgaben zulässt, da zusätzlich der Umsetzungsgrad der Berufsgruppen berücksichtigt werden muss. Die Darstellung erfolgt stratifiziert nach den Einrichtungstypen „Erwachsenenpsychiatrie“ und „Kinder- und Jugendpsychiatrie“.

*Tabelle 24: Umsetzungsgrad  $\geq$  85 Prozent nach regionaler Pflichtversorgung (je Einrichtungstyp Erwachsenenpsychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie). Die einzelnen Zeilen summieren sich jeweils spaltenweise zu 100 Prozent. Dargestellt sind die Anteile als Bruchzahlen und in Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)*

Umsetzungsgrad $\geq$ 85 %	Regionale Pflichtversorgung	
	ja	nein
Ja	50/250 (20,0 %)	500/600 (83,0 %)
Nein	150/250 (80,0 %)	100/600 (17,0 %)

#### 4.4.2.2 Umsetzungsgrad pro Berufsgruppe [Tabelle A5.1 PPP-RL]

Um Aussagen treffen zu können, ob die Mindestvorgaben einer Einrichtung erfüllt sind, benötigt es neben dem Umsetzungsgrad der Mindestpersonalausstattung einer Einrichtung den Umsetzungsgrad pro Berufsgruppe. Die Darstellung erfolgt auch hier nur für die „Erwachsenenpsychiatrie“ und „Kinder- und Jugendpsychiatrie“, da die „Psychosomatik“ nach § 16 Abs. 4 PPP-RL den Umsetzungsgrad pro Berufsgruppe erst ab dem Erfassungsjahr 2022 ermitteln muss. Der Umsetzungsgrad einer Berufsgruppe ergibt sich aus Quotienten der tatsächlichen Vollkraftstunden (VKS-Ist) und den Mindestvorgaben der Vollkraftstunden (VKS-Mind). In Abbildung 7 wird der Umsetzungsgrad pro Berufsgruppe dargestellt. Die x-Achse beschreibt die Berufsgruppen und die y-Achse gibt den jeweiligen Umsetzungsgrad in Prozent an.

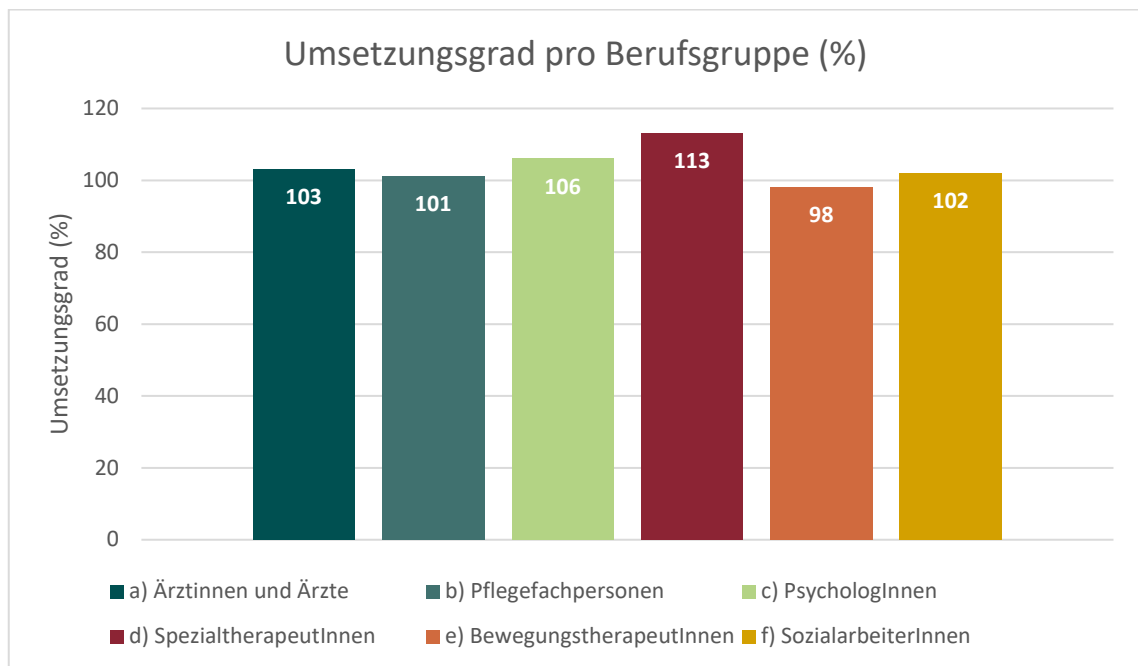


Abbildung 7: Umsetzungsgrad pro Berufsgruppe (je Einrichtungstyp) berechnet standortübergreifend über ein bundesweites VKS-Ist sowie VKS-Mind. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

Tabelle 25 und Tabelle 26 ermöglichen eine detailliertere Auswertungsdarstellung für den Umsetzungsgrad pro Berufsgruppe. Die Darstellung wird stratifiziert nach Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Hierbei ist zu beachten, dass sich die Berufsgruppen der beiden Einrichtungen voneinander unterscheiden.



Tabelle 25: Übersicht über den Umsetzungsgrad je Berufsgruppe (je Einrichtungstyp). Die einzelnen Zeilen summieren sich jeweils spaltenweise (z.B. Ärztinnen und Ärzte) zu 100 Prozent. Dargestellt sind die Anteile als Bruchzahlen und in Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

Umsetzungsgrad <sup>58</sup>	Berufsgruppen						
	Ärztinnen und Ärzte	Pflegefachpersonen	Psychologinnen und Psychologen	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	Bewegungstherapeut/innen, Physiotherapeut/innen	Sozialarbeiter/innen, Sozialpädagog/innen	Sprachheiltherapeut/innen, Logopäd/innen
≥ 180 %	22/600 (3,7 %)						
170 % - 180 %							
160 % - 170 %							
150 % - 160 %							
140 % - 150 %							
130 % - 140 %							
120 % - 130 %							
110 % - 120 %							
100 % - 110 %							
95 % - 100 %							
90 % - 95 %							
85 % - 90 %							
80 % - 85 %							
75 % - 80 %							

<sup>58</sup> Untere Intervallgrenze jeweils inklusiv, obere jeweils exklusiv (z.B. [110-120])

Umsetzungsgrad <sup>58</sup>	Berufsgruppen						
	Ärztinnen und Ärzte	Pflegefachpersonen	Psychologinnen und Psychologen	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	Bewegungstherapeut/innen, Physiotherapeut/innen	Sozialarbeiter/innen, Sozialpädagoge/innen	Sprachheiltherapeut/innen, Logopäde/innen
70 % - 75 %							
65 % - 70 %							
< 65 %							

Tabelle 26: Umsetzungsgrad  $\geq 85$  Prozent je Berufsgruppe (je Einrichtungstyp). Die einzelnen Zeilen summieren sich jeweils spaltenweise (z.B. Ärztinnen und Ärzte) zu 100 Prozent. Dargestellt sind die Anteile als Bruchzahlen und in Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

Umsetzungsgrad $\geq 85$ %	Berufsgruppen						
	Ärztinnen und Ärzte	Pflegefachpersonen	Psychologinnen und Psychologen	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	Bewegungstherapeut/innen, Physiotherapeut/innen	Sozialarbeiter/innen, Sozialpädagoge/innen	Sprachheiltherapeut/innen, Logopäde/innen
Ja	520/600 (86,7 %)						
Nein	80/600 (13,3 %)						

Für die Darstellung eines bundesweiten Umsetzungsgrades (in Prozent) pro Berufsgruppe (Abbildung 8) wird standortübergreifend ein bundesweites VKS-Ist sowie ein bundesweites VKS-Mind berechnet. Der bundesweite Umsetzungsgrad kann dabei helfen, auf Bundesebene Berufsgruppen mit hohem oder niedrigem Umsetzungsgrad zu identifizieren, ohne Aussagen über die Verteilung der Umsetzungsgrade der Einrichtungen zu machen. Der x-Achse kann das Quartal entnommen werden und die y-Achse zeigt den Umsetzungsgrad in Prozent pro Berufsgruppe. Eine tabellarische Darstellung befindet sich im Anhang (Tabelle 49).

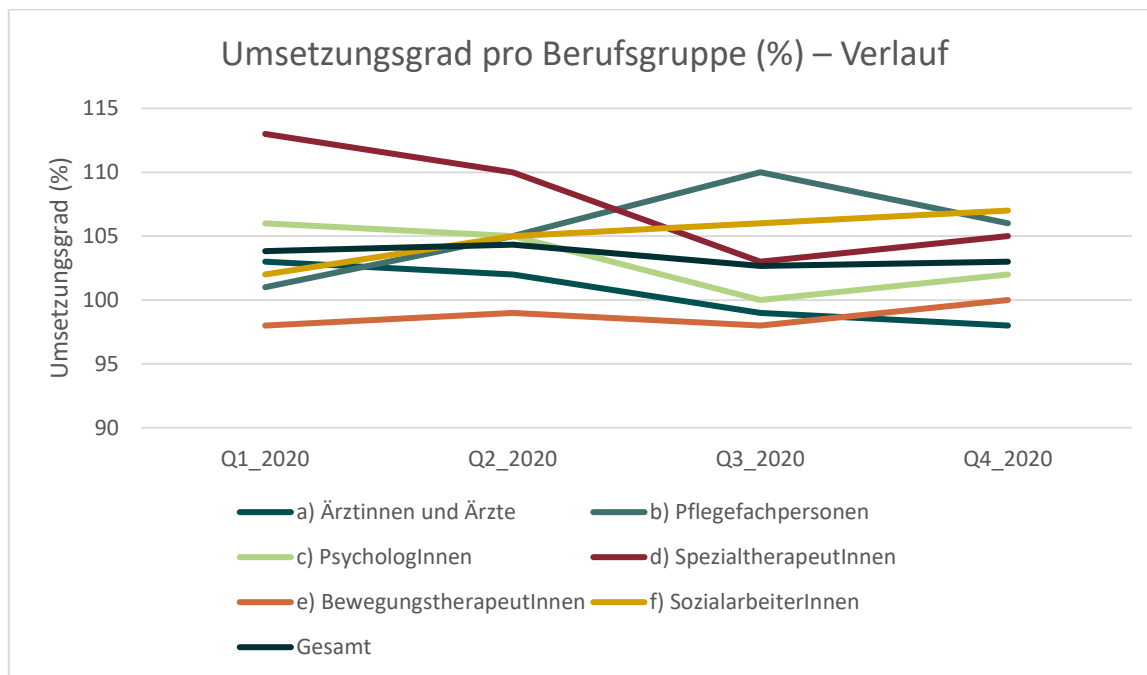


Abbildung 8: Umsetzungsgrad pro Berufsgruppe im Verlauf (je Einrichtungstyp), berechnet standortübergreifend über ein bundesweites VKS-Ist sowie VKS-Mind. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

Um Aussagen über die Verteilung der Umsetzungsgrade der Einrichtungen zu machen wird eine Verteilungsdarstellung der Umsetzungsgrade in den Einrichtungen empfohlen (Abbildung 9). Auf der x-Achse ist der Umsetzungsgrad, auf der y-Achse die Anzahl der Einrichtungen aufgetragen. Die blaue (grüne) vertikale Linie markiert den mittleren (medianen) Umsetzungsgrad je Berufsgruppe über die Einrichtungen.

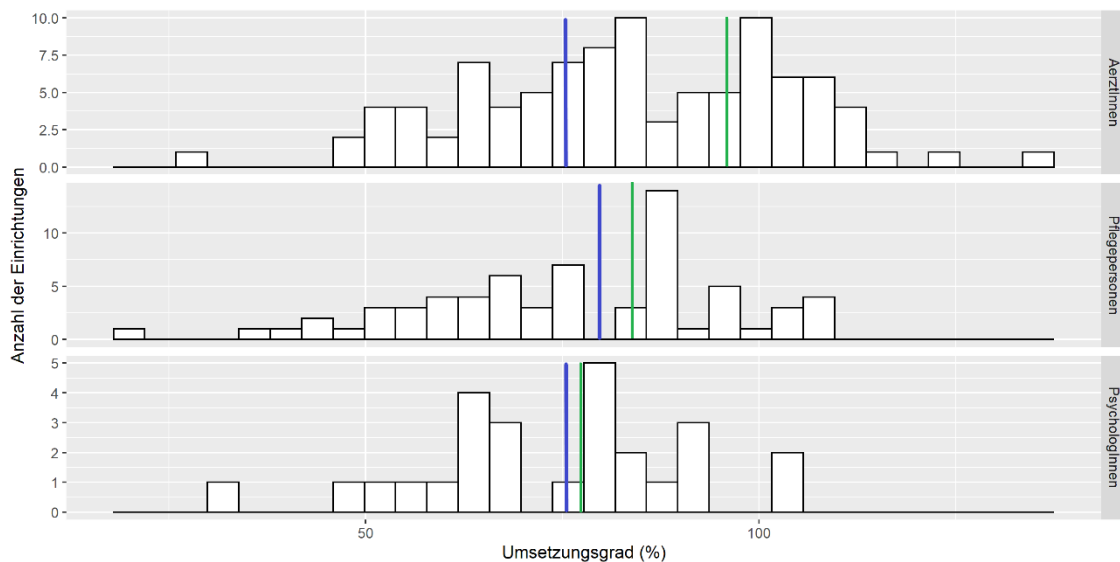


Abbildung 9: Verteilungsdarstellung des Umsetzungsgrades pro Berufsgruppe (je Einrichtungstyp). (Daten fiktiv und nur zu Illustrationszwecken. Es ist nur ein Auszug an Berufsgruppen dargestellt)

#### 4.4.2.3 Umsetzungsgrad pro Stationstyp

Basierend auf der Auswertung in welcher therapeutischen Einheit (Stationstyp) schwerpunktmäßig welche Patientinnen und Patienten (gemäß Anlage 2 PPP-RL) behandelt werden (vgl. Tabelle 14), wird in Tabelle 27 der Umsetzungsgrad je Stationstyp für die Allgemein Psychiatrie und Gerontopsychiatrie stratifiziert dargestellt. Eine verkürzte Darstellung ist der

Tabelle 28 zu entnehmen, da diese lediglich zeigt, wie viel Prozent der Stationen den auf Einrichtungsebene geforderten Umsetzungsgrad pro Stationstyp erreicht oder nicht erreicht haben. Diese Auswertungen erfolgen ab dem Erfassungsjahr 2021.

Der Umsetzungsgrad soll für verschiedene Anteile (abstufend <10 Prozent bis >40 Prozent) an Intensivbehandlungstagen (an den Gesamtbehandlungstagen) getrennt nach Berufsgruppen und Einrichtungstyp berichtet werden. Ein hoher Anteil an Intensivbehandlungstagen wird in der Erwachsenenpsychiatrie definiert, als ein hoher Anteil an A2, S2, und G2 Behandlungstagen von den Gesamtbehandlungstagen (analog in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: KJ3; Psychosomatik: P2). Da eine Darstellung aller drei Variablen (Umsetzungsgrad, Anteil an Intensivbehandlungstagen sowie Berufsgruppen) in einer zweidimensionalen Tabelle übersichtlich nicht umsetzbar ist, wird eine tabellarische Darstellung von Umsetzungsgrad und Anteil der Intensivbehandlungstagen an den Gesamtbehandlungstagen, stratifiziert nach den Berufsgruppen empfohlen (Tabelle 29). Der Umsetzungsgrad wird für die verschiedenen Anteile an Intensivbehandlungstagen dargestellt, um vergleichen zu können, ob der Umsetzungsgrad für die verschiedenen Anteile an Intensivbehandlungstagen variiert. Um dies zusätzlich für die verschiedenen Berufsgruppen darzustellen, wird die Tabelle pro Berufsgruppe erzeugt. Die Einteilung der festgelegten Intensivbehandlungsanteile wird mit den Daten des Erfassungsjahres 2020 sowie des ersten und zweiten Quartal 2021 geprüft und eventuell für die kommenden Quartale angepasst. Zeigt sich, dass z.B. in die festgelegten Bereiche sehr unterschiedliche An-

teile an Einrichtungen fallen, so könnte auch eine verteilungsbasierte Auswertung der Intensivbehandlungstage erfolgen. Somit könnte dargestellt werden wie die Umsetzungsgrade bei Einrichtungen mit relativ höherem Anteil an Intensivbehandlungstagen im Vergleich zu Einrichtungen mit einem geringeren Anteil an Intensivbehandlungstagen ausfallen. Eine quantilbasierte Auswertung teilt die Einrichtungen in gleich große Gruppen ein. Zur übersichtlichen Darstellung könnten die Einrichtungen in vier Gruppen (Quartile) eingeteilt werden, so dass in jede Gruppe 25 Prozent der Einrichtungen enthalten. Das bedeutet, das erste Quartil begrenzt den kleinsten Wert, für den gilt, dass mindestens 25 Prozent der Einrichtungen einen Anteil an Intensivbehandlungstagen an den Gesamtbehandlungstagen kleiner oder gleich diesem Wert haben. Solch eine Einteilung hat zum Vorteil, dass in jedem Intervall der Intensivbehandlungsanteile jeweils 25 Prozent der Einrichtungen liegen. Es ließe sich eine Frage beantworten wie: Wie viele von den Einrichtungen, die zu den 25 Prozent mit höchstem Anteil an Intensivbehandlungstagen gehören, haben einen Umsetzungsgrad von  $\geq 180$  Prozent? Eine Vergleichbarkeit der Absolutwerte (z.B. Anteil an Intensivbehandlungstagen  $> 40$  Prozent) in den Zellen der Tabelle ist dadurch über die Jahre hinweg jedoch nicht zwingend möglich, da sich die Verteilung, und damit auch die Quartilsgrenzen, von Jahr zu Jahr ändern können.

Bei der Auswertung des Anteils der Intensivbehandlungstage nach dem Umsetzungsgrad je Berufsgruppe über alle Stationen (Tabelle 30) eines Einrichtungstyps sind folgende Einschränkungen zu berücksichtigen: Die Personalmindestvorgaben sowie der Umsetzungsgrad müssen von den psychiatrischen Krankenhäusern auf Einrichtungsebene eingehalten werden. Daher kann eine einzelne Station von dem Umsetzungsgrad seiner Einrichtung abweichen. Bei einer Darstellung, wie viele Stationen einen bestimmten Umsetzungsgrad (nicht) erreicht haben, sollte daher berücksichtigt werden, dass die entsprechende Einrichtung den Umsetzungsgrad erfüllt, bzw. die Mindestvorgaben erreicht haben kann. Zudem muss bei der Interpretation der Ergebnisse die Situation der Stationen, die viel mit stationsübergreifendem Personal arbeiten, beachtet werden. Je nachdem wie die Einrichtung das stationsübergreifend-arbeitende Personal für die Dokumentation auf die Stationen verteilt, kann es zu einem geringeren oder höheren dokumentierten Umsetzungsgrad der Berufsgruppe kommen. Eine weitere Einschränkung betrifft das Erfassungsjahr 2020 und die Anteilsberechnungen an den Intensivbehandlungstagen: da erst ab dem Erfassungsjahr 2021 die Dokumentation der teilstationären Behandlungsbereiche P3 und P4 verfügbar war, konnte für das Erfassungsjahr 2020 keine Dokumentation dieser Bereiche erfolgen. Statt der teilstationären Behandlungsbereiche konnten die psychosomatischen Einrichtungen für das Erfassungsjahr 2020 nur die vollstationären Behandlungsbereiche dokumentieren, sodass statt P4 P2 dokumentiert werden konnte. Aufgrund dieser Limitationen empfiehlt das IQTIG eine Probeauswertung, um die Datenlage zu prüfen, und im Anschluss die Auswertungen gegebenenfalls anpassen zu können.

Tabelle 27: Übersicht über den Umsetzungsgrad je Stationstyp in der Konzeptstation Allgemein Psychiatrie oder Gerontopsychiatrie. Die einzelnen Zeilen summieren sich jeweils spaltenweise (z.B. A) zu 100 Prozent. Dargestellt sind die Anteile als Bruchzahlen und in Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

Umsetzungsgrad <sup>59</sup>	Stationstypen <sup>28</sup>					
	A <sup>60</sup>	B	C	D	E	F
≥ 180 %	75/200 (37,5 %)	25 (12,5 %)	30 (15,0 %)	15 (7,5 %)	10 (5,0 %)	45 (22,5 %)
170 % - 180 %						
160 % - 170 %						
150 % - 160 %						
140 % - 150 %						
130 % - 140 %						
120 % - 130 %						
110 % - 120 %						
100 % - 110 %						
95 % - 100 %						
90 % - 95 %						
85 % - 90 %						
80 % - 85 %						
75 % - 80 %						

<sup>59</sup> Untere Intervallgrenze jeweils inklusiv, obere jeweils exklusiv (z.B. [110-120])

<sup>60</sup> Berechnung: Mittelwert des Umsetzungsgrades über die Berufsgruppen und Monate aus Tab. B2.2

Umsetzungsgrad <sup>59</sup>	Stationstypen <sup>28</sup>					
	A <sup>60</sup>	B	C	D	E	F
70 % - 75 %						
65 % - 70 %						
<65 %						

Tabelle 28: Umsetzungsgrad  $\geq 85$  Prozent je Stationstyp in der Konzeptstation Allgemein Psychiatrie oder Gerontopsychiatrie erreicht. Die einzelnen Zeilen summieren sich spaltenweise (z.B. A) jeweils zu 100 Prozent. Dargestellt sind die Anteile als Bruchzahlen und in Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

Umsetzungsgrad $\geq$ 85 %	Stationstypen <sup>28</sup>					
	A	B	C	D	E	F
Ja	125/600 (20,8 %)					
Nein	475/600 (79,2 %)					

Tabelle 29: Verteilung des Umsetzungsgrades je Anteil an Intensivbehandlungstagen an den Gesamtbehandlungstagen für Ärztinnen und Ärzte<sup>61</sup> (je Einrichtungstyp). Dargestellt ist der Anteil der Einrichtungen (Prozent). Die Zeilen addieren sich jeweils spaltenweise (Bsp. Anteil <10 %) zu 100 Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

Umsetzungsgrad <sup>62</sup>	Anteil der Intensivbehandlungstage an den Gesamtbehandlungstagen				
	< 10 %	10 %–20 %	20 %–30 %	30 %–40 %	> 40 %
≥ 180 %	5/202 (2,5 %)				
170 %–180 %	24/202 (11,9 %)				
160 %–170 %					
[...]					
65 %–70 %					
< 65 %					

<sup>61</sup> Tabelle soll sowohl Berufsgruppenübergreifend, als auch für jede Berufsgruppe (hier Bsp. Ärztinnen und Ärzte) dargestellt werden

<sup>62</sup> Untere Intervallgrenze jeweils inklusiv, obere jeweils exklusiv (z.B. [110-120])



Tabelle 30: Verteilung des Umsetzungsgrades je Anteils an Intensivbehandlungstagen an den Gesamtbehandlungstagen für Ärztinnen und Ärzte<sup>63</sup> (je Einrichtungstyp). Dargestellt ist der Anteil der Stationen (Prozent). Die Zeilen addieren sich jeweils spaltenweise (Bsp. Anteil <10 %) zu 100 Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

Umsetzungsgrad <sup>64</sup>	Anteil der Intensivbehandlungstage an den Gesamtbehandlungstagen				
	< 10 %	10 %–20 %	20 %–30 %	30 %–40 %	> 40 %
≥ 180 %	5/202 (2,5 %)				
170 %–180 %	24/202 (11,9 %)				
160 %–170 %					
[...]					
65 %–70 %					
< 65 %					

<sup>63</sup> Tabelle soll sowohl Berufsgruppenübergreifend, als auch für jede Berufsgruppe (hier: Ärztinnen und Ärzte) dargestellt werden

<sup>64</sup> Untere Intervallgrenze jeweils inklusiv, obere jeweils exklusiv (z.B. [110-120[)

#### 4.4.3 Mindestvorgaben [Tabelle A5.1 PPP-RL]

Nach § 7 Abs. 4 PPP-RL gelten die Mindestvorgaben als erfüllt, wenn der durchschnittliche Umsetzungsgrad einer Einrichtung und der Umsetzungsgrad jeder Berufsgruppe über oder gleich 100 Prozent ist. Ist der Umsetzungsgrad einer Berufsgruppe kleiner als 100 Prozent, gelten die Mindestvorgaben als nicht erfüllt. Allerdings gelten auch hier Übergangsregelungen: Für die Erfassungsjahre 2020 und 2021 müssen die Mindestvorgaben zu 85 Prozent erfüllt sein. Ab dem Erfassungsjahr 2022 zu 90 Prozent und erst ab dem Erfassungsjahr 2024 müssen die Mindestvorgaben zu 100 Prozent erfüllt sein (§ 16 Abs. 1 PPP-RL).

Die oben beschriebenen Bedingungen sind in der Abbildung 10 dargestellt. Dort ist die Anzahl der Einrichtungen zu entnehmen (dunkelgrüner Balken), sowie in der Gegenüberstellung, wie viele Einrichtungen den Umsetzungsgrad pro Berufsgruppe erfüllt (türkiser Balken) und wie viele Einrichtungen die Mindestvorgaben der Personalausstattung erfüllt haben (hellgrüner Balken). Für die Erfassungsjahre 2020 und 2021 erfolgt die Darstellung lediglich für die Erwachsenenpsychiatrie und die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Erst ab dem EJ 2022 wird die Psychosomatik in diese Auswertung mit aufgenommen. Eine tabellarische Darstellung befindet sich im Anhang (Tabelle 50).

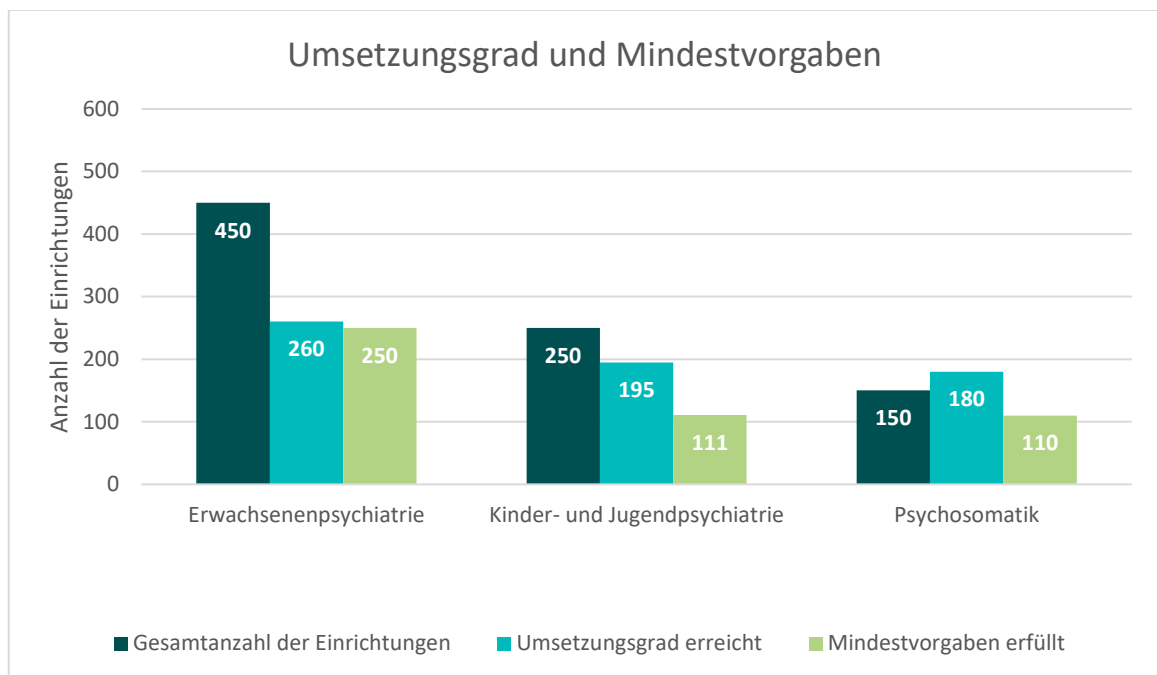


Abbildung 10: Umsetzungsgrad und Mindestvorgaben (je Einrichtungstyp). (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

Lesart Beispiel: In der Erwachsenenpsychiatrie haben 450 Einrichtungen an der Strukturabfrage teilgenommen. 260 davon haben den für das Erfassungsjahr geforderten Umsetzungsgrad erreicht und 250 die geforderte Mindestvorgabe erfüllt. Dies soll verdeutlichen

1. wie viele Einrichtungen, an der Strukturabfrage teilgenommen haben und
2. wie viele dieser Einrichtungen zwar den geforderten berufsgruppenübergreifenden Umsetzungsgrad erreicht, jedoch nicht die Mindestanforderungen erfüllt haben.

### Umsetzungsgrad und Mindestvorgaben je Einrichtung

Die Abbildung 11 zeigt den Verlauf über die Quartale (ab 2024 über die Jahre), ob die Einrichtungen den Umsetzungsgrad erreicht und somit die Mindestvorgaben erfüllt haben. Auch hier wird die Anzahl der Einrichtungen ersichtlich (dunkelgrüner Balken), sowie die Gegenüberstellung, wie viele Einrichtungen den Umsetzungsgrad erfüllt (türkiser Balken) und wie viele Einrichtungen die Mindestvorgaben der Personalausstattung erfüllt haben (hellgrüner Balken). Die Darstellung erfolgt differenziert für Erwachsenenpsychiatrie und die Kinder- und Jugendpsychiatrie (Psychosomatik ab 2022). Da es sich um eine Verlaufsdarstellung handelt, ist zu berücksichtigen, dass für den ersten Quartalsbericht eines Jahres diese Grafik nur eine Säule beinhaltet. Eine tabellarische Darstellung befindet sich im Anhang (Tabelle 51).

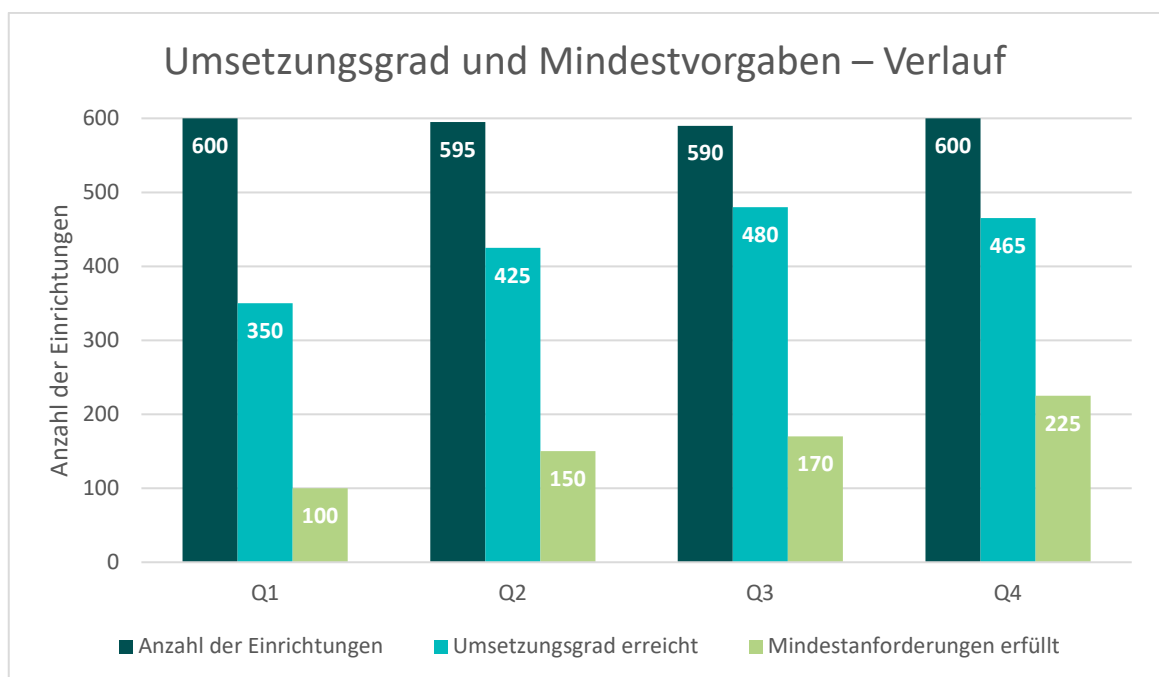


Abbildung 11: Mindestvorgabenerfüllung (je Einrichtungstyp). (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

Tabelle 31 stellt den mittleren Umsetzungsgrad je Berufsgruppe sowie den Anteil der Einrichtungen des Einrichtungstyps (Erwachsenenpsychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie), der die Mindestanforderungen erfüllt hat, dar. Die Darstellung für die Psychosomatik erfolgt aufgrund der Übergangsregelungen erst ab dem Erfassungsjahr 2022. Ob der Umsetzungsgrad pro Berufsgruppe und Einrichtung erreicht und somit auch die Mindestvorgaben erfüllt wurden, kann aus Tabelle 32 entnommen werden.

Die Größe der Einrichtung kann einen Einfluss auf die VKS-Ist haben. Um verschieden große Einrichtungen hinsichtlich ihrer VKS-Ist vergleichbar zu machen, werden die VKS-Ist durch die Anzahl der Behandlungswochen geteilt. Hierbei ist zu beachten, dass für die Berechnung der Behandlungswochen, die Behandlungstage der teilstationären Versorgung<sup>65</sup> durch fünf anstatt

<sup>65</sup> A6, S6, G6, P3, P4 sowie KJ7

durch sieben zu teilen sind. Die berechnete Einheit VKS-ist pro Patientin (oder Patient) je Woche ist nun besser zwischen den Einrichtungen vergleichbar.

Hat eine Einrichtung die Mindestvorgaben nicht erfüllt, so hat diese die Möglichkeit, sogenannte Ausnahmetatbestände (siehe Kapitel 4.3) gelten zu machen. In Tabelle 33 werden die Krankenhäuser abgebildet, die die Mindestvorgaben aufgrund eines Ausnahmetatbestand nicht erfüllt haben.

Tabelle 31: Umsetzungsgrad je Berufsgruppe (je Einrichtungstyp). (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

Berufsgruppen	Mittlerer Umsetzungsgrad in Prozent (SD)	Anteil der Einrichtungen, die den geforderten Umsetzungsgrad der Berufsgruppe erfüllt haben (%)
Ärztinnen und Ärzte	92,0 (5,6)	520/600 (86,7 %)
Pflegefachpersonen		
...		

Tabelle 32: Übersicht über den Umsetzungsgrad je Berufsgruppe und die Erfüllung der Mindestvorgaben (je Einrichtungstyp). (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken).

Berufsgruppen und übergeordnete Einrichtung	Mittlere tatsächliche Personalausstattung (VKS-Ist [Std])	Mittlere VKS-Ist in Min./PatientIn/Woche	Mittlere geforderte Mindestpersonalausstattung (VKS-Mind [Std])	Mittlere VKS-Mind in Min./PatientIn/ Woche	Mittlerer Umsetzungsgrad (%) [Mindestvorgabe erfüllt? (Alle ≥ 85 %)]
Erwachsenenpsychiatrie	-		-		103,67 % [Ja]
Ärztinnen und Ärzte	1.550	204,99	1.487	196,76	104,24 %
Pflegefachpersonen	5.665	749,17	5.492	726,29	103,15 %
...					

Tabelle 33: Mindestvorgaben nicht erfüllt aufgrund eines Ausnahmetatbestands (je Einrichtungstyp). Dargestellt sind die Anteile als Bruchzahlen und in Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

Anzahl der Einrichtungen, die die Mindestvorgaben nicht erfüllt haben	Davon:			
	Einrichtungen die mindestens einen Ausnahmetatbestand geltend gemacht haben	Einrichtungen, die Ausnahmetatbestand 1 geltend gemacht haben	Einrichtungen, die Ausnahmetatbestand 2 geltend gemacht haben	Einrichtungen, die Ausnahmetatbestand 3 geltend gemacht haben
50/650 (7,7 %)	45/50 (90,0 %)	20/50 (40,0 %)	5/50 (10,0 %)	20/50 (40,0 %)

### Mindestvorgaben nach Größe der Einrichtung

Nachdem im Kapitel 4.4.2.1 der Umsetzungsgrad je Einrichtungsgröße abgebildet wurde (vgl. Tabelle 21 und Tabelle 22), wird nun gezeigt, welche der Einrichtungen die Mindestvorgaben erfüllt haben. Auch hier erfolgt die Auswertung für jeden Einrichtungstypen. Die Psychosomatik wird erst ab dem ersten Quartalsbericht EJ 2022 in die Darstellung aufgenommen.

*Tabelle 34: Erfüllung der Mindestvorgaben nach Einrichtungsgröße (je Einrichtungstyp). Die einzelnen Zeilen summieren sich jeweils spaltenweise (z.B. Bettenanzahl <25) zu 100 Prozent. Dargestellt sind die Anteile als Bruchzahlen und in Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)*

Mindestvorgaben erfüllt?	Bettenanzahl der Einrichtung				
	<25	25-49	50-99	100-250	>250
Ja	114/222 (51,4 %)	100/200 (50,0 %)			
Nein	108/222 (48,6 %)	100/200 (50,0 %)			

### Regionale Pflichtversorgung

Nachdem im Kapitel 4.4.2.1 der Umsetzungsgrad für die regionale Pflichtversorgung abgebildet wurde (vgl. Tabelle 23 und Tabelle 24), wird in der folgenden Tabelle gezeigt, welche der Einrichtungen die Mindestvorgaben erfüllt haben. Auch hier erfolgt die Auswertung lediglich nach Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie, da in der Regel in der Psychosomatik keine regionale Pflichtversorgung existiert.

*Tabelle 35: Erfüllung der Mindestvorgaben nach regionaler Pflichtversorgung (je Einrichtungstyp). Die einzelnen Zeilen summieren sich jeweils spaltenweise zu 100 Prozent. Dargestellt sind die Anteile als Bruchzahlen und in Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)*

Mindestvorgaben erfüllt?	Regionale Pflichtversorgung	
	ja	nein
Ja	50/250 (20,0 %)	500/600 (83,0 %)
Nein	150/250 (80,0 %)	100/600 (17,0 %)

#### 4.4.4 Ausnahmetatbestände [Tabelle A6 PPP-RL]<sup>66</sup>

Die Einrichtungen haben die Möglichkeit, bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben folgende Ausnahmetatbestände geltend zu machen (§ 10 Abs. 1 PPP-RL):

1. bei kurzfristigen krankheitsbedingten Personalausfällen, die in ihrem Ausmaß über das übliche Maß (mehr als 15 Prozent des vorzuhaltenden Personals) 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, wie z. B. Stationsumstrukturierungen oder -schließungen.

Die Auswertung der Freitextfelder erfolgt ab dem 3. und 4. Quartal EJ 2021. Die Darstellung erfolgt differenziert für die Einrichtungstypen „Erwachsenenpsychiatrie“, „Psychosomatik“ (ab EJ 2022) sowie die „Kinder- und Jugendpsychiatrie“.

#### EJ 2020

Tabelle 36: Ausnahmetatbestände je Einrichtungstyp (EJ 2020). Dargestellt ist der Anteil als Bruchzahl und in Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

Ausnahmetatbestand	N-Einrichtungen/ Gesamt (%)	Mittlere Dauer (Tage) (SD)
AT1: kurzfristig krankheitsbedingte Personalausfälle	22/600 (3,7 %)	16,7 (3,2)
AT2: kurzfristig stark erhöhte Anzahl von PatientInnen		
AT3: gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen		

#### Ab EJ 2021

AT1: kurzfristig krankheitsbedingte Personalausfälle

Tabelle 37: Ausnahmetatbestand 1 je Einrichtungstyp (ab EJ 2021). Dargestellt ist der Anteil als Bruchzahl und in Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

N Einrichtungen/ Gesamt (%)	Mittlere Ausfallstunden (SD)	Mittlere Ausfallquote in Prozent (SD)
560/600 (86,7 %)	62,9 (1,3)	5,3 (1,2)

<sup>66</sup> Ab EJ 2021: Neue Tabellen A6.1, A6.2 und A6.3



AT2: kurzfristig stark erhöhte Anzahl von Patientinnen und Patienten

Tabelle 38: Ausnahmetatbestand 2 je Einrichtungstyp (ab EJ 2021). Dargestellt ist der Anteil als Bruchzahl und in Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

N Einrichtungen/ Gesamt (%)	Mittlerer Prozentsatz der erhöhten Behandlungstage (im Verhältnis zu den Behandlungstagen des Vorjahres) (SD)
56/600 (9,3 %)	16,4 (2,3)

AT3: gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen

Tabelle 39: Ausnahmetatbestand 3 je Einrichtungstyp (ab EJ 2021). Dargestellt ist der Anteil als Bruchzahl und in Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

N Einrichtungen/ Gesamt (%)	Mittlere Anzahl der Angaben zu AT 3 je Quartal (SD)
42/600 (7,0 %)	

#### 4.4.5 Anrechnung von Fachkräften [Tabelle A5.3 PPP-RL]

Die Standorte haben die Möglichkeit, bei der tatsächlichen Personalausstattung nach § 7 PPP-RL Fachkräfte nach § 5 PPP-RL auf andere Berufsgruppen anzurechnen. Dies gilt nur, wenn die angerechneten Fachkräfte die Regelaufgaben der Berufsgruppe, bei der die Anrechnung erfolgt, erbringen. In diesem Kapitel wird lediglich dargestellt, in welcher Höhe (in VKS), bei welcher Berufsgruppe, welche Art von Fachkräften angerechnet wird. Die Auswertung der Freitextfelder erfolgt erst zum 3. und 4. Quartal EJ 2021. Die Darstellung erfolgt differenziert für die Einrichtungstypen (Tabelle 40 und Tabelle 41). Für die Anrechnungen von Fach- und Hilfskräften aus anderen Berufsgruppen sind in § 8 Abs. 5 PPP-RL Höchstgrenzen für die Erwachsenenpsychiatrie sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie geregelt, welche aber erst ab dem 1. Januar 2023 gelten (§ 16 Abs. 7 PPP-RL):

- Pflegefachpersonen: 10 Prozent der VKS-Mind
- Psychologinnen und Psychologen: 10 Prozent der VKS-Mind
- Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten: 10 Prozent der VKS-Mind
- Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten: 5 Prozent der VKS-Mind
- Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen: 5 Prozent der VKS-Mind
- Sprachheiltherapeutinnen und Sprachheiltherapeuten, Logopädinnen und Logopäden<sup>67</sup>: 5 Prozent der VKS-Mind.

<sup>67</sup> Berufsgruppe ist nur in der KJP vorhanden

#### 4.4.6 Qualifikation des therapeutischen Personals [Tabelle B4. PPP-RL]

Wie im vorangegangenen Kapitel beschrieben, haben die Standorte die Möglichkeit Fachkräfte anzurechnen. Dabei muss die Qualifikation mindestens eine vergleichbare pflegerische oder therapeutische Behandlung der Patientinnen und Patienten gewährleisten. Die Darstellung erfolgt stratifiziert für alle drei Einrichtungstypen. Tabelle 42 zeigt ein Darstellungsbeispiel, welches analog für die Berufsgruppen je Einrichtungstyp übernommen wird. Dabei muss beachtet werden, dass sich die Berufsgruppen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie von denen in der Erwachsenenpsychiatrie sowie in der Psychosomatik leicht unterscheiden.

Tabelle 40: Art der Anrechnung von Fachkräften (je Einrichtungstyp). Für die mittlere anteilige Anrechnung (Spalten 3-5) werden die Anteile nach der VKS-Ist der Einrichtungen gewichtet. Dadurch beziehen sich die dargestellten Anteile immer auf die gleiche einrichtungsübergreifende Grundgesamtheit (mittlere VKS-Ist aller Einrichtungen). Dargestellt sind die Anteile als Bruchzahl und in Prozent.

Berufsgruppen	Mittlere VKS-Ist	Davon Anrechnung von Fachkräften im Mittel		
		Andere Berufsgruppen nach PPP-RL (VKS)	Nicht PPP-RL Berufsgruppen (VKS)	Fachkräfte ohne direktes Beschäftigungsverhältnis (VKS)
Ärztinnen und Ärzte	500 (100,0 %)	20/500 (4,0 %)	10/500 (2,0 %)	0,8/500 (0,2 %)
Pflegeschwestern				
Psychologinnen und Psychologen				
...				

Tabelle 41: Verteilung der Anrechnung von Fachkräften (je Einrichtungstyp und Berufsgruppe). Dargestellt sind die Anteile als Bruchzahlen und in Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

Anrechnung in Prozent <sup>68</sup>	Davon Anrechnung von Fachkräften im Mittel		
	Andere Berufsgruppen nach PPP-RL (VKS)	Nicht PPP-RL Berufsgruppen (VKS)	Fachkräfte ohne direktes Beschäftigungsverhältnis (VKS)
9 %–10 %	25/366 ( 6,8 %)		
8 %–9 %			
7 %–8 %			
6 %–7 %			

<sup>68</sup> Untere Intervallgrenze jeweils exklusiv, obere jeweils inklusiv.

Anrechnung in Prozent <sup>68</sup>	Davon Anrechnung von Fachkräften im Mittel		
	Andere Berufsgruppen nach PPP-RL (VKS)	Nicht PPP-RL Berufsgruppen (VKS)	Fachkräfte ohne direktes Beschäftigungsverhältnis (VKS)
5 %–6 %			
4 %–5 %			
3 %–4 %			
2 %–3 %			
1 %–2 %			
< 1 %			

Tabelle 42: Qualifikation des therapeutischen Personals (je Einrichtungstyp). Für die mittlere VKS-Ist für die Berufsgruppe (hier; Ärztinnen und Ärzte) der Erwachsenenpsychiatrie werden anteilig die Teilgruppen mit zusätzlicher Qualifikation angegeben. Dargestellt sind die Anteile als Bruchzahlen und in Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

Teilgruppe mit zusätzlicher Qualifikation oder Anrechnung <sup>69</sup>				
a0) Gesamt	a1) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte	a2) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte mit der Facharztbezeichnung Psychiatrie und Psychotherapie	a3) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte mit der Facharztbezeichnung Psychosomatik	a4) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie
540 (100,0 %)	75/540 (13,8 %)	65/540 (12,0 %)	45/540 (8,3 %)	55/540 (1,0 %)

<sup>69</sup> analog für: b) Pflegefachpersonen; c) Psychologinnen und Psychologen; d) Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten; e) Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten; f) Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen; g) Sprachheiltherapeutinnen und Sprachheiltherapeuten, Logopädinnen und Logopäden; h) Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter

#### 4.4.7 Nachtdienst [Tabelle B5. PPP-RL]

Neben der tatsächlichen Personalausstattung im Tagdienst soll auch die tatsächliche Personalbesetzung des Nachtdienstes ermittelt werden. Ziel der Auswertung ist es, eine ausreichende Datenbasis für die spätere Überprüfung und eventuelle Anpassung der PPP-Richtlinie zu schaffen. Die Belegung der Station wird für den Nachtdienst auf Basis der um Mitternacht untergebrachten Patientinnen und Patienten bestimmt. Des Weiteren ist anzugeben, an wie vielen Nächten weniger als 16 Vollkraftstunden bzw. weniger als 14 Vollkraftstunden durch Pflegefachpersonen absolviert wurden (TrG § 7 Abs. 5 bis 8).

Die stationsbezogen dokumentierten Datenfelder zur tatsächlichen Besetzung im Nachtdienst werden für die Auswertung in einem ersten Schritt von der Stations- auf die Einrichtungsebene aggregiert.

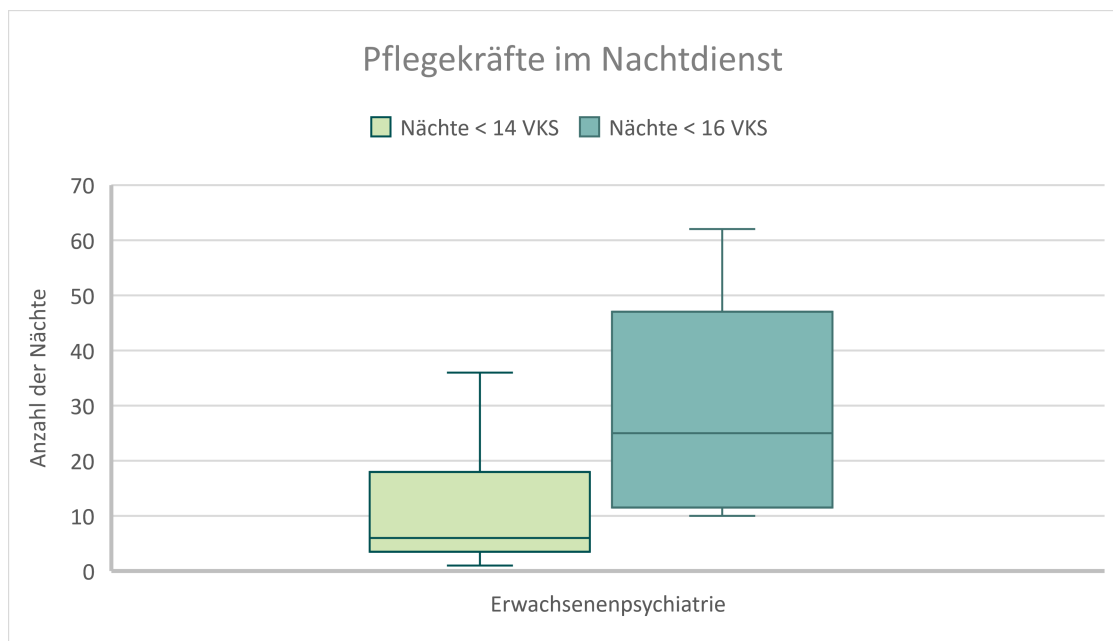


Abbildung 12: Pflegekräfte im Nachtdienst (je Einrichtungstyp). Verteilung der Anzahl der Nächte (über die Einrichtungen) pro Quartal in denen < 14 VKS (hellgrün) und <16 VKS (dunkelgrün) anwesend waren. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

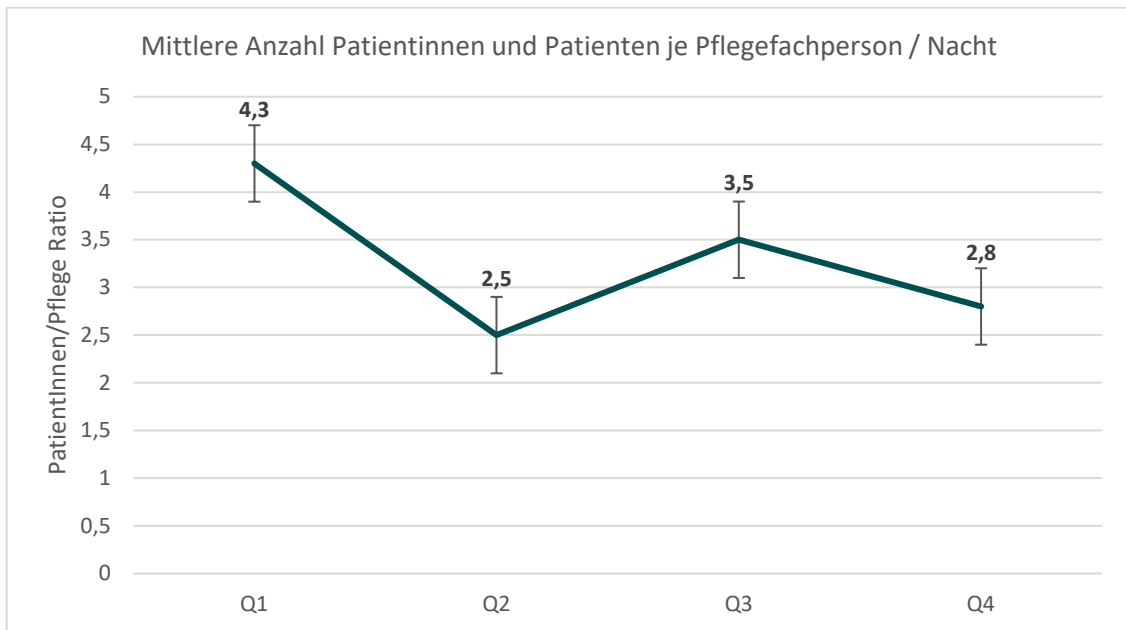


Abbildung 13: Mittlere Anzahl der Patientinnen und Patienten je Pflegeperson/Nacht im Verlauf (je Einrichtungstyp). Daten sind gemittelt über die Einrichtungen dargestellt. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

Zusätzlich zu den Abbildung 12 und Abbildung 13 kann ab dem 2. Quartal EJ 2021 die Auswertung der tatsächlichen Personalausstattung im Nachtdienst als Tabelle dargestellt werden (Tabelle 43). Für diese Auswertung ermittelt ein Krankenhaus die durchschnittliche Pflegepersonalausstattung und die durchschnittliche Patientenbelegung während des Nachtdienstes für jede Station pro Monat. Des Weiteren erfolgt eine Stratifizierung nach Stationstypen und Schwerpunkt der Behandlung. Die Darstellung erfolgt differenziert nach Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie (Tabelle 44).

Tabelle 43: Tatsächliche Besetzung des Nachtdienstes (je Einrichtungstyp). Dargestellt sind Mittelwerte mit Standardabweichung sowie Anteile als Bruchzahlen und in Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

Mittlere Personalausstattung Pflegefachpersonen (VKS/Nacht) (SD)	Mittlere Patientenbelegung (SD)	Mittlere Anzahl Patientinnen und Patienten je Pflegefachperson (1 Pflegefachperson = 10 Std.) (SD)	Mittlere Anzahl Nächte <16 VKS je Nacht (%)	Mittlere Anzahl Nächte <14 VKS je Nacht (%)
23,4 (8,6)	24 (12,5)	1,0 (0,3)	3,2/90 (3,0 %)	13,1/90 (14,4 %)

Tabelle 44: Mittlere Personalausstattung im Nachtdienst pro Stationstyp (je Schwerpunkt der Behandlung und Einrichtungstyp). (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

Stationstyp	Mittlere VKS-Ist/Nacht (SD)	Mediane VKS-Ist/Nacht
A (geschützte Akut- bzw. Intensivstation)	22,3 (11,2 %)	20
B (fakultativ geschlossene Station)		
C (offene, nicht elektive Station)		
D (Station mit geschützten Bereichen)		
E (elektive offene Station)		
F (nicht-stations-bezogene Einheit mit innovativem Behandlungskonzept)		

## 5 Berücksichtigung in den Strukturierten Qualitätsberichten

Das IQTIG hat die gemäß Anlage 3 der PPP-RL erhobenen Daten gemäß den Vorgaben in den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) aufzubereiten. Die aufbereiteten Daten werden im strukturierten Qualitätsbericht veröffentlicht, um Transparenz hinsichtlich der Strukturqualität der Personalausstattung zu schaffen. Durch die Darstellung, welche Standorte die Mindestanforderungen der PPP-RL in welchem Umfang erfüllen oder nicht erfüllen, können Patientinnen und Patienten bei der Wahl eines Krankenhauses unterstützt werden (G-BA 2019, § 12). Zu den darzustellenden Daten ist in der Richtlinie folgendes vorgegeben (§ 12 PPP-RL):

*Die Erfüllung der Mindestvorgaben (die tatsächliche Personalausstattung und der Umsetzungsgrad) ist für die einzelnen Berufsgruppen im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser darzustellen. Die Darstellung regelt der G-BA auf der Grundlage des § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V in den Qb-R.*

Somit sind im Qb-R mindestens die tatsächliche Personalausstattung in VKS-Ist sowie der Umsetzungsgrad für die einzelnen Berufsgruppen und daraus resultierend die Erfüllung der Mindestvorgaben für die Berufsgruppen sowie berufsgruppenübergreifend auf Einrichtungsebene darzustellen (vgl. Tabelle 45). Für die EJ 2020 bis EJ 2021 muss die Mindestvorgabe der Personalausstattung für alle Berufsgruppen zu 85 Prozent erreicht sein<sup>70</sup>; für die EJ 2022 bis EJ 2023 liegt sie bei 90 Prozent und ab dem EJ 2024 muss die Mindestvorgabe der Personalausstattung für alle Berufsgruppen zu 100 Prozent erreicht sein (§ 16 Abs. 1 PPP-RL). Wie bereits in Kapitel 4.4.4 beschrieben, haben die Einrichtungen die Möglichkeit, Ausnahmetatbestände geltend zu machen, wenn die Mindestvorgaben nicht erreicht wurden (Tabelle 46).

Die geforderte Mindestpersonalausstattung je Berufsgruppe und Einrichtung basiert auf den Informationen, wie viele Patientinnen und Patienten in der Einrichtung (berufsgruppenübergreifend) im Vorjahresquartal behandelt wurden (Behandlungswochen), sowie auf den Minutenwerten, die je Berufsgruppe vorgegeben sind, um die Patientinnen und Patienten dieses Behandlungsbereichs zu behandeln (vgl. Abschnitt 4.3). Obwohl jeweils eine der drei Variablen VKS-Ist, VKS-Mind und Umsetzungsgrad sich jeweils auch aus den anderen beiden Variablen berechnen lässt, empfiehlt das IQTIG neben den geforderten Werten der VKS-Ist sowie des Umsetzungsgrades auch die VKS-Mind im strukturierten Qualitätsbericht darzustellen, da diese Informationen nützlich sind, um die tatsächliche Personalausstattung und den Umsetzungsgrad schnell einordnen zu können.

---

<sup>70</sup> Für die Jahre 2020 und 2021 sind die psychosomatischen Einrichtungen von der Ermittlung des Umsetzungsgrades und der Mindestvorgaben ausgenommen (§ 16 Abs. 4 PPP-RL).



Wenn ein Standort dem IQTIG die Daten nach Anlage 3 sowie die Erklärung der Richtigkeit der Angaben nicht oder nicht (vollständig) übermittelt, so ist dieser Standort im strukturierten Qualitätsbericht mit folgendem Hinweis zu kennzeichnen (§ 11 Abs. 12 PPP-RL):

*„Beleg zur Erfüllung nicht (vollständig) geführt.“*

Wie schon in Kapitel 3 beschrieben, kann das IQTIG Standorte, die die Daten nach Anlage 3 der PPP-RL sowie die Erklärung der Richtigkeit der Angaben nicht oder nicht vollständig übermittelt haben nur benennen, wenn ihm alle dokumentationspflichtigen Standorte bekannt sind. Nur Standorte, die dem IQTIG vor Beginn der Rückmeldefrist bekannt sind, kann das IQTIG als dokumentationspflichtige Standorte identifizieren und demnach auch an ihre Dokumentationspflicht erinnern. Solange dem IQTIG prospektiv die dokumentationspflichtigen Standorte nicht bekannt sind, kann es auch seiner Pflicht zur Benennung der dokumentationspflichtigen Standorte, die Daten nicht oder nicht vollständig geliefert haben, nicht nachkommen. Diese Standorte können demnach auch nicht gemäß § 11 Abs. 12 im strukturierten Qualitätsbericht gekennzeichnet werden.

Erstmalig wird es voraussichtlich Anfang 2023 möglich sein, die Auswertungen der Daten der Strukturabfrage zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik (des EJ 2021) im strukturierten Qualitätsbericht darzustellen und für interessierte Patientinnen und Patienten zu veröffentlichen. Hierbei sollte für die Leserin und den Leser erwähnt werden, dass sich die Strukturabfrage im Aufbau befindet und diese Daten auf dem zweiten Erfassungsjahr beruhen. Zudem sollte kenntlich gemacht werden, dass etwaig geltend gemachte Ausnahmetatbestände in den Berechnungen des Umsetzungsgrades und eine Darstellung der Mindestanforderung nicht berücksichtigt wurden. Die Details zu den Inhalten und dem Zeitplan zur Umsetzung in der Qb-R sollen nach aktueller Planung im Frühjahr 2021 in der zuständigen AG Qualitätsbericht thematisiert werden.

Tabelle 45: SQB: Übersicht über den Umsetzungsgrad je Berufsgruppe und die Erfüllung der Mindestvorgaben der Einrichtung (je Einrichtungstyp). (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

Berufsgruppen und übergeordnete Einrichtung	Tatsächliche Personalausstattung (VKS-Ist [Std])	Geforderte Mindestpersonalausstattung (VKS-Mind [Std])	Umsetzungsgrad (%) [Mindestvorgabe erfüllt? (Alle ≥ 85 %)]
Erwachsenenpsychiatrie	-	-	103,67 % [Ja]
Ärztinnen und Ärzte	1.550	1.487	104,24 %
Pflegepersonal	5.665	5.492	103,15 %
...			

Tabelle 46: SQB: Mindestvorgaben nicht erfüllt aufgrund eines Ausnahmetatbestands der Einrichtung (je Einrichtungstyp). Dargestellt sind die Anteile als Bruchzahlen und in Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

Mindestvorgaben nicht erfüllt?	Wenn ja:			
	mindestens einen Ausnahmetatbestand geltend gemacht	Ausnahmetatbestand 1 geltend gemacht	Ausnahmetatbestand 2 geltend gemacht	Ausnahmetatbestand 3 geltend gemacht
Ja/Nein	Ja/Nein	Ja/Nein	Ja/Nein	Ja/Nein

## 6 Diskussion

Der Bericht empfiehlt grafische und tabellarische Darstellungen für die Dokumentation der Personalausstattung gemäß Anlage 3 der PPP-RL. Die Inhalte der Richtlinie, die spezifische Vorgaben für die Auswertungen und Berichte machen, wurden ohne wissenschaftliche Beteiligung des IQTIG erarbeitet. Mit der wissenschaftlichen, evidenzbasierten Erarbeitung zum Ist-Personalzustand in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen wurde die Gesellschaft für Forschungs- und Wissenstransfer der Technischen Universität Dresden (GWT-TUD GmbH) vom G-BA beauftragt. Der von der GWT-TUD GmbH vorgelegte Abschlussbericht wurde noch nicht vom G-BA abgenommen. Seine Inhalte standen daher für einen Entwicklungshintergrund nicht zur Verfügung.

### **Sekundärdaten**

Bei einigen der zu dokumentierenden Daten, wie die Einstufung der Patientinnen und Patienten in die Behandlungsbereiche oder auch die tatsächliche Personalausstattung, handelt es sich um Sekundärdaten. Wenn Daten nicht für den primär erhobenen Zweck genutzt werden, bezeichnet man diese Daten als Sekundärdaten (Hoffmann et al. 2008). Bei der Interpretation der Auswertungen muss daher bedacht werden, dass viele der Variablen für einen anderen Zweck und mit einer anderen Intention dokumentiert und kodiert wurden und dies eine Limitation der Datenqualität darstellen kann. Es ist beispielsweise bekannt, dass Diagnosen präziser kodiert werden, wenn sie abrechnungsrelevant sind (Hoffmann et al. 2008).

### **Regelaufgaben**

Die Erfassung der Regelaufgaben ist relevant, um zu überprüfen, welche patientennahe und patientenferne Tätigkeiten das Personal ausführt. Es ist – frühestens ab dem EJ 2023 – geplant, Regelaufgaben über OPS-Codes zu erfassen. OPS-Codes werden je Behandlungsfall dokumentiert. Diese dokumentierten Codes können keine quantitative Aussage über alle – laut Richtlinie zu dokumentierenden – Tätigkeiten des Personals treffen. Eine adäquate Abbildung der in der Richtlinie definierten Regelaufgaben ist über OPS-Kodes nicht möglich. Es wird eine Überarbeitung der Erfassung und damit zusammenhängend auch der Auswertung der Regelaufgaben empfohlen.

### **Fehlende Soll-Statistik**

Zurzeit gibt es keine Auslösung zur Dokumentationspflicht in den Einrichtungen. Bei anderen QS-Verfahren (z. B. gemäß DeQS-Richtlinie) erfolgt bei der Kodierung eines bestimmten, für das QS-Verfahren relevanten OPS-Codes im Krankenhausinformationssystem die Auslösung zur Dokumentation, auf deren Basis automatisch eine Sollstatistik erstellt und an die Auswertungsstelle übermittelt wird. Durch die Gegenüberstellung der dokumentationspflichtigen Einrichtungen mit den Einrichtungen, die tatsächlich für die QS dokumentiert haben, lässt sich ein Soll-Ist-Vergleich vornehmen. Für die Strukturabfrage gemäß der PPP-RL gibt es weder eine kodierbasierte Auslösung zur Dokumentationspflicht noch sind dem IQTIG die leistungsabrechnenden Standorte bekannt. Daher kann das IQTIG keinen Soll-Ist-Vergleich durchführen und somit die

Vollständigkeit der datenliefernden Standorte nicht überprüfen. Standorte, die nicht an der Strukturhebung teilnehmen, könnten somit faktisch nicht mit einem Wegfall der Vergütung (wie zukünftig vorgesehen) bei Nichterfüllung der Mindestanforderungen sanktioniert werden. Das IQTIG empfiehlt eine Überprüfung, ob eine technische Umsetzung einer kodierbasierten Auslösung möglich ist, oder die vollständige Übermittlung der abrechnenden psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhausstandorte an das IQTIG, um für zukünftige Strukturabfragen nach der PPP-RL eine Überprüfung der Vollständigkeit zu gewährleisten. Aus Sicht des IQTIG wird eine valide Soll-Liste an dokumentationspflichtigen Standorten benötigt. Nur so kann das IQTIG Krankenhäuser an ihre Dokumentationspflicht gemäß § 11 Abs. 12 und § 13 Abs. 8 der PPP-RL erinnern und gemäß § 11 Abs. 12 PPP-RL dem G-BA eine Liste mit denjenigen Standorten übermitteln, die ihrer Pflicht zur Dokumentation der Personalausstattung nicht nachgekommen sind. Bei der Auswertung der Daten muss beachtet werden, dass nur die Daten der Einrichtungen ausgewertet werden können, die auch Daten geliefert haben, und die Einrichtungen, die keine Daten lieferten, aber dokumentationspflichtig wären, dem IQTIG nicht bekannt sind. Eine Überprüfung auf Vollständigkeit wäre jeweils nur für den Teil der Einrichtungen möglich, die schon mindestens einmal Daten an das IQTIG übermittelt haben. Sollte ein Krankenhaus keine Quartalsdaten für das EJ 2020 an das IQTIG liefern, so ist dieses Krankenhaus dem IQTIG für die erste Quartalslieferung des EJ 2021 auch nicht bekannt. Zudem kann es auch durch Standortschließungen oder Neugründungen zu einer fehlerhaften Anzahl an Krankenhausstandorten kommen, wenn als dokumentationspflichtige Krankenhausstandorte nur die jeweils datenliefernden Standorte des Vorberichtszeitraumes gelten. Die Vollständigkeit der zur Datenlieferung verpflichteten Krankenhäuser kann damit aktuell nur eingeschränkt berichtet werden (s. auch Kapitel 3).

### **Beurteilung der Versorgungsqualität der Einrichtung**

Die Auswertungen der Strukturabfrage nach Anlage 3 der PPP-RL erlauben keine umfassende Beurteilung der Versorgungsqualität der behandelten Patientinnen und Patienten der jeweiligen Einrichtungen. Es konnten zwar Zusammenhänge zwischen der Versorgungsqualität der therapeutischen Behandlungen und der Personalausstattung gezeigt werden (Blume et al. 2019). Jedoch kann mit einer reinen Strukturabfrage der Personalausstattung in den Einrichtungen keine umfassende Aussage über die Versorgungsqualität der Patientinnen und Patienten getroffen werden, da beispielsweise die Qualität der Behandlungsprozesse oder Aspekte der Ergebnisqualität wie die Rückfallquote nach einer suchttherapeutischen Behandlung nicht erfasst werden. Dazu ist zum Beispiel eine qualitative Erhebung oder eine Erhebung durch noch zu entwickelnde Qualitätsindikatoren (QIs) notwendig. Die Strukturhebung gemäß PPP-RL beruht auf Selbstangaben der Krankenhäuser. Es ist dem IQTIG nicht möglich, von den Krankenhäusern getätigte Eingaben zu Ergebnissen nachzurechnen, da über die Datenerfassung nur Endergebnisse, aber keine Rohwerte oder Zwischenergebnisse zur Verfügung stehen.

### **Möglichkeit der Veröffentlichung über das künftige G-BA-Qualitätsportal**

Das IQTIG wurde 2019 mit der Entwicklung eines Qualitätsportals beauftragt. Das künftige G-BA Qualitätsportal soll Patientinnen und Patienten Ergebnisse der Qualitätssicherungsverfahren verständlich aufbereitet darstellen. Dabei soll die primäre Datenquelle des Qualitätsportals der strukturierte Qualitätsbericht sein. Die im strukturierten Qualitätsbericht übermittelten Ergebnisse aus dem Bereich des Verfahrens PPP-RL könnten somit auch im Qualitätsportal dargestellt

werden. Für interessierte Patientinnen und Patienten wäre dies eine einfache Möglichkeit, sich über die Einhaltung der Mindestvorgaben in den für sie relevanten Einrichtungen zu informieren.

### **Besonderheiten der ersten Datenauswertungen**

Es sind bei Betrachtung der ersten Datenauswertungen mehrere Sachverhalte zu beachten. Die Daten des Erfassungsjahres 2020 sind die ersten über die Strukturabfrage gemäß PPP-RL erhobenen Daten. Dabei ist zu beachten, dass kein Probetrieb vorgesehen ist. Ob die Strukturabfrage in den Krankenhäusern problemlos umgesetzt wird, kann ebenso wie die Qualität der Daten erst im Verlauf ermittelt werden.

Zudem muss beachtet werden, dass es durch die Corona-Pandemie in den Krankenhäusern erhebliche organisatorische Anpassungen gab. Wie einige somatische Stationen können auch psychiatrische Stationen umfunktioniert worden sein, es können Aufnahmen von Patientinnen und Patienten verschoben worden sein und es könnte Personal von psychiatrischen auf andere (somatischen) Stationen versetzt worden sein (Härter et al. 2020). Daher sind Vergleiche der Zahlen von 2019 (hinsichtlich der Behandlungstage sowie des Personals; Erhebung der Vorjahreszahlen) mit 2020 und im Verlauf von 2020 mit 2021 voraussichtlich wenig aussagekräftig. Dies hat zur Folge, dass Unterschiede zwischen den Erfassungsjahren nicht zwingend Veränderungen in der Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten widerspiegeln. Gleichzeitig gilt es in den Jahresberichten auf aktuelle gesamtgesellschaftliche und gesundheitspolitische Entwicklungen einzugehen, sodass eine stetige Weiterentwicklung (i. S. einer Verfahrenspflege) der Jahresberichte vorgeschlagen wird. Die Zahlen zur Personalausstattung sowie deren Umsetzungsgrade und (Erfüllung oder Nichterfüllung der) Mindestanforderungen der ersten Berichte sollten daher vorsichtig interpretiert werden.

Im vorliegenden Konzept wird eine deskriptive Auswertung der Strukturhebungsdaten empfohlen. Nach den ersten Erfahrungen mit den dokumentierten Daten könnten perspektivisch auch weitergehende Auswertungen entwickelt werden.

## 7 Fazit

Mit dem vorliegenden Konzept erfolgte eine reine Umsetzung der in der PPP-RL beschlossenen Vorgaben zur Dokumentation der Personalausstattung in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen. Das Berichtskonzept empfiehlt grafische und tabellarische Darstellungen für die Ergebnisse der Strukturhebung in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen. Ferner empfiehlt das IQTIG nach Sichtung der ersten Datenlieferungen eine Überprüfung des Konzeptes, und – daraus folgend – gegebenenfalls Anpassungen an den Auswertungen sowie den Darstellungen vorzunehmen. Mithilfe der in dem Bericht vorgeschlagenen Grafiken und Tabellen soll der G-BA in den Quartals- bzw. Jahresberichten einen Überblick über den Umsetzungsstand der in der PPP-RL geforderten Inhalte erhalten (§ 11 PPP-RL). Die empfohlenen Grafiken und Tabellen sollen dem G-BA in den Berichten als mögliche Anhaltspunkte zur Weiterentwicklung der PPP-RL dienen (§ 14 PPP-RL).

## Literatur

- Blume, A; Snellgrove, B; Steinert, T (2019): Personalbesetzung und patientenbezogene Outcomes. Systematische Literaturübersicht zur internationalen Evidenz. *Der Nervenarzt* 90(1): 40-44. DOI: 10.1007/s00115-018-0621-2.
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2016): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Übernahme von Aufgaben gemäß der PPP-RL. [Stand:] 14.05.2020. Berlin: G-BA. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4299/2020-05-14\\_IQTIG-Beauftragung\\_Aufgabeneubernahme-PPP-RL.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4299/2020-05-14_IQTIG-Beauftragung_Aufgabeneubernahme-PPP-RL.pdf) (abgerufen am: 10.11.2020).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2019): Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Erstfassung. [Stand:] 19.09.2019. Berlin: G-BA. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/40-268-6078/2019-09-19\\_PPP-RL\\_Erstfassung\\_TrG.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/40-268-6078/2019-09-19_PPP-RL_Erstfassung_TrG.pdf) (abgerufen am: 26.01.2021).
- Härter, M; Bremer, D; Scherer, M; von dem Knesebeck, O; Koch-Gromus, U (2020): Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die klinische Versorgung, Arbeitsprozesse und Mitarbeitenden in der Universitätsmedizin: Ergebnisse einer Interviewstudie am UKE. *Das Gesundheitswesen* 82(08/09): 676-681. DOI: 10.1055/a-1226-6828.
- Hauth, I; Brückner-Bozetti, P; Heuft, G; Kölch, M; Lohr, M; Richert, A; et al. (2019): Personalausstattung in stationären psychiatrischen Einrichtungen. Ein patientenorientiertes und leitliniengerechtes Konzept zur Personalbemessung. *Der Nervenarzt* 90(3): 285-292. DOI: 10.1007/s00115-018-0669-z.
- Heuft, G; Senf, W; Janssen, PL; Pontzen, W; Streeck, U (1993): Personalanzahlzahlen in psychotherapeutischen und psychosomatischen Krankenhäusern und Abteilungen der Regelversorgung. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 43(7): 262-270.
- Hodek, JM; Scholz, S; Vieten, B; Greiner, W (2011): Tätigkeitsanalyse im ärztlichen und pflegerischen Dienst. Abgleich der PsychPV-Vorgaben mit dem Arbeitsalltag auf einer stationären psychiatrischen Einrichtung. *Der Nervenarzt* 82(3): 351-359. DOI: 10.1007/s00115-010-3063-z.
- Hoffmann, F; Andersohn, F; Giersiepen, K; Scharnetzky, E; Garbe, E (2008): Validierung von Sekundärdaten. Grenzen und Möglichkeiten. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 51(10): 1118-1126. DOI: 10.1007/s00103-008-0646-y.
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019): Methodische Grundlagen V1.1. Stand: 15.04.2019. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen-V1.1\\_barrierefrei\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf) (abgerufen am: 24.06.2019).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2020): Auswertungs- und Berichtskonzept zur Strukturabfrage gemäß QFR-RL [Beschluss des Gemeinsamen

Bundesausschusses über die Freigabe des Abschlussberichts des IQTIG zum Auswertungs- und Berichtskonzept zur Strukturabfrage gemäß QFR-RL zur Veröffentlichung vom 16. Juli 2020. Anhang]. Stand: 15.05.2020. Berlin: IQTIG. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4374/2020-07-16\\_QFR-RL\\_Veroeffentlichung-IQTIG-Bericht-Auswertungs-Berichtskonzept.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4374/2020-07-16_QFR-RL_Veroeffentlichung-IQTIG-Bericht-Auswertungs-Berichtskonzept.pdf) (abgerufen am: 16.12.2020).

Kuhn-Thiel, C; Neumaier, S; Sorge, R (2020): Grundlagen des PEPP-Systems. In: MDK [Medizinischer Dienst der Krankenversicherung] Baden-Württemberg: *Kompendium zum Pauschalierenden Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP). Basiswissen zur Systematik, sozialrechtlichen Grundlagen, Regelwerken und Schlüsselverzeichnissen und Grundsätzen der Begutachtung*. Version 2020. Lehr: MDK Baden-Württemberg, 29-61. ISBN: 978-3-00-064821-2. URL: <https://www.mdkbw.de/fileadmin/MDK-Baden-Wuerttemberg/Downloads/PEPP-Kompendium-2020.pdf> (abgerufen am: 30.11.2020).

Leber, W-D; Vogt, C (2020): Reformschwerpunkt Pflege: Pflegepersonaluntergrenzen und DRG-Pflege-Split. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J; Wasem, J; Beivers, A: *Krankenhaus-Report 2020. Finanzierung und Vergütung am Scheideweg*. Berlin: Springer Open, 111-144. ISBN: 978-3-662-60487-8. DOI: 10.1007/978-3-662-60487-8\_7.

Mayring, P (2015): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 12., überarbeitete Auflage. Weinheim [u. a.]: Beltz. ISBN: 978-3-407-25730-7.

Nienaber, A; Heinz, A; Rapp, MA; Bempohl, F; Schulz, M; Behrens, J; et al. (2018): Einfluss der Personalbesetzung auf Konflikte auf psychiatrischen Stationen. *Der Nervenarzt* 89(7): 821-827. DOI: 10.1007/s00115-018-0521-5.

Schepker, R; Fegert, JM; Becker, K (2015): Strukturqualität in der stationären und teilstationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 43(6): 387-395. DOI: 10.1024/1422-4917/a000382.

Ziereis, M; Günther, S; Baghai, TC; Rupprecht, R (2020): Regionale Pflichtversorgung in der stationären Psychiatrie und Psychotherapie. *Nervenheilkunde* 39(03): 167-176. DOI: 10.1055/a-0952-7171.



## Anhang

Tabelle 47: Mitwirkungspflicht und Vollständigkeit der Einrichtungen gesamt, sowie getrennt nach den Einrichtungstypen. Die einzelnen Spalten summieren sich jeweils zeilenweise zu 100 Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

Variable	Gesamt <sup>71</sup>	Erwachsenen- psychiatrie <sup>72</sup>	Kinder- und Jugend- psychiatrie <sup>73</sup>	Psychosomatik <sup>74</sup>
Anzahl der datenliefernden Einrichtungen (%)	642 (100,0 %)	300 (46,7 %)	142 (22,1 %)	200 (31,2 %)
Anzahl der im Vorquartal datenliefernden Einrichtungen ohne aktuelle Datenlieferung (%) <sup>75</sup>				
Anzahl der datenliefernden Einrichtungen mit vollständigen Datenlieferungen (%)				
Anzahl der datenliefernden Einrichtungen mit unvollständigen Datenlieferungen (%)				
Darunter: unvollständige Dokumentation in Nachweis A1				
Darunter: unvollständige Dokumentation in Nachweis A2				
...				

<sup>71</sup> Datenliefernde Einrichtungen über alle Einrichtungstypen

<sup>72</sup> Datenliefernde Einrichtungen, wo Einrichtungstyp 29

<sup>73</sup> Datenliefernde Einrichtungen, wo Einrichtungstyp 30

<sup>74</sup> Datenliefernde Einrichtungen, wo Einrichtungstyp 31

<sup>75</sup> Basierend auf Registrierungsdatenbank

Tabelle 48: Schwerpunkt der Behandlung je Stationstyp (je Einrichtungstyp). Tabellarische Darstellung von Abbildung 4. Die einzelnen Zeilen summieren sich jeweils spaltenweise zu 100 Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

Stationstypen <sup>77</sup>	Schwerpunkt der Behandlung <sup>76</sup>					
	A	A5	A7	S	G	Z
A	250 (25,5 %)					
B	150 (15,3 %)					
C	140 (14,3 %)					
D	150 (15,3 %)					
E	130 (13,3 %)					
F	160 (16,3 %)					

Tabelle 49: Umsetzungsgrad pro Berufsgruppe im Verlauf (je Einrichtungstyp). Tabellarische Darstellung von Abbildung 8. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

Berufsgruppe	Durchschnittlicher Umsetzungsgrad in Prozent je Quartal			
	1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal
Ärztinnen und Ärzte	103,0 %	102,0 %	99,0 %	98,0 %
Pflegefachpersonen	101,0 %	105,0 %	110,0 %	106,0 %
Psychologinnen und Psychologen				
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten				

<sup>76</sup> Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie (A), Konzeptstation für psychotherapeutische und psychosomatische Behandlung (A5), Konzeptstation für psychotherapeutische und psychosomatische Komplexbehandlung (A7), Konzeptstation für Suchterkrankungen (S), Konzeptstation für Gerontopsychiatrie (G), keine der obigen Konzeptstationen (Z)

<sup>77</sup> geschützte Akut- bzw. Intensivstation (A), fakultativ geschlossene Station (B), offene, nicht elektive Station (C), Station mit geschützten Bereichen (D), elektive offene Station (E), nicht-stationsbezogene Einheit mit innovativem Behandlungskonzept (F)

Berufsgruppe	Durchschnittlicher Umsetzungsgrad in Prozent je Quartal			
	1.Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal
Bewegungstherapeut/innen, Physiotherapeut/innen				
Sozialarbeiter/innen, Sozialpädagogen/innen				
<b>Gesamt</b>	<b>103,8 %</b>	<b>104,3 %</b>	<b>102,7 %</b>	<b>103,0 %</b>

Tabelle 50: Umsetzungsgrad und Mindestvorgaben (je Einrichtungstyp). Tabellarische Darstellung von Abbildung 10. Dargestellt sind die Anteile als Bruchzahlen und in Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

	Erwachsenenpsychiatrie	Kinder- und Jugendpsychiatrie	Psychosomatik
<b>Gesamtanzahl der Einrichtungen</b>	450 (52,9 %)	150 (17,7 %)	250 (29,4 %)
<b>Umsetzungsgrad ≥ 85 %</b>			
Ja	260/450 (57,8 %)		
Nein	190/450 (42,2 %)		
<b>Mindestvorgaben erfüllt?</b>			
Ja	250/450 (55,6 %)		
Nein	200/450 (44,4 %)		

Tabelle 51: Mindestvorgabenerfüllung (je Einrichtungstyp). Tabellarische Darstellung von Abbildung 11. Dargestellt sind die Anteile als Bruchzahlen und in Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

	Erfassungsjahr XY			
	1.Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal
<b>Gesamtanzahl der Einrichtungen</b>	600	595	...	
<b>Umsetzungsgrad ≥ 85 %</b>				
Ja	350/600 (58,3 %)	425/595 (71,4 %)		

	Erfassungsjahr XY			
	1.Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal
Nein	250/600 (41,7 %)	170/595 (28,6 %)		
<b>Mindestvorgaben erfüllt?</b>				
Ja	100/600 (16,7 %)	150/595 (25,2 %)		
Nein	500/600 (83,3 %)	445/595 (74,8 %)		