



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik

Auswertungs- und Berichtskonzept zur
Strukturabfrage gemäß PPP-RL
für das Erfassungsjahr 2022

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 2. Juni 2022

Impressum

Thema:

Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik. Auswertungs- und Berichtskonzept zur Strukturabfrage gemäß PPP-RL für das Erfassungsjahr 2022

Ansprechpartnerinnen:

Dr. Julia Ostermann, Dr. Nicole Mohr

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, überarbeitete Version vom 5. Mai 2022, erneut angepasste Version vom 2. Juni 2022

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

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	5
Abbildungsverzeichnis.....	8
Abkürzungsverzeichnis.....	9
Zusammenfassung	10
1 Hintergrund	13
1.1 Auftragsverständnis	14
1.2 Methodisches Vorgehen	16
1.3 Allgemeine Empfehlungen	17
2 Datenflusskonzept.....	22
3 Methodik	25
3.1 Plausibilität, Vollständigkeit und Vollzähligkeit	25
3.2 Datengrundlage und Variablen	32
3.3 Datenqualität	47
3.4 Datenbereinigung	49
3.5 Einbezug fachlicher Expertise	50
4 Ergebnisdarstellung auf Bundesebene.....	52
4.1 Allgemeine Auswertung.....	53
4.1.1 Strukturbeschreibung der Einrichtungen.....	53
4.1.2 Stationsbeschreibung der Einrichtungen	61
4.1.3 Durchschnittliche Anzahl Behandlungstage.....	73
4.1.4 Beschreibung der Patientinnen und Patienten	74
4.2 Umsetzungsgrad und Mindestvorgaben.....	77
4.2.1 Umsetzungsgrad und Mindestvorgaben je Einrichtung.....	78
4.2.2 Umsetzungsgrad und Mindestvorgaben pro Berufsgruppe.....	97
4.2.3 Umsetzungsgrad pro Stationstyp	109
4.3 Ausnahmetatbestände.....	116
4.4 Anrechnung von Fachkräften.....	122
4.5 Qualifikation des therapeutischen Personals	126
4.6 Nachtdienst	128
5 Diskussion.....	134

6	Fazit	137
	Literatur.....	138
	Anhang	140

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Auszug aus den Variablen des Blattes A1.....	18
Tabelle 2: Auszug aus den Variablen des Blattes B5.....	18
Tabelle 3: Verknüpfungsabfrage der Tabellen A1 und B5	19
Tabelle 4: Identifikation und Umgang mit standortidentifizierenden Variablen.....	20
Tabelle 5: Darstellung der Fristen für die verschiedenen Datenlieferungen.....	24
Tabelle 6: Übersicht plausible, implausible und fehlende Daten	28
Tabelle 7: SOLL-IST-Abgleich und Vollzähligkeit	31
Tabelle 8: Übersicht über die erhobenen Datenfelder in Teil A	34
Tabelle 9: Übersicht über die erhobenen Datenfelder in Teil B	35
Tabelle 10: Übersicht zur Datenqualität	48
Tabelle 11: Strukturbeschreibung der Einrichtungen	55
Tabelle 12: Anzahl der regionale Pflichtversorgung über alle Einrichtungen.....	57
Tabelle 13: Charakterisierung der Einrichtungen gesamt, sowie getrennt nach den Fachbereichen.....	59
Tabelle 14: Durchschnittliche Patientenbelegung pro Stationstyp (je Fachbereich).....	62
Tabelle 15: Anzahl der Behandlungstage pro Behandlungsbereich je Schwerpunkt der Behandlung	67
Tabelle 16: Mittlere Behandlungstage je Behandlungsbereich und Stationstyp (je Fachbereich).....	69
Tabelle 17: Mittlere Behandlungstage je Behandlungsbereich und Schwerpunkt der Behandlung (je Fachbereich)	71
Tabelle 18: Anzahl der Behandlungstage (über alle Einrichtungen).....	73
Tabelle 19: Anzahl der Behandlungstage je Behandlungsbereich gemäß § 3 PPP-RL (je Fachbereich).....	74
Tabelle 20: Auswertungen zum Korridor (je Fachbereich)	76
Tabelle 21: Auswertungen zum Korridor nach Einrichtungsgröße (je Fachbereich)	77
Tabelle 22: Mittlerer Umsetzungsgrad aller Berufsgruppen über alle Einrichtungen (je Fachbereich), stratifiziert nach Erfüllung der Mindestvorgaben.....	82
Tabelle 23: Erfüllung der Mindestvorgaben nach Einrichtungsgröße (je Fachbereich).....	85
Tabelle 24: Übersicht über den Umsetzungsgrad nach Einrichtungsgröße (je Fachbereich), alle Einrichtungen	86
Tabelle 25: Übersicht über den Umsetzungsgrad nach Einrichtungsgröße (je Fachbereich), nur Einrichtungen mit Erfüllung der Mindestvorgaben.....	88
Tabelle 26: Übersicht über den Umsetzungsgrad nach Einrichtungsgröße (je Fachbereich), nur Einrichtungen ohne Erfüllung der Mindestvorgaben.....	90
Tabelle 27: Umsetzungsgrad \geq 90 Prozent nach Einrichtungsgröße (je Fachbereich), alle Einrichtungen.....	92
Tabelle 28: Erfüllung der Mindestvorgaben nach regionaler Pflichtversorgung (je Fachbereich).....	93

Tabelle 29: Übersicht über den Umsetzungsgrad nach regionaler Pflichtversorgung (je Fachbereich Erwachsenenpsychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie)	94
Tabelle 30: Übersicht über den Umsetzungsgrad nach regionaler Pflichtversorgung (je Fachbereich Erwachsenenpsychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie), Einrichtungen mit Erfüllung der Mindestvorgaben	95
Tabelle 31: Übersicht über den Umsetzungsgrad nach regionaler Pflichtversorgung (je Fachbereich Erwachsenenpsychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie), Einrichtungen ohne Erfüllung der Mindestvorgaben	96
Tabelle 32: Umsetzungsgrad \geq 90 Prozent nach regionaler Pflichtversorgung (je Fachbereich Erwachsenenpsychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie).....	97
Tabelle 33: Standardisierte berufsgruppenspezifische Mindestpersonalausstattung in Berufsgruppen, in denen der berufsgruppenspezifische Umsetzungsgrad über 500 Prozent liegt (je Fachbereich)	101
Tabelle 34: Umsetzungsgrad je Berufsgruppe (je Fachbereich)	103
Tabelle 35: Übersicht über den Umsetzungsgrad je Berufsgruppe und die Erfüllung der Mindestvorgaben (je Fachbereich)	104
Tabelle 36: Übersicht über den Umsetzungsgrad je Berufsgruppe (je Fachbereich)	105
Tabelle 37: Umsetzungsgrad stratifiziert nach Einrichtungen mit und ohne Erfüllung einer Mindestvorgabe je Berufsgruppe (je Fachbereich)	106
Tabelle 38: Übersicht über den Umsetzungsgrad je Stationstyp und Konzeptstation	111
Tabelle 39: Umsetzungsgrad \geq 90 Prozent je Stationstyp und Konzeptstation	113
Tabelle 40: Verteilung des Umsetzungsgrades je Anteils an Intensivbehandlungstagen an den Gesamtbehandlungstagen (je Fachbereich) über die Einrichtungen	114
Tabelle 41: Verteilung des Umsetzungsgrades je Anteils an Intensivbehandlungstagen an den Gesamtbehandlungstagen (je Fachbereich) über die Stationen	115
Tabelle 42: Mindestvorgaben nicht erfüllt und einen Ausnahmetatbestand angegeben (je Fachbereich).....	116
Tabelle 43: Erfüllung der Mindestvorgaben gemäß § 7 Abs. 4 PPP-RL bei Einrichtungen, die einen nicht-quartalsbezogenen Ausnahmetatbestand geltend gemacht haben	117
Tabelle 44: Ausnahmetatbestand 1 (kurzfristig krankheitsbedingte Personalausfälle) je Fachbereich.....	117
Tabelle 45: Ausnahmetatbestand 2 (kurzfristig stark erhöhte Anzahl von Patientinnen und Patienten) je Fachbereich	118
Tabelle 46: Ausnahmetatbestand 3 (gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen) je Fachbereich.....	118
Tabelle 47: Ausnahmetatbestand 1: Gründe für Abweichungen je Fachbereich	120
Tabelle 48: Ausnahmetatbestand 3: Auswirkungen auf die Behandlungsleistungen je Fachbereich.....	120
Tabelle 49: Ausnahmetatbestand 3: Auswirkungen auf die Personalausstattung je Fachbereich.....	121
Tabelle 50: Ausnahmetatbestand 3: Gründe für Abweichungen je Fachbereich	121

Tabelle 51: Anteil der Einrichtungen, die Anrechnungen je Anrechnungstatbestand vorgenommen haben, stratifiziert nach Einrichtungsgröße	122
Tabelle 52: Art der Anrechnung von Fachkräften (je Fachbereich)	123
Tabelle 53: Verteilung der Anrechnung von Fachkräften (je Fachbereich und Berufsgruppe)	124
Tabelle 54: Anrechnung von Fachkräften je Fachbereich und Anrechnungstatbestand	125
Tabelle 55: Qualifikation des therapeutischen Personals (je Fachbereich)	127
Tabelle 56: Übersicht zur Auswertungsgrundgesamtheit Nacht (je Fachbereich)	129
Tabelle 57: Tatsächliche Besetzung des Nachtdienstes (je Fachbereich)	132
Tabelle 58: Mittlere Personalausstattung im Nachtdienst pro Stationstyp (je Schwerpunkt der Behandlung und Fachbereich)	133
Tabelle 59: Dokumentationspflicht und Vollständigkeit der Einrichtungen gesamt, sowie getrennt nach den Fachbereichen	140
Tabelle 60: Anzahl der Stationen je Einrichtung	141
Tabelle 61: Schwerpunkt der Behandlung je Stationstyp (je Fachbereich)	142
Tabelle 62: Umsetzungsgrad pro Berufsgruppe und Gesamt im Verlauf (je Fachbereich)	143
Tabelle 63: Verteilung der Anzahl der Nächte (über die Einrichtungen) pro Quartal	144
Tabelle 64: Anzahl der Patientinnen und Patienten je Pflegefachperson/Nacht im Verlauf ...	145

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Quartalsweise und jährliche Datenflüsse	22
Abbildung 2: Verteilungsdarstellung Anzahl der Stationen (je Fachbereich)	61
Abbildung 3: Verteilungsdarstellung Patientinnen und Patienten pro Station (je Fachbereich).....	64
Abbildung 4: Schwerpunkt der Behandlung je Stationstyp (je Fachbereich)	65
Abbildung 5: Berufsgruppenübergreifender Umsetzungsgrad und Erfüllung der Mindestvorgaben (je Fachbereich)	79
Abbildung 6: Berufsgruppenübergreifender Umsetzungsgrad und Erfüllung der Mindestvorgaben (je Fachbereich)	80
Abbildung 7: Umsetzungsgrade, Einrichtungen mit erfüllten Mindestanforderungen	81
Abbildung 8: Umsetzungsgrade, Einrichtungen ohne erfüllte Mindestanforderungen	82
Abbildung 9: Umsetzungsgrad im Verlauf, differenziert nach Erfüllung der Mindestvorgaben und Bezugsjahr (je Fachbereich)	84
Abbildung 10: Umsetzungsgrad pro Berufsgruppe (je Fachbereich)	98
Abbildung 11: Umsetzungsgrad pro Berufsgruppe im Verlauf (je Fachbereich)	99
Abbildung 12: Verteilungsdarstellung des Umsetzungsgrades pro Berufsgruppe (je Fachbereich).....	100
Abbildung 13: Pflegefachpersonen im Nachtdienst (je Fachbereich).....	130
Abbildung 14: Mittlere Anzahl der Patientinnen und Patienten je Pflegefachperson/Nacht im Verlauf (je Fachbereich).....	131

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AG PPP	Arbeitsgruppe Personalausstattung Psychiatrie Psychosomatik
Fachbereich	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. 10 PPP-RL sowie die Quartalsberichte nach § 11 Abs. 13 Nr. 4 PPP-RL zu entwickeln. Die Aufbereitung der Daten gemäß § 11 Abs. 11 PPP-RL für die Veröffentlichung der Daten im strukturierten Qualitätsbericht sowie eine Darstellung der Überprüfung der Daten auf Plausibilität sowie Vollständigkeit gemäß § 11 Abs. 8 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;¹ 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

¹ Für die Jahre 2020, 2021 und 2022 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 Fachbereichen „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. Darüber hinaus hat das IQTIG am 31. Januar 2021 den Bericht „Auswertungsfragen nach § 14 PPP-RL“ an den G-BA übermittelt.

Die Daten werden laut Richtlinie 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 (Excel und SQL). 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 die tatsächliche Personalausstattung sowie den Umsetzungsgrad und daraus resultierend die Einhaltung der Mindestvorgaben für die Einrichtung zu umfassen. Darstellungen des strukturierten Qualitätsberichts sind in Absprache mit der AG PPP nicht Teil des vorliegenden Konzeptes.

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 Vollständigkeit 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.

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.

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 Pflegefachpersonals 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)² 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 der tatsächlichen Personalausstattung 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

² 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 16. September 2021, in Kraft getreten am 1. Januar 2022. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/113/> (abgerufen am 05.05.2022).

Personalmindestvorgaben einer Einrichtung sind laut Richtlinie erfüllt, wenn der Umsetzungsgrad der Einrichtung 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 Servicedokumentes³ bzw. der Spezifikation für die Quartalsberichte (Adaption möglich für Jahresberichte ab dem 1.1.2025). 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

³ Für die Erfassungsjahre 2020, 2021 und 2022 dokumentieren die psychiatrischen Einrichtungen ihre Personalausstattung übergangsweise über ein Excel-Dokument (Servicedokument), bis es voraussichtlich ab dem Erfassungsjahr 2023 eine Spezifikation gibt. Über <https://www.g-ba.de/richtlinien/113/> sind Teil A und B des Servicedokuments abrufbar.

- die Qualifikation des therapeutischen Personals
- 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)⁴ konzipiert werden, wobei gemäß § 12 PPP-RL vorgegeben ist, welche Daten der Strukturabfrage in den strukturierten Qualitätsberichten veröffentlicht werden sollen. Darstellungen des strukturierten Qualitätsberichts sind in Absprache mit der AG PPP nicht Teil des vorliegenden Konzepts.

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. 8 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 Mindestvorgaben 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 in Kapitel 5 auch auf

⁴ 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).

Limitationen der Daten sowie der Auswertungen hin und empfiehlt Aspekte für mögliche Weiterentwicklungen.

Das Konzept für die Erfassungsjahre 2020 und 2021 wurde am 21. Oktober 2021 durch das Plenum abgenommen. Die vorliegende Version bezieht sich auf das Erfassungsjahr 2022, bei Änderungen in der Datenerhebung und –struktur, die aus der Richtlinienänderung im September 2023 resultieren, ist das Auswertungs- und Berichtskonzept gegebenenfalls anzupassen.

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.

In einem ersten Schritt wurde das vom IQTIG erstellte Auswertungs- und Berichtskonzept für die Strukturqualitätsvorgaben der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)⁵ 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 Berichtskonzeptes für eine weitere Strukturrichtlinie, der Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)⁶, 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 wurde entwickelt.

Die Überarbeitung des vorliegenden Konzeptes beruht unter anderem auf der Anpassung der PPP-RL und auf Basis von Diskussionen im Rahmen der AG PPP, bei denen weiterführende Auswertungen beraten wurden. Für das Jahr 2022 ergaben sich einige Änderungen, wie zum Beispiel die Erfassung, ob lieferpflichtige Einrichtungen ein Modellvorhaben nach § 64b SGB V sind, die

⁵ 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).

⁶ 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).

Überarbeitung der Berufsgruppen nach § 5 PPP-RL sowie die Einführung neuer Datenfelder (A7 und B6).

Gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL können Standorte die folgenden differenzierten Einrichtungstypen aufweisen: Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Psychosomatik. Diese differenzierten Einrichtungen werden im Konzept als „Fachbereiche“ bezeichnet (Synonym zu Einrichtungstyp).

1.3 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 rein deskriptiv. 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 werden nicht in diesem gegliederten Bericht dargestellt, sondern dem G-BA in Form eines maschinenlesbaren Dokuments (Excel und SQL), zur Verfügung gestellt. Die Daten der Stationsebene werden ebenfalls nicht in diesem gegliederten Bericht dargestellt, sondern vom IQTIG für den Fall vorgehalten, 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.

Bei den einrichtungsspezifischen Auswertungsergebnissen im maschinenlesbaren Dokument lassen sich, durch die Zusammenführung der unterschiedlichen Tabellen, 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 1). 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 2).

Tabelle 1: Auszug aus den Variablen des Blattes A1 des Servicedokuments Teil A. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

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

Tabelle 2: 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	FACH-BE-REICH	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 3: Verknüpfungsabfrage der Tabellen A1 und B5 der Servicedokumente.

Abfrageergebnis											
DA-TEN_ID	ID	STATIONSD	FACHBE-REICH	QUAR-TAL	PFLICHT-VERSOR-GUNG	MO-NAT	VKS_NACHT	PAT_JE_FACH-KRAFT	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 4). Alle anderen Variablen, die im Servicedokument enthalten sind, werden als Rohdaten in die Datenbank übernommen werden.

Tabelle 4: 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	Stationsbezeichnung	Entfernen
A2.2	Erläuterung	In Diskussion
A4.	Stationsbezeichnung	Entfernen
A5.3	Erläuterung	In Diskussion
A6.1	Gründe für Abweichungen (Freitext)	In Diskussion
A6.2	Gründe für Abweichungen (Freitext)	In Diskussion
A6.3	Gründe für Abweichungen (Freitext)	In Diskussion
A6.4.4	Erläuterung	In Diskussion
A7.	Erläuterung	In Diskussion
B1.1	Stationsbezeichnung	Entfernen
B1.2	Stationsbezeichnung	Entfernen
B1.3	Stationsbezeichnung	Entfernen

Tabellenblatt im Servicedokument	Variable	Vorgehen
B2.1	Stationsbezeichnung	Entfernen
B2.2	Stationsbezeichnung	Entfernen
B2.2	Erläuterung	In Diskussion
B5.	Stationsbezeichnung	Entfernen
B6.	Erläuterung	In Diskussion

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.

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.

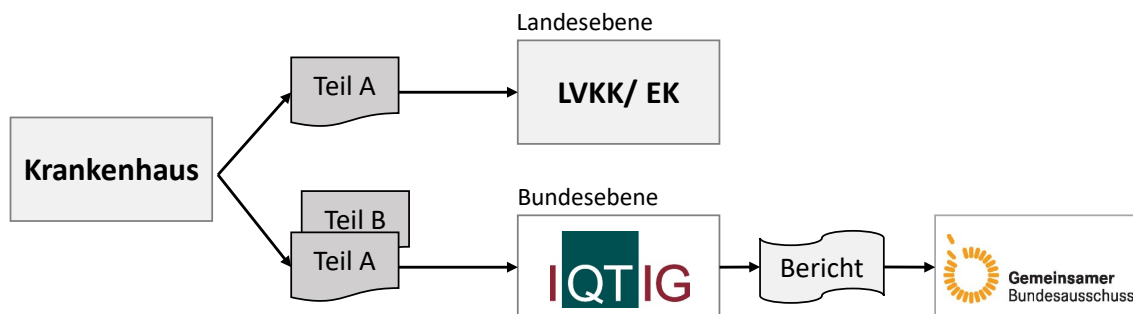


Abbildung 1: Quartalsweise und jährliche Datenflüsse im Rahmen der PPP-RL (schematische Darstellung). LVKK / EK: Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen. Teil A: Standort- und quartalsbezogene Dokumentation der Datenfelder gemäß Anlage 3 der PPP-RL. Teil B: Stations- und monatsbezogene 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 2025 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.

Für die jährliche Lieferung der Daten an das IQTIG ab dem 1. Januar 2025 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 Feedbackdokuments, 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 via Servicedokument auf eine spezifikationsbasierte Erhebung 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 29. Juli des EJ + 1 geöffnet (§ 13 Abs. 8 PPP-RL). Am darauffolgenden Tag 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.

Fristen für Datenübermittlung während der Übergangszeit

Der erstmalige Nachweis über die Mindestpersonalvorgaben nach § 11 PPP-RL erfolgte für das Erfassungsjahr 2020. Nach § 11 Abs. 13 gelten für den Nachweis nach Anlage 3 bis zum 01. Januar 2025 Übergangsregeln, die festschreiben, dass die Krankenhäuser verpflichtet sind, die erhobenen Daten quartalsweise an das IQTIG zu übermitteln. Im Anschluss findet eine Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfung der gelieferten Datensätze durch ein Datenprüfprogramm statt. Mittels eines Feedbackdokuments, das via E-Mail an die Einrichtung versendet wird, wird den Einrichtungen die Korrektheit bestätigt oder auf nicht plausible Eingaben hingewiesen und somit auf eine eventuelle Korrektur der Daten verwiesen. Die Krankenhäuser haben dann bis zu zwei Kalendermonate nach Ende des zu erfassenden Quartals Zeit korrigierte bzw. vollständige Datensätze nachzureichen (§ 11 Abs. 13 Satz 3). Die Abgabe des Quartalsberichts durch das IQTIG an den G-BA findet gemäß PPP-RL bis spätestens vier Kalendermonate nach Ende des betreffenden Quartals statt (§ 11 Abs. 13 Satz 4 PPP-RL). Die Berichterstattung erfolgt bis einschließlich Erfassungsjahr 2024 in Form von jährlich vier Quartalsberichten. Ab dem Jahr 2025 erfolgt die Berichterstattung an den G-BA jährlich zum 15. Mai durch das IQTIG (Tabelle 5).

Darüber hinaus muss ein Krankenhaus binnen 90 Tagen seine Mitwirkungspflicht nach § 11 Abs. 2 und 3 in Verbindung mit Absatz 13 erfüllen. Für die Übergangszeit und die quartalsweise Datenerfassung müssen die Nachweise der Einhaltung der Mindestvorgaben spätestens bis zum 13. August für das erste Quartal, bis zum 13. November für das zweite Quartal, bis zum 13. Februar für das dritte Quartal und bis zum 16. Mai für das vierte Quartal erfolgen. Ab dem 01. Januar 2025 müssen die Nachweise der Einhaltung der Mindestvorgaben spätestens bis zum 29. Juli des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres (§ 13 Abs. 8 PPP-RL) erfolgen. Die Anzahl der Einrichtungen, die die Mitwirkungspflicht nicht bzw. nicht vollständig erfüllt haben, sowie weitere Informationen können der Tabelle 59 im Anhang entnommen werden.

Tabelle 5: Darstellung der Fristen für die verschiedenen Datenlieferungen nach PPP-RL.

Daten	Datenlieferfrist	Ende Prüfzeitraum (inkl. Rückmeldungen/Erinnerung) / Korrekturfrist	Auswertungszeitraum	Berichtsabgabe
Q1 des EJ 2022	15.05.2022	01.06.2022	22.06. – 30.07.2022	31.10.2022 ⁷
Q2 des EJ 2022	15.08.2022	01.09.2022	15.09. – 30.10.2022	31.10.2022
Q3 des EJ 2022	15.11.2022	01.12.2022	15.12. – 30.01.2023	31.01.2023
Q4 des EJ 2022	15.02.2023	01.03.2023	15.03. – 29.04.2023	30.04.2023

⁷ Für das EJ 2022 wurde die Frist für den Bericht des ersten Quartals von dem regulären Datum (31.07.2022) auf den 31.10.2022 verschoben.

3 Methodik

In diesem Kapitel wird das Vorgehen bei der Erstellung der Quartalsberichte beschrieben. Dies beinhaltet Prüfungen auf Plausibilität und Vollständigkeit, eine Beschreibung der Datengrundlage, die Datenbereinigung und den Einbezug fachlicher Expertise bei der Bewertung der Ergebnisse.

Über die globale Methodik hinaus sind im Kapitel 4 spezifische Beschreibungen für das Vorgehen bei den einzelnen Auswertungen enthalten. Hierzu gehören auch der Umgang mit Null-Werten (Angabe des Wertes „0“) und die Einschlusskriterien je Auswertung. Letztere enthalten jeweils die zwingend vorliegenden Werte, fehlende Werte werden aus der jeweiligen Auswertung ausgeschlossen und nicht imputiert.

3.1 Plausibilität, Vollständigkeit und Vollzähligkeit

Datenprüfungen 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. Für das Verfahren findet während der Übergangsphase des Servicedokuments eine zweistufige Plausibilitätsprüfung statt, in denen sich auf die für die einzelnen Datenfelder definierten plausiblen Bereiche und verpflichtenden Angaben fokussiert wird. Die Ergebnisse der Plausibilitätsprüfungen sowie der Überprüfung der Vollständigkeit können detailliert Tabelle 6 und Tabelle 7 entnommen werden.

Das Vorgehen bei den Prüfungen hinsichtlich Plausibilität, Vollständigkeit und Vollzähligkeit wird im vorliegenden Auswertungs- und Berichtskonzept beschrieben. Die Quartalsberichte werden diesbezüglich nur kurze Erläuterungen, mit Verweis auf dieses Konzept, und die in den nächsten drei Abschnitten gezeigten Ergebnistabellen enthalten.

Plausibilitätsprüfungen

Plausibilitätsprüfungen haben zum Ziel, dass fehlende und/oder widersprüchliche Angaben in den Datensätzen verhindert 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 und Behandlungsbereiche) sowie auf vergleichende, klinik- und quartalsübergreifende, teils aggregierte Vergleiche um eventuelle Datenprobleme zu ermitteln. Diese Plausibilitätsprüfungen werden prospektiv vor der Datenannahme definiert. Durch das Excel-Format des Servicedokuments ist es – anders als bei der softwareimplementierten Spezifikation – nicht möglich, nach der Datenannahme Datensätze abzulehnen. Für Formatprüfungen finden zunächst die Prüfungen statt, die in beiden Teilen des Servicedokuments (Teil A und B) identisch durchgeführt werden können. Ein Beispiel ist die Prüfung von den identisch aufgebauten Feldern des Tabellenblatts „Angaben KH-Standort“. Hier werden sowohl die Angaben in Teil A als auch in Teil B einzeln überprüft und anschließend dokumentenübergreifend geschaut, ob die Krankhäuser

identische Angaben dokumentiert haben. Im Anschluss daran findet die unabhängige Prüfung der einzelnen Tabellenblätter des Servicedokuments (Teil A und B) statt. Wird bei der Datenanahme in den ausgefüllten Servicedokumenten eine Verletzung der Plausibilitätsregeln festgestellt, erfolgt eine Aufforderung an das Krankenhaus zur Übermittlung eines korrigierten Servicedokuments via Feedbackdokument.

Tabelle 6 stellt getrennt nach den differenzierten Fachbereichen die Vorgaben der PPP-RL bzw. die Ergebnisse der Plausibilitätsprüfungen dar. Mit ausgewiesen werden neben plausiblen und implausiblen Angaben die fehlenden Werte. Gezeigt werden die Anzahlen und Anteile an Datensätzen. Auf die Darstellung von geprüften Zeiträumen (Stichtage und Monate liegen im Quartal, Jahre in plausiblen Ranges, Zeitangaben für Ausnahmetatbestände) wird verzichtet. In der Darstellung werden alle übrigen in die Auswertung eingeflossenen und in der PPP-RL mit plausiblen Intervallen bedachten Datenfelder berücksichtigt. Wenn in die Auswertungen bereinigte Felder einfließen, werden diese zusätzlich in den folgenden Tabellen dargestellt. Die hier ausgewiesenen fehlenden und implausiblen Anteile zeigen die nicht auswertbaren Anteile auf Felderebene. Durch die Verknüpfung von Feldern für die Auswertungen können entsprechend größere nicht-auswertbare Anzahlen resultieren. Die nicht auswertbaren (als Summe aus fehlenden und implausiblen) Anzahlen ergeben sich aus der Differenz zwischen maximal auswertbare und vorhandene Entitäten in einer Auswertung.

Es werden grundsätzlich folgende Regeln für die Plausibilisierungen angewendet:

1. Wenn zwei Werte statt einem erwarteten gefunden werden, wird der größere berücksichtigt. Diese Regel greift derzeit für die eingesetzten Feldwerte Umsetzungsgrad der Einrichtung, Umsetzungsgrad der Berufsgruppe, Behandlungstage (Tabellenblätter A1, A3.1, A3.3), Planbetten und Planplätze.
2. Wenn kein Eintrag erfolgte, wird ein Feld als fehlend ausgewertet. Eine Ausnahme betrifft die Auswertung der regionalen Pflichtversorgung, für die eine fehlende Angabe im Tabellenblatt A1 Felder D20:22 als "nein" interpretiert wird.
3. Eine Überprüfung des Vorliegens aller drei erwarteten Werte bei monatlichen Dokumentationen wird derzeit nicht durchgeführt. Hintergrund ist der Wegfall der Dokumentationspflicht von expliziten Nullen, der den Dokumentationsaufwand verringern soll, jedoch die Datenqualität potentiell schmälert. Ein zum Beispiel in einem Monat eines Quartals nicht praktizierter Behandlungsbereich (z.B. "S1" mit 0 Behandlungstagen) kann so nicht von einer fehlenden Information unterschieden werden.
4. Eine Einschränkung vorliegender Datensätze auf drei maximal erwartete Werte bei monatlicher Dokumentation wird nicht angewendet. Denkbar wäre etwa z.B. im Tabellenblatt B5, dass mehrere Personen je Teile der Dokumentation eintragen. Stattdessen wird auf die Maximalwerte in Summe im Quartal geprüft für die Nächte mit weniger als 14 bzw. 16 VKS.
5. Eine Einschränkung vorliegender Datensätze auf eine erwartete maximale Anzahl zu Stichtagen je Station und/oder Behandlungsbereich wird derzeit nicht berücksichtigt.

6. Die Prüfung eines Datensatzes bildet eine Kette vorhandener Plausibilisierungen: Es müssen alle prüfbaren Angaben richtig sein, damit ein Datensatz einfließt, anderenfalls wird dieser zensiert, ggf. weitere vorhandene Datensätze (zum Beispiel einer Station zu einer Auswertung) können in der Regel eingehen.

Tabelle 6: Übersicht plausible, implausible und fehlende Daten (je Fachbereich). Die einzelnen Spalten summieren sich jeweils zeilenweise zu 100 Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

	Datensätze			
	Gesamt	N auswertbar (Anteil)	N fehlend (Anteil)	N implausibel (Anteil)
A1: Behandlungstage in gesetzlicher Unterbringung [0 bis 999.999]	769 (100 %)	749 (97,4 %)	20 (2,6 %)	0 (0,0 %)
A1: Behandlungstage in landesrechtlicher Verpflichtung [0 bis 999.999]	769 (100 %)	750 (97,5 %)	19 (2,5 %)	0 (0,0 %)
A2.1: Anzahl der vollstat. Betten [0 bis 999]	3412 (100 %)	3.371 (98,8 %)	41 (1,2 %)	0 (0,0 %)
A2.1: Anzahl der teilstat. Plätze [0 bis 999]	3412 (100 %)	3.369 (98,7 %)	43 (1,3 %)	0 (0,0 %)
A2.2: Stationstyp [A bis F]	...			
A2.2: bereinigter Stationstyp [A bis F]				
A2.2: Schwerpunkt der Behandlung ['KJP','A','A5','A7','S','G','P1','P2','Z']				
...				

Vollständigkeitsprüfungen

Ein Datensatz ist gemäß den methodischen Grundlagen des IQTIG 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. Ein Datenprüfprogramm prüft die Daten nach der Annahme auf Plausibilität sowie Vollständigkeit gemäß den Vorgaben der Anlage 3 der PPP-RL. Diese Prüfungen beziehen sich damit zunächst wesentlich auf die für die einzelnen Datenfelder definierten plausiblen Bereiche und verpflichtenden Angaben. 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. In diesem Dokument werden getrennt auf „zwingend zu korrigierende Fehler“ und „mögliche Fehler“ hingewiesen. Dabei handelt es sich bei „zwingend zu korrigierenden Fehlern“ zum einen um Verletzungen von Schlüsselfeldern, zum anderen um fehlende oder fehlerhafte Angaben in den definierten Feldern für die Erfüllung der Mitwirkungspflicht. Definierte Schlüsselfelder sind unter anderem die

Angaben Jahr, Quartal, Haupt-IK, Standort-ID, differenzierte Einrichtung (mindestens eine) und Station (mindestens eine). Durch einen erneuten Upload können Korrekturen in dem Sinne vorgenommen werden, dass die neu übermittelten Daten die bestehenden Daten ersetzen. Somit erhalten die Einrichtungen 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.

Als vollständige Datenlieferung, im Sinne der Dokumentationspflicht der Krankenhäuser, wird diese angesehen, wenn in allen verpflichtend zu füllenden Bereiche des Servicedokuments Teil A und B Angaben dokumentiert worden sind. Diese Definition ist allerdings nicht in der Richtlinie verankert und wurde im dritten Quartal 2021 durch die Arbeitsgruppe Personalausstattung Psychiatrie Psychosomatik (AG PPP) im G-BA abgestimmt.

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). 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 können für die Vollzähligkeitsprüfung 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 7). 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.

Dementsprechend stellt der ermittelte SOLL-IST Abgleich nur eine Annäherung der Vollständigkeit dar.

Tabelle 7: SOLL-IST-Abgleich und Vollständigkeit. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

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

⁸ Krankenhäuser die ihre Mitwirkungspflicht erfüllt haben

⁹ 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 registrierten Standorte möglich. Gemäß § 11 Abs. 12 hat der G-BA die Landesverbände der Krankenkassen über die Nichterfüllung der Dokumentationspflichten der jeweiligen Einrichtungen zu informieren. Dazu bereitet das IQTIG neben einer regionsunabhängigen Gesamtliste die Ergebnisse in 17 regionale Listen auf (15 Bundesländer sowie die Regionen Westfalen-Lippe und Nordrhein). Die Listen geben Aufschluss darüber, wie viele Einrichtungen nicht geliefert haben, auswertbar geliefert, nicht auswertbar geliefert, unvollständig oder vollständig Daten geliefert haben. Zudem werden die Gründe der nicht auswertbar gelieferten Daten beschrieben.

3.2 Datengrundlage und Variablen

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 Quartalsberichte über die Daten des jeweiligen Erfassungsjahres beinhalten die Ergebnisse des entsprechenden Quartals Teil A und B des Servicedokuments. Um eine longitudinale Betrachtung zu ermöglichen, empfiehlt das IQTIG, ausgewählte Variablen rollierend im Zeitverlauf über acht Quartale darzustellen (vgl. z. B. Abbildung 6, Abbildung 9, Abbildung 11). Da der Fokus

auf der longitudinalen Darstellung aller datenliefernden Einrichtungen liegen soll, empfiehlt das IQTIG aus methodischer Sicht die Grundgesamtheit je Quartal zu berichten; dies schließt neue Ein- und Ausschlüsse einzelner Einrichtungen ein. Sobald die Umstellung von Quartals- auf Jahresberichte erfolgt, empfiehlt das IQTIG auch hier für ausgewählte Variablen eine rollierende, longitudinale Betrachtung von bis zu fünf Erfassungsjahren.

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“ beziffert. 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 Fachbereiche 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.

Als differenzierte Einrichtung geht ein dokumentierter Fachbereich grundsätzlich dann in die Auswertungen ein, wenn für ihn auch mindestens eine zugehörige Station dokumentiert wurde. Dieses Vorgehen verhindert, dass versehentlich dokumentierte Fachbereiche (hier genügt ein falscher Mausklick in den Servicedokumenten) der Grundgesamtheit zugerechnet werden. Die Auswahl der Fachbereiche an einem Standort erfolgt im Servicedokument mithilfe eines Drop-down-Menüs. Wenn ein Standort versehentlich in dem Blatt „Angaben KH-Standort“ einen der differenzierten Fachbereiche doppelt auswählt, erscheinen automatisch im Tabellenblatt A1 doppelte Zeilen an folgenden Stellen: Tabellenblatt A3.1: 2*2 Einträge für Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiatrien (jeweils Jahr und Referenzjahr), 2*1 Eintrag für Psychosomatik; Tabellenblatt A5.2: 2*1 Eintrag für die Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiatrien, keiner für die Psychosomatik. Wenn diese Blätter zu Auswertungszwecken herangezogen werden, muss daher immer geprüft werden, ob mehrere Einträge vorhanden sind. Der größere Wert (bzw. der maximale) wird als plausibel erachtet.

Es wird empfohlen, die Ergebnisse sowohl auf Bundesebene als auch auf Standortebene der Krankenhäuser, stratifiziert nach den Fachbereichen gemäß § 2 Abs. 5 PPP-RL (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) darzustellen. Falls ein Krankenhausstandort nicht über alle drei Fachbereiche verfügt, sollen nur die vorhandenen Fachbereiche im Bericht dargestellt werden. Für die Ergebnisse auf Bundesebene werden im vorliegenden Bericht Tabellen und Abbildungen (s. Abschnitt 4) empfohlen. Die Darstellung der standortübergreifenden Ergebnisse auf Bundesebene werden dem G-BA als PDF-Dokument übermittelt. Die standortbezogenen Auswertungsergebnisse werden dem G-BA in Form eines maschinenlesbaren Dokuments (Excel und SQL) übergeben. Dabei werden stationsbezogene Daten auf die Einrichtungsebene aggregiert.

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 8) die Daten aus Teil B sind für jede Station monatlich auszufüllen (Tabelle 9).

Tabelle 8: Übersicht über die erhobenen Datenfelder in Teil A der Anlage 3 PPP-RL, die für jeden Standort quartalsbezogen auszufüllen sind.

Nr.	Beschreibung
A1	Datenfelder zur regionalen Pflichtversorgung der Einrichtung differenziert nach Fachbereichen
A2.1	Organisationsstruktur des Standortes
A2.2	Therapeutische Einheiten
A3.1	Gesamtbehandlungstage
A3.2	Stichtagserhebung
A3.3	Behandlungstage nach Behandlungsbereichen
A4	Tatsächliche Personalausstattung im Tagdienst (monats- und stationsbezogen)
A5.1	Mindestvorgaben, tatsächliche Personalausstattung, Umsetzungsgrad und Anforderungserfüllung je Berufsgruppe
A5.2	Umsetzungsgrad und Erfüllung der Anforderungen im Quartal je Fachbereich
A5.3	Anrechnung von Fachkräften im Tagdienst
A6.1	Ausnahmetatbestand Nummer 1 (kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle)
A6.2	Ausnahmetatbestand Nummer 2 (kurzfristig stark erhöhte Patientenzahl in der Pflichtversorgung)
A6.3	Ausnahmetatbestand Nummer 3 (gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen)
A6.4.1	Einhaltung der Mindestvorgaben bei nicht quartalsbezogenen Ausnahmetatbeständen – Zeiträume
A6.4.2	Einhaltung der Mindestvorgaben bei nicht quartalsbezogenen Ausnahmetatbeständen – Mindestvorgaben, tatsächliche Personalausstattung, Umsetzungsgrad und Erfüllung
A6.4.3	Einhaltung der Mindestvorgaben bei nicht quartalsbezogenen Ausnahmetatbeständen – Umsetzungsgrad und Erfüllung
A6.4.4	Einhaltung der Mindestvorgaben bei nicht quartalsbezogenen Ausnahmetatbeständen – Anrechnung von Fachkräften im Tagdienst
A7	Erläuterungen und Hinweise des Standortes zu den getroffenen Angaben

Tabelle 9: Übersicht über die erhobenen Datenfelder in Teil B der Anlage 3 PPP-RL, die für jede Station monatsbezogen auszufüllen sind.

Nr.	Beschreibung
B1.1	Gesamtbehandlungstage
B1.2	Stichtagserhebung
B1.3	Behandlungstage nach Behandlungsbereichen
B2.1	Mindestvorgaben, Personalausstattung, Umsetzungsgrad und Erfüllung der Anforderung
B2.2	Anrechnungen von Fachkräften gemäß § 8 im Tagdienst
B3.1 ¹⁰	Dokumentation der bei den behandelten Patientinnen und Patienten erbrachten Regelaufgaben gemäß Anlage 4 je Station und Monat in der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik
B3.2 ¹⁰	Dokumentation der bei den behandelten Patientinnen und Patienten erbrachten Regelaufgaben gemäß Anlage 4 je Station und Monat in der KJP
B4	Qualifikation des therapeutischen Personals
B5	Tatsächliche Besetzung im Nachtdienst
B6	Erläuterungen und Hinweise des Standortes zu den getroffenen Angaben

Für die Erfassungsjahre 2020 bis einschließlich 2022 steht den Krankenhäusern ein Servicedokument für die Nachweiserbringung zur Verfügung. Für diesen Zeitraum ist auch die Erfassung der Regelaufgaben (Teil B3 des Nachweises) ausgesetzt (§ 16 Abs. 6 PPP-RL).

Zeitangaben

Für den Übergangszeitraum des Servicedokuments werden die Datensätze daraufhin überprüft, ob die in einem Datensatz vorhandenen Angaben der Monate und Stichtage in dem zu erfassendem Quartal liegen, beispielsweise für das erste Quartal eines Jahres nur die Monate 1, 2 und 3 angegeben sind. Die Prüfung wird vor allem für die Auswertungen durchgeführt, die die Excel-Tabellen B1.1, B1.2, B1.3, B2.1, B2.2 und B5 einbeziehen.

Auswertung Freitexte

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 Bereinigung, Zusammenführung und Sichtung der Texte. Im 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

¹⁰ Voraussichtlich erst ab dem Erfassungsjahr 2023 zu dokumentieren.

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 fünf Strukturanforderungen. In einem Fall ist die Eingabe von max. 150 Zeichen erlaubt, in anderen Fällen von max. 3.500 Zeichen. Letzteres bedeutet, dass die Leistungserbringer pro Feld bis zu einer Seite Text erstellen können. Mit Blick auf die Effizienz der Datenauswertung und den Erkenntnisgewinn ist zu prüfen, ob dieser Umfang erforderlich ist. Zudem wurde anhand der ersten Freitextauswertungen festgestellt, dass die dort formulierten Begründungen und Ergänzungen in einem bestimmten Umfang standardisiert vorgegeben werden können, sodass sich die Dokumentation von offenen Antworten reduzieren, wenn nicht sogar vermeiden lässt. Dieser Aspekt sollte in einer erneuten Richtlinienanpassung berücksichtigt und ggf. umgesetzt werden.

Die Freitextfelder A7 und B6 wurden für das Erfassungsjahr 2022 neu aufgenommen. Deshalb gibt es bisher keine Daten, auf deren Basis ein Auswertungskonzept entwickelt werden konnte. Im Zuge der ersten Datenlieferung 2022 wird das Textmaterial wie oben beschrieben in Anlehnung an eine zusammenfassende und strukturierende Inhaltsanalyse nach (Mayring 2015) ausgewertet. Je nach Umfang der Freitexte werden alternative Auswertungsmethoden geprüft.

Größe der Einrichtung

Die Größe einer Einrichtung wird bemessen anhand der dokumentierten Angaben zu den stationären Planbetten und teilstationären Planplätzen (Summe der Anzahlen beider Felder auf Ebene einer differenzierten Fachbereiche aus dem Tabellenblatt A2.1). Für die Fachbereiche der Erwachsenenpsychiatrie und der Psychosomatik erfolgt die Einteilung wie folgt: <25 Betten/Plätze, 25-49 Betten/Plätze, 50-99 Betten/Plätze, 100-249 Betten/Plätze und \geq 250 Betten/Plätze.

Abweichend davon wird für die Kinder- und Jugendpsychiatrie folgende Kategorisierung vorgenommen: <25 Betten/Plätze, 25-49 Betten/Plätze, 50-74 Betten/Plätze, 75-99 Betten/Plätze und \geq 100 Betten/Plätze.

Regionale Pflichtversorgung

Unterschieden wird nach dokumentierter regionaler Pflichtversorgung (ja/nein). Für das Tabellenblatt A1 wird in den Fällen, in denen eines der beiden dichotomen Felder für die landesbehördlich zugewiesene regionale Pflichtversorgung einer Einrichtung keinen Eintrag aufweist (NULL), dies als „nein“ interpretiert, so dass für alle Einrichtungen eine Information zur regionalen Pflichtversorgung vorliegt.

Stationen

Das Servicedokument enthält Stationsangaben in Teil A und Teil B. Ein Problem für die Auswertungen stellt die Verknüpfung der in den Servicedokumenten angelegten Station-IDs mit den Stationsbezeichnern dar: Werden Stationen in unterschiedlicher Reihenfolge in Teil A und B definiert, bekommen sie in den jeweiligen Dokumentationsblättern unterschiedliche IDs zugewie-

sen. Um dieses Problem zu umgehen, werden alle tabellenübergreifenden Auswertungen ausschließlich über den eingetragenen Stationsbezeichner verbunden. Zusätzlich wird nach einer sorgfältigen Prüfung der notwendigen Zusatzinformationen „case sensitivity“ bei der Auswertung ignoriert. Dadurch können einige Stationen über unterschiedliche Tabellenblätter wiedergefunden werden. Um die Vergleichbarkeit zwischen den Auswertungen auf Stationsebene gewährleisten zu können, wird generell auf die Stationen, die in Teil B dokumentiert wurden, eingeschränkt. Gewährleistet wird so eine homogene Betrachtungsbasis, da viele notwendige Angaben für die Auswertungen auf Stationsebene nur dem Dokumentationsteil B zu entnehmen sind.

Stationsgröße

Die Größe einer Station bezieht sich auf die in den 14-tägigen Stichtagen des Berichtsquartals hinterlegte Anzahl der Patientinnen und Patienten (im Mittel) aus den Angaben des Tabellenblatts B1.2. Hierbei wird sich an den nach § 9 PPP-RL empfohlenen Stationsgrößen orientiert. Somit kommt es in den Fachbereichen der Erwachsenenpsychiatrie sowie der Psychosomatik zu folgender Einteilung: „weniger als 5“, „5 – 7“, „8 – 11“, „12 – 15“, „16 – 18“, „19 – 22“, „23 und mehr“. In dem Fachbereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird folgende Einteilung umgesetzt: „weniger als 4“, „4 – 6“, „7 – 9“, „10 – 12“, „13 – 15“, „16 und mehr“.

Stationstyp

Einer Station kann ein sogenannter Stationstyp zugeordnet werden. Dies wird in der Anlage 3 Tabellenblatt A2.2 unter „therapeutische Einheiten“ erfasst. In der Richtlinie ist nicht beschrieben, dass pro Station nur ein Stationstyp existieren darf bzw. einer festen Zuteilung pro Fachbereich vorbehalten ist. So kann es vorkommen, dass einer Station mehrere Stationstypen zugeordnet werden. Diese Einträge werden bei den Auswertungen berücksichtigt, für diesen Fall sind keine Rangfolgen definiert und auch in der Zuordnung erfolgt keine Einschränkung über die PPP-RL hinaus. Es können folgende Stationstypen dokumentiert werden: geschützte Akut- bzw. Intensivstation (A), fakultativ geschlossene Station (B), offene, nicht elektive Station (C), Station mit geschützten Bereichen (D), elektive offene Station (E) und nicht-stationsbezogene Einheit mit innovativem Behandlungskonzept (F).

Schwerpunkt der Behandlung

Ebenfalls wird in dem Tabellenblatt A2.2 der Schwerpunkt der Behandlung erfasst. Auch hier kann es vorkommen, dass eine Station mehrere der zur Auswahl stehenden Konzeptstationen dokumentiert. Für diesen Fall sind keine Rangfolgen definiert. Des Weiteren sind die Konzeptstationen nicht auf bestimmte Fachbereiche eingeschränkt. Auch wenn eine Zuordnung logisch möglich wäre, erfolgt zunächst keine Einschränkung über die der PPP-RL hinaus. Folgende Behandlungsschwerpunkte können für die drei Fachbereiche dokumentiert werden: 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 (KJP) und keine der obigen Konzeptstationen (Z).

Behandlungsbereiche

Für die differenzierten Fachbereiche sind unterschiedliche Behandlungsbereiche definiert (§3 PPP-RL). Die Angaben zu den Gesamtbehandlungstagen unterscheiden sich je nachdem, ob die Gesamtbehandlungstage je Fachbereich im Quartal (A3.1) oder die Summe der Tage in Behandlungsbereichen (A3.3) herangezogen werden. Für die Sonderfälle der per definitionem nicht vorhandenen Behandlungsbereiche in Fachbereichen mit hybridem Charakter (Übergang Jugendlicher in die Erwachsenenpsychiatrie mit daraus folgenden Gruppierungskonsequenzen, Mitbehandlung von Eltern in Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der Psychosomatik) müsste der Umgang in der Auswertung ggf. nachdefiniert werden. Aktuell erfolgt keine Berücksichtigung in den Auswertungen. Behandlungsbereiche werden sowohl in Auswertungen auf Einrichtungsebene (Teil A) als auch auf Stationsebene (Teil B) berücksichtigt. Die Tabellen zu den Anteilen der Behandlungstage in Behandlungsbereichen nach Schwerpunkt der Behandlung beziehungsweise Stationstyp werden um den Ausschluss derjenigen Stationen ergänzt, die für einen Behandlungsbereich in Summe 0 Behandlungstage (B1.3 des Servicedokuments) dokumentierten. Die Anzahl ausgeschlossener Stationen wird angegeben. Zusätzlich wird ein Faktor zur Bereinigung der Effekte der Mehrfachnennungen auf A2.2 eingeführt: Für einen Behandlungsschwerpunkt in einer Station können mehrere Datensätze in Tabelle A2.2 dokumentiert werden. Durch das Zusammenführen mit der Tabelle B1.3 werden die Behandlungstage im Behandlungsbereich mit der Anzahl der Datensätze je Behandlungsschwerpunkt und Station aus A2.2 multipliziert. Um dies auszugleichen, wird der Faktor „Anzahl der Datensätze je Behandlungsschwerpunkt und Station“ als Divisor verrechnet.

Gesamtbehandlungstage und Anteil Intensivbehandlung

Für die Bestimmung von Behandlungswochen als Umrechnungsfaktor (Tabelle 35) oder die des Anteils an Intensivbehandlung (Tabelle 40 und Tabelle 41) wird der Bezug zu den dokumentierten Gesamtbehandlungstagen in Behandlungsbereichen hergestellt (A3.3) und nicht zu der dokumentierten Anzahl Gesamtbehandlungstage (A3.1). Der Anteil an Intensivbehandlungstagen wird anhand der in die Behandlungsbereiche eingeordneten Behandlungstage (Gesamt) über die Behandlungsbereiche und unter Ausschluss der stationsäquivalenten Behandlung (A9, S9, G9, KJ9) bestimmt. Für die Erwachsenenpsychiatrie werden die Behandlungsbereiche A2, S2, und G2 als Intensivbehandlung definiert, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Behandlungsbereich KJ3 und in der Psychosomatik der Behandlungsbereich P2. Des Weiteren werden folgende Kategorien zu Anteilen an Intensivbehandlung dargestellt: 0 %, > 0 % < 10 %, 10 % - 20 %, 20 % - 30 %, 30 % - 40 % und > 40 %.

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:

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

Sämtliche Ergebnisse zu der tatsächlichen Personalausstattung und zum Umsetzungsgrad, die in diesem Konzept dargestellt werden, berücksichtigen immer auch die angerechneten Fach- und Hilfskräfte.

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 9), als auch pro Berufsgruppe (vgl. Abbildung 11)). Der bundesweite Umsetzungsgrad stellt somit nicht den Mittelwert aller Umsetzungsgrade der Einrichtungen dar, sondern wird auf Bundesebene aus den zusammengeführten Daten aller Einrichtungen berechnet. Die Berechnung wurde so gewählt, um z.B. mögliche Einflüsse kleinerer vs. größerer Häuser auszugleichen. Jedoch können sich z.B. regionale Unterschiede bei standortübergreifenden Berechnungen auf Bundesebene ausgleichen.

Die Verteilung der einrichtungsbezogenen Umsetzungsgrade und deren bundesweiten Mittelwert wird über eine Benchmarkgrafik dargestellt (vgl. Abbildung 7 und Abbildung 8). Das Sericedokument sorgt beim Einlesevorgang der Daten durch die hinterlegte Formel zur Berechnung der Umsetzungsgrade (A5.1) dafür, dass im Fall eingetragener Werte in VKS-Mind bei gleichzeitigem Fehlen einer Angabe in VKS-Ist ein Umsetzungsgrad von 0 Prozent übermittelt wird, anstatt eines leeren Feldes. Die Auswertungen standortübergreifender Umsetzungsgrade beinhalten daher immer die Prüfung der Plausibilität aller drei Angaben VKS-Ist, VKS-Mind und Umsetzungsgrad. Zusätzlich wird auf die für die differenzierten Fachbereiche passenden Berufsgruppen eingeschränkt.

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 35). 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. Der Belegungskorridor soll dazu dienen, eine ausreichende Personalausstattung auch bei kurzfristig schwankenden Belegungszahlen zu garantieren. Dieser Korridor wurde zunächst bei 2,5 Prozent festgelegt (§ 6 Abs. 4 PPP-RL).

Für die Betrachtung des Korridors werden die Behandlungstage in Behandlungsbereichen aus dem Tabellenblatt A3.3 herangezogen. Je Behandlungsbereich eines Fachbereichs wird die Differenz aus den Behandlungstagen des aktuellen und des Referenzjahres gebildet, die maximale Differenz eines Behandlungsbereichs wird für den Fachbereich der Einrichtung festgehalten. Auswertbar sind nur Fachbereiche der Einrichtungen, für die sowohl Werte des Erfassungsquartals als auch des Referenzjahres vorliegen. Liegen keine Wertepaare vor, wird der Fachbereich der Einrichtung von der Auswertung ausgeschlossen. Für die tatsächlichen Abweichungen werden die folgenden Abweichungsintervalle gesetzt, wobei jeweils die untere Grenze inkludiert ist: kleiner 2,5 %, 2,5 % bis 5 %, 5 % bis 10 %, 10 % und mehr.

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 erfüllen, 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 mit der Richtlinienänderung vom 15. Oktober 2020 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 A6.1 der PPP-RL. 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 999,99

Spalte 6: Freitextfeld bis 999 Zeichen

Das Nebeneinander von verschiedenen Eingabeformaten sowie inhaltlich differenten Zeiträumen erlaubt keine einheitlich vergleichbare Auswertung der angegebenen Zeiträume. Somit ist es nicht möglich, 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 angegebenen mittleren Ausfallstunden und die dokumentierte 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. 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.

Da die Tabelle A6.3 zu den gravierenden strukturellen oder organisatorischen Veränderungen nur Freitexteingaben ermöglicht, werden die Ergebnisse dieser Tabelle, ebenso wie die Auswertungen der Freitextfelder von A6.1 gesondert dargestellt. Die Möglichkeit in A6.2 Freitextangaben zu machen ist in den bisherigen Auswertungen nicht genutzt worden, daher wurden hier noch keine festen Kategorien gebildet. In den anderen beiden Tabellen der Anlage 3 ist aufgrund der erlaubten Zeichenanzahl (max. 999 Zeichen) die Dokumentationsweise der Häuser sehr unterschiedlich: Manche Einrichtungen schreiben nur ein Wort, andere wiederum nutzen die komplette Zeichenanzahl aus. In der Tabelle A6.3 sind drei Spalten (3 bis 5) Freitextfelder, wodurch hier eine wesentlich erhöhte Datenmenge vorliegt als vergleichsweise bei A6.1 oder A6.2 mit jeweils nur einer Spalte Freitextangaben. Das Vorgehen der Freitextauswertung ist bereits im Abschnitt 3.2 ausführlich beschrieben worden. Allerdings wird aufgrund des hohen Arbeitsaufwands zur Vereinheitlichung und Bereinigung der Daten sowie der Zuordnung möglicher Kategorien, seitens des IQTIG empfohlen, die Möglichkeit von Freitextangaben aus der Anlage 3 zu entfernen und stattdessen die vorgeschlagenen Kategorien zur Auswahl zu stellen:

Für das Freitextfeld in A6.1: „krankheitsbedingter Personalausfall“, „erhöhte Arbeitsbelastung“, „Beschäftigungsverbot“, „hohe Übergriffsrate“, „Neueinstellung Personal“, „Sonstige“ (vgl. Tabelle 47). Für das Freitextfeld der Auswirkungen auf die Behandlungsleistungen in A6.3: „angepasste Behandlungsleistungen“, „Erhöhung der Behandlungstage“, „erhöhte Arbeitsbelastungen“, „reduzierte Belegung“, „keine Behandlung“, „Sonstige“ (vgl. Tabelle 48). Für das Freitextfeld der Auswirkungen auf die Personalausstattung in A6.3: „angepasste Personalausstattung“, „Erhöhter Personalaufwand“, „Personalumverteilung“, „keine Personal“, „Sonstige“ (vgl. Tabelle 49). Und für das Freitextfeld der Gründe für Abweichungen in A6.3: „erhöhter Personalausfall“, „Erweiterung der Versorgung“, „pandemiebedingte Anpassungen“, „Schließung der Station oder Einrichtung (auch vorübergehend)“, „Sonstige“ (vgl. Tabelle 50).

Es besteht weiterhin die Möglichkeit, dass diese Kategorien, falls erforderlich, angepasst werden können. Des Weiteren könnte bei der Kategorie „Sonstige“ die Möglichkeit der Erläuterung

(Freitextfeld mit begrenzten Zeichen von max. 150) bestehen bleiben, um zu überprüfen, ob die gebildeten Kategorien den Bedarf abbilden oder angepasst bzw. erweitert werden müssen.

Anrechnungen von Fachkräften gemäß § 8 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 auch tatsächlich die Regelaufgaben der Berufsgruppe (Anlage 4 PPP-RL), bei der die Anrechnung erfolgt, erbringen. Dabei kann das angerechte Personal in drei Kategorien unterschieden werden:

- Anrechnung Fachkräfte anderer Berufsgruppen nach PPP-RL
- Anrechnung Fachkräfte ohne direktes Beschäftigungsverhältnis
- Anrechnung Fach- oder Hilfskräfte aus Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen

Hierbei ist zu beachten, dass ab dem 01. Januar 2023 für die Anrechnung von Fach- oder Hilfskräften aus Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen sogenannte Höchstgrenzen gelten (§ 8 Abs. 5 i.V.m. § 16 Abs. 7 PPP-RL). Des Weiteren wird in der Richtlinie beschrieben, zwischen welchen Berufsgruppen die Anrechnungen erfolgen dürfen (zum Beispiel bei Einrichtungen mit dem Fachbereich der Erwachsenenpsychiatrie jeweils zwischen den Buchstaben a und c sowie jeweils zwischen den Buchstaben b, d, e und f (§ 8 Abs. 3ff.)). Hierfür müssen die Krankenhäuser zusätzlich im Nachweis der Anlage 3 (Tabelle A5.3) die Umfänge der angerechneten Fach- und Hilfskräfte dokumentieren und erläutern. Dabei handelt es sich bei der Spalte 6 der Tabelle erneut um ein Freitextfeld mit bis zu 2.000 Zeichen. Auch hier haben die bisherigen Auswertungen einige limitierende Faktoren aufgezeigt, wie zum Beispiel, dass die Einrichtungen die Regelaufgaben sehr unterschiedlich erläuterten. So gab es Angaben wie beispielsweise „diverse Regelaufgaben“, „alle Regelaufgaben“ oder Stichwörtern bzw. Zahlenkombinationen bei denen im Nachhinein händisch durch das IQTIG versucht wurde, diese den Regelaufgaben nach Anlage 4 PPP-RL zuzuordnen. Ebenfalls ist deutlich geworden, dass nicht alle Paragraphen der Richtlinie, besonders die oben beschriebenen Anrechnungen zwischen den Berufsgruppen, berücksichtigt wurden. Dies sind nur einige der limitierenden Faktoren, aufgrund derer das IQTIG empfiehlt, die Freitextangaben in Bezug auf die Regelaufgaben aus dem Nachweis der Anlage 3 zu entfernen. Stattdessen sollte eine Auswahl der Kategorien aus Anlage 4 integriert werden. So können Dokumentationsfehler verringert und die Auswertungen erleichtert werden.

In die Berechnung gingen prinzipiell alle Einrichtungen mit Werten zur jeweiligen betrachteten Berufsgruppe ein, so dass nicht pauschal von eingeschlossenen Einrichtungen für die gesamte Auswertung ausgegangen werden kann. Vielmehr differiert die zugrundeliegende Anzahl je Zeile. Ausgeschlossen wurden negative Werte und Werte oberhalb 999.999 (vgl. Anlage 3 der PPP-RL). Dabei gilt, dass wenn einer der vier für eine Berufsgruppe einer Einrichtung einfließenden Werte implausibel oder fehlend war, der gesamte berufsgruppenbezogene Datensatz für die Auswertung ausgeschlossen wurde. Die Mittelwerte wurden jeweils über alle Einrichtungen mit eingeflossenen Werten gebildet, prozentuiert wurde auf die mittleren VKS-Ist einer Berufsgruppe über alle Einrichtungen.

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). Dafür ermitteln die Krankenhäuser ihre durchschnittliche Pflegepersonalausstattung sowie die durchschnittliche Patientenbelegung während des Nachtdienstes.

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 Pflegefachpersonen (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 13). Für diese Auswertung werden die Quartalsdaten in Summe betrachtet, je nach Dauer eines Quartals wären in Summe beispielsweise in einem 4. Quartal 92 Tage plausibel, alles darüber hinaus führt zum Ausschluss der Station aus der Auswertung. Anstelle einer Prüfung auf Monatsebene (laut PPP-RL wären 0 bis 31 Tage im Monat plausibel) wird in diesem Fall gegen den real und objektiv verfügbaren Zeitraum im Quartal geprüft. Die andere Vorgehensweise (monatliche Prüfung) würde dazu führen, dass der Datensatz aus einem Monat einer Station nicht berücksichtigt würde. Die Station ginge dann mit nur einem oder zwei Datensätzen statt drei Monatsdatensätzen in das Aggregat für das Quartal ein. In der Auswertung wäre das Ergebnis verfälscht. Ebenfalls sollte der Mittelwert der Variable „Anzahl Patientinnen und Patienten je Pflegefachperson“ longitudinal dargestellt werden, um auf Bundesebene auf Schwankungen in der Patientinnen-Pflegenden-Ratio hinweisen zu können (Abbildung 14). Dafür werden für die Auswertung auf die gegebenen plausiblen Bereiche auf Feldebene eingeschränkt (0 bis 999,99). Für die Nachtauswertungen werden ebenfalls alle Einrichtungen, in denen keine stationäre Behandlung stattgefunden hat ausgeschlossen. Dazu werden einerseits Einrichtungen ausgeschlossen, die keine Planbetten der vollstationären Versorgung dokumentierten, andererseits solche, die im betrachteten Quartal keine Behandlungstage angaben. Weiterhin werden Einrichtungen ausgeschlossen, in denen ausschließlich tagesklinische oder stationsäquivalente Behandlung durchgeführt werden. Zusätzlich werden die Datensätze darauf überprüft, ob die angegebenen Monate im Quartal liegen. Für die Auswertungen zur tatsächlichen Besetzung des Nachtdienstes (Tabelle 57) und zur mittleren Personalausstattung im Nachtdienst pro Stationstyp (Tabelle 58) gelten die plausiblen Bereiche der PPP-RL auf Feldebene, die Prüfung der Quartalsummen sowie die beschriebene Einschränkung der Auswertbarkeit, für Tabelle 44 zusätzlich das Vorliegen der definierten Stationstypen. Dazu wird eine Auswertungsgrundgesamtheit „Nacht“ definiert, die die plausiblen Vorgaben aller bisherigen einzelnen Auswertungen vereint und zusätzlich die bislang verbliebenen Stationen mit einem Mittelwert von 0 Vollkraftstunden pro Nacht oder einem Mittelwert von 0 Patientinnen und Patienten pro Pflegefachperson ausschließt. Des Weiteren wurde eine weitere Plausibilitätsprüfung auf Ebene der Datensätze im Tabellenblatt B5 eingesetzt, da es sein kann, dass einige Einrichtungen die Summe aller Nachtdienst-Vollkraftstunden, andere die Anzahl der durchschnittlich anwesenden Pflegefachpersonen pro Nacht angeben, anstatt der erwarteten

durchschnittlichen Vollkraftstunden der Pflegefachpersonen pro Nacht. Die Prüfung gleicht mit einer Toleranz von 10 Prozent Abweichung die durchschnittliche Patientenbelegung im Quartal mit dem Durchschnitt aus den angegebenen Vollkraftstunden je Nacht im Quartal ab, indem diese Vollkraftstunden durch 10 dividiert werden, um die Anzahl der anwesenden Pflegefachpersonen zu erhalten und dann mit der Anzahl der Patientinnen und Patienten je Pflegefachperson multipliziert werden. Für alle Auswertungen im Bereich der Nachtdienste gilt ebenfalls einheitlich zum Zweck der Vergleichbarkeit, das stufenweise Vorgehen der Aggregation zuerst auf Stationsebene gefolgt von der Aggregation auf Einrichtungsebene.

3.3 Datenqualität

Die Anzahlen der in eine Auswertung einfließenden differenzierten Einrichtungen (respektive Stationen eines Fachbereichs) unterscheiden sich je nach Notwendigkeit des Vorliegens unterschiedlicher Information für eine Auswertung: Mit jeder weiteren Information, die zur Bildung des auswertbaren Pools zu einer Fragestellung herangezogen wird, können weitere Fachbereiche nicht auswertbar sein. So nimmt z.B. die Anzahl der auswertbaren Einrichtungen ab, wenn ein Umsetzungsgrad vorhanden sein muss.

Diese „missings“ und weitere Auffälligkeiten werden in der folgenden Tabelle dargestellt und teilweise später in den Auswertungen wieder aufgegriffen. In Tabelle 10 werden allgemeine Aspekte der Datenqualität in Anzahlen und Anteilen gesamt sowie differenzierten nach Fachbereichen dargestellt. Zusätzlich wird in der Tabelle die Referenz zum Servicedokument abgebildet, in dem das entsprechende Tabellenblatt des Servicedokuments in Klammern genannt wird. Dabei bezieht sich die Anteilsbildung ab Zeile 2 auf die jeweilige Gesamtheit der Spalte in Zeile 1. Liegen für einen Fachbereich gemäß PPP-RL keine Werte vor, bleibt die Spalte leer und die Gesamtspalte berücksichtigt diesen Fachbereich nicht. Zur Verdeutlichung welche Anteilsbildung zugrunde gelegt wird, werden Bruchzahlen ausgewiesen. Somit werden die datenliefernden Einrichtungen dargestellt welche einen Fachbereich angeben und diesem mindestens eine Station zugewiesen haben. Die Datenbasis von Tabelle 10 bilden alle vorliegenden Daten des gültigen letzten auswertbaren Quartalsdatensatzes eines Standortes auf Feldebene. Eine Übersicht über vollständig gelieferte Quartalsdatensätze und unvollständig gelieferte Datensätze findet sich im Anhang (Tabelle 59). Die folgende Tabelle stellt auch Einrichtungen ohne bestimmte Anteile der Lieferung dar.

Tabelle 10: Übersicht zur Datenqualität gesamt, sowie getrennt nach den Fachbereichen. In der ersten Zeile werden Zeilenprozentage angegeben, ab Zeile 2 summieren sich die einzelnen Zeilen spaltenweise zu 100 Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

	Auswertung zur Datenqualität			
	Gesamt	Erwachsenenpsychiatrie	Kinder- und Jugendpsychiatrie	Psychosomatik
Anzahl der datenliefernden Einrichtungen (Anteil)	1.324 (100 %)	769 (58,1 %)	265 (20,0 %)	290 (21,9 %)
Anzahl der Einrichtungen, die in Teil B keine weiteren Informationen enthalten (Anteil)	96/1.324 (7,3 %)	60/769 (7,8 %)	22/265 (8,3 %)	14/290 (4,8 %)
Anzahl der Einrichtungen, die keine Angaben zur Qualifikation des Personals (B4) machten (Anteil)	...	...	...	...
Anzahl der Einrichtungen, in denen Anrechnungstatbestände (A5.1) nicht vollständig erläutert wurden (A5.3)				
Anzahl der Einrichtungen, in denen Anrechnungstatbestände (B2.1) nicht vollständig erläutert wurden (B2.2) (Anteil)				
Anzahl der Einrichtungen ohne dokumentierten Behandlungsbereich (B1.2) zu mind. einer Station (Anteil)				
Anzahl der Einrichtungen ohne dokumentierten Behandlungsbereich (B1.3) zu mind. einer Station (Anteil)				
...				

3.4 Datenbereinigung

Unter "Datenbereinigung" kann der Vorgang verstanden werden, bei dem eingehende Originaldaten beim Schreiben in eine Auswertungsdatenbank ausgeschlossen, ersetzt oder imputiert werden. Gerade im Fall neuer Auswertungen, für deren Konzeption keine Daten zugrunde lagen, ist vor dem Hintergrund möglicher folgender Änderungen der Auswertung an sich und/oder der ihr zugrundeliegenden plausiblen Bereiche von einem massiven Eingriff in die Integrität und Vollständigkeit der Daten bei diesem Übertrag abzuraten. Aus diesem Grund werden nur wenige Datenbereinigungen in diesem Sinne vorgenommen. Ausschließlich für die Auswertungen werden Werte ersetzt. Dazu werden diese in einem zusätzlichen Datenfeld mit dem Zusatz "_cleared" in die Datenbank aufgenommen, die Originaldaten werden aber ebenfalls in der Datenbank belassen. In der Tabelle A.2 finden sich diese Werte zusätzlich zum Originalfeld als "bereinigter" zum Beispiel „Stationstyp“. Diese Ergänzungen betreffen die unten genannten Felder zu den Themen kaufmännisches Runden, variierende Textbezeichner und case sensitivity. Im Unterschied dazu werden für Auswertungen im Rahmen der Plausibilisierung implausible Bereiche und Einrichtungen ohne vorliegende Werte von Auswertungen (nicht aus der Datenbank) ausgeschlossen. Die Richtlinie gibt für alle Eingaben spezifische Wertebereiche oder Formate vor. Das Servicedokument lässt aufgrund seiner technischen Begebenheiten als Excel-Dokument jedoch in bestimmten Fällen auch andere Werte zu. Das kann dazu führen, dass es häufig zu Formatsverletzungen in den Datenlieferungen kommt. Soweit die eingetragenen Werte in die erwarteten und daher fest angelegten Formate der Datenbank passen, fließen sie in die Datenbank ein. Grundsätzlich gilt: Eine alphanumerische Zeichenkette kann nicht als numerische gespeichert werden, aber eine numerische kann als alphanumerische gespeichert werden. Text, der die vorgesehene Länge überschreitet, wird beim Import abgeschnitten. Um die Auswertbarkeit der Daten zu erhöhen, werden Annahmebereiche erweitert und Datenbereinigungen vorgenommen:

Fehlendes kaufmännisches Runden

Felder, die eindeutig ganzzahlig verstanden werden (z.B. "A3.1 Behandlungstage" oder "A3.2 Anzahl Patienten am Stichtag"), werden kaufmännisch gerundet und bereinigt in die Datenbank eingetragen. Der Weiteren werden für eine Reihe von Feldern, die Vollkraftstundenwerte enthalten, in der Übermittlung Nachkommastellen zugelassen. Diese Erweiterung dient der Umsetzung der Vollständigkeitsprüfung, die zu Beginn der Datenübermittlungen zum 3. Quartal 2021 in Abstimmung mit dem G-BA eingeführt wurde (z.B. Summenüberprüfung der Anrechnungstatbestände A5.1/A5.3). Die Daten gehen im Originalformat in die Auswertungsdatenbank mit ein.

Variierende Textbezeichner

Da unterschiedliche Schreibweisen zu Problemen führen, werden Daten aufbereitet: In den verschiedenen Versionen des Servicedokuments wurden Textbezeichner leicht variiert, so dass auch in aktuellen Dokumentationen gelegentlich noch veraltete Schreibweisen zu finden sein könnten. Auch werden definierte Schreibweisen z.B. für die Qualifikation von Teilgruppen abweichend eingetragen. Um die Auswertbarkeit dieser Daten zu steigern, werden eindeutige,

aber formal inkorrekte Texteingaben korrigiert (A2.2 Behandlungsschwerpunkt, Stationstyp; A5.3 und B2.2 Anrechnungstatbestand sowie B4 Teilgruppe mit zusätzlicher Qualifikation oder Anrechnung).

Case sensitivity

Die Prüfung der Groß/Kleinschreibung (case sensitivity) wird für „ja/nein“ und „entfällt“-Felder, Stationsbezeichner und Behandlungsbereiche für die Datenannahme ausgesetzt. Auch lässt die Import-Schnittstelle, zur Übertragung der Daten aus Excel in die Auswertungsdatenbank, trotz Meldung im Feedback dennoch Werte zu, die gemäß PPP-RL nicht den plausiblen Bereichen (z.B. Berufsgruppen, Behandlungsbereiche) für die differenzierten Einrichtungen zugehörig sind. Bei Eintrag in die Auswertungsdatenbank werden nein/ja/entfällt in 0/1/2 übersetzt abgelegt, für die übrigen case sensitive definierten Felder werden die Originalwerte übertragen und in den Auswertungsabfragen wiederum case insensitive (ohne Beachtung der Groß/Kleinschreibung) verfahren.

3.5 Einbezug fachlicher Expertise

Bei der Entwicklung und Umsetzung neuer Verfahren sowie der Interpretation von Daten und Auswertungen entstehen häufig fachliche oder methodische Fragen. Für die fachliche Begleitung ist nach der DeQS-Richtlinie (§ 26) ein Expertengremium auf Bundesebene einzubeziehen. Für das Verfahren der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik finden sich in der PPP-RL keinerlei Vorgaben bezüglich einer Expertengruppe oder –gremium. Daher war dem IQTIG frei, eine Expertengruppe PPP zu gründen. Dafür wurde das Methodenpapier des IQTIG genutzt, in dem die Punkte, welche bei der Einbeziehung von Fachexpertise zu berücksichtigen sind, beschrieben werden (siehe Kapitel 9 Methodische Grundlagen V1.1). Für das Bewerbungsverfahren, erfolgte eine Ausschreibung, welche auf der IQTIG Homepage veröffentlicht und zusätzlich an die Verteiler der stellungnahmeberechtigten Organisationen nach PPP-RL sowie dem Medizinischen Dienst und der Patientenvertretung versandt wurde.

Bei der Besetzung der Expertengruppe PPP lag der Fokus auf wissenschaftlich arbeitendes Personal oder Personal im Controlling, welches in psychiatrischen Kliniken mit den Fachbereichen der Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychosomatik tätig ist und mit der zugrundeliegenden PPP-RL vertraut ist. Alle Bewerberinnen und Bewerber hatten als Teil ihrer vollständigen Bewerbungsunterlagen eine unterzeichnete Vertraulichkeitserklärung sowie ein ausgefülltes und signiertes Formular über mögliche finanzielle und inhaltliche Interessenkonflikte vorzulegen. Die Bewerbungsunterlagen der Kandidatinnen und Kandidaten wurden über einen Kriterienkatalog nach fachlichen Punkten bewertet und bei positivem Votum an die interne Interessen-Konfliktkommission zur Prüfung weitergegeben. Die Prüfung von möglichen Interessenkonflikten erfolgt im Rahmen der vom Vorstand des IQTIG verabschiedeten und den Trägern des G-BA miterarbeiteten "Verfahrensregeln der Interessenkonflikt-Kommission des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)" für alle Personen, die sich als Expertin oder Experte beim IQTIG bewerben. An die Bewerberinnen und Bewerber, deren Bewerbung ein positives Prüfergebnis der Interessenkonflikt-Kommission erhielt, wurde anschließend eine Zusage versendet. Die Zusammensetzung der Expertengruppe wurde auf der

Homepage des IQTIG unter <https://iqtig.org/das-iqtig/expertinnen-und-experten/bfg-detailansicht/ppp/> veröffentlicht. Hierbei ist zu beachten, dass die Expertinnen und Experten als Einzelpersonen für die Expertengruppe benannt wurden.

4 Ergebnisdarstellung auf Bundesebene

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. Als ersten Anhaltspunkt hat das IQTIG am 31. Januar 2021 den Bericht „Auswertungsfragen nach § 14 PPP-RL“ an den G-BA übermittelt. Darüber hinaus wird das IQTIG stationsbezogenen Daten pro Quartal weiterhin vorhalten, sodass weitere inhaltliche Auswertungen vorgenommen werden können.

Die Datengrundlage für die Auswertungen bilden die von den Einrichtungen ausgefüllten Servicedokumente (Teil A und B), die die vordefinierten zu erhebenden Datenfelder der Anlage 3 PPP-RL enthalten. Es werden alle plausiblen Daten mit einbezogen, wenn diese innerhalb der definierten Fristen der PPP-RL geliefert wurden. Für die Auswertungen berücksichtigt wird ausschließlich der zeitlich letzte von den Standorten gelieferte Datensatz des jeweiligen Quartals, da davon auszugehen ist, dass dieser Datensatz alle ggf. korrigierten oder ergänzten Informationen enthält.

Im Folgenden werden Grafiken und Tabellen für die quartalsbezogene Ergebnisdarstellung der nach Anlage 3 der PPP-RL zu dokumentierenden Daten, standortübergreifend auf Bundesebene, empfohlen. Dabei wird für alle Tabellen und Abbildungen des Berichts wird in den entsprechenden Textpassagen das methodische Vorgehen der jeweiligen Auswertung beschrieben, wie zum Beispiel der Umgang mit Null-Werten oder die Anzahl einfließender Einrichtungen oder Stationen. Diese Beschreibungen sind nur im vorliegenden Auswertungs- und Berichtskonzept enthalten. In den Quartalsberichten selbst wird lediglich auf dieses Konzept verwiesen. Die auswertbaren Anzahlen und „missings“ je Tabelle der Tabellenbeschriftung zu entnehmen. Die finalen

Ergebnisse werden jeweils stratifiziert nach den Fachbereichen „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 Abschnitt 1.3 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.

4.1 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.

4.1.1 Strukturbeschreibung der Einrichtungen

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 Fachbereiche „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 59 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 A.1 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 13 enthält weitere einrichtungsbeschreibende Informationen. Für die Definition des Raumtyps wird auf die Raumabgrenzungen für siedlungsstrukturelle Kreistypen „Städtischer Raum“ und „Ländlicher Raum“ des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung zurückgegriffen, welche über die amtlichen Gemeindegemeinschaften mit dem Datensatz verknüpft wurden. Die Gemeindegemeinschaften für alle Einrichtungen werden hierfür von <https://krankenhausstandorte.de> heruntergeladen. Eine Einrichtung wird als ausschließlich teilstationär definiert, wenn je Fachbereich bei allen Stationen dieser Einrichtung in A2.1 die Anzahl der Planbetten = 0 und die Anzahl der Planplätze $G \geq 1$ ist. Die Größe der Einrichtung wird über die Summe an Planbetten und Planplätzen definiert. Eine Einrichtung wird als „klein“ definiert, wenn die Summe aus Planbetten und Planplätzen maximal 24 beträgt. Die Anbindung an ein größeres Krankenhaus wird darüber operationalisiert, ob die betrachtete Einrichtung zu einem Krankenhaus (IK-Nummer) gehört, zu dem wiederum eine weitere Einrichtung mit mindestens 25 Betten gehört. Der Großstandort muss hierbei nicht zwingend denselben Fachbereich haben, wie der Außenstandort. Angaben zum Modellvorhaben nach § 64 SGB V werden auf Blatt „Angaben KH-Standort“ in Teil A und Teil B dokumentiert. Im Falle von abweichenden Angaben wird die Angabe „ja“ der

Angabe „nein“ vorgezogen und der höhere Anteil an der Gesamtversorgung gezählt. Eine stationsäquivalente Behandlung wird als vorliegend definiert, wenn für die Einrichtung für mindestens eine Station in A4 eine stationsäquivalente Behandlung über die Pseudoschlüssel 297 (StäB Erwachsenenpsychiatrie) oder 307 (StäB Kinder- und Jugendpsychiatrie) angegeben wird. Das Bezugsjahr der Mindestvorgaben wird A5.2 entnommen. Es werden jeweils die Einrichtungen dargestellt, die plausible Angaben bei der jeweiligen Zielgröße gemacht haben. Die Grundgesamtheit in dieser Tabelle kann sich deshalb je nach Zielgröße unterscheiden.

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

Variable	Gesamt ¹¹	Erwachsenenpsychiatrie ¹²	Kinder- und Jugendpsychiatrie ¹³	Psychosomatik ¹⁴
Anzahl der datenliefernden Einrichtungen (%)	1.273 (100,0 %)	727 (100,0 %)	285 (100,0 %)	260 (100,0 %)
Anzahl der im Vorquartal datenliefernden Einrichtungen ohne aktuelle Datenlieferung (%)	58 (4,6 %)	35 (4,8 %)	14 (4,9 %)	9 (3,5 %)
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				
Standardabweichung				
Median				
Minimum				
Maximum				

¹¹ Datenliefernde Einrichtungen über alle Fachbereiche

¹² Datenliefernde Einrichtungen, wo Fachbereich 29

¹³ Datenliefernde Einrichtungen, wo Fachbereich 30

¹⁴ Datenliefernde Einrichtungen, wo Fachbereich 31

Variable	Gesamt ¹¹	Erwachsenenpsychi- atrie ¹²	Kinder- und Jugendpsychi- atrie ¹³	Psychosomatik ¹⁴
Mittlere Anzahl von Behandlungstagen landesrechtlicher Verpflichtung zur Aufnahme				
Standardabweichung				
Median				
Minimum				
Maximum				
Mittlere Anzahl an vollstationären Planbetten				
Standardabweichung				
Median				
Minimum				
Maximum				
Mittlere Anzahl an teilstationären Planbetten				
Standardabweichung				
Median				
Minimum				
Maximum				

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 ¹⁵	1.273	729/727 (100,0 %)	286/285 (100,0 %)	260/260 (100 %)
Regionale Pflichtversorgung ¹⁶	943/1.273 (74,1 %)	602/727 (82,8 %)	240/285 (84,2 %)	101/260 (38,8 %)
Geschlossene Bereiche ¹⁷	439/943 (46,6 %)	321/602 (53,3 %)	109/240 (45,4 %)	9/101 (8,9 %)
24-Stunden-Präsenzdienst ¹⁸	556/943 (59,0 %)	358/602 (59,5 %)	126/240 (52,5 %)	72/101 (71,3 %)
Mind. einen Behandlungstag mit gesetzlicher Unterbringung ¹⁹				
Mind. einen Behandlungstag mit landesrechtlicher Verpflichtung zur Aufnahme ²⁰				
Regionale Pflichtversorgung + geschlossene Bereiche + 24-h-Präsenzdienst ²¹				

¹⁵ Anzahl der datenliefernden Einrichtungen

¹⁶ Anzahl der datenliefernden Einrichtungen, wo Fachbereich 29 oder 30 oder 31, und regionale Pflichtversorgung „ja“

¹⁷ Anzahl der datenliefernden Einrichtungen, wo Fachbereich 29 oder 30 oder 31, und regionale Pflichtversorgung „ja“ und geschlossene Bereiche „ja“

¹⁸ Anzahl der datenliefernden Einrichtungen, wo Fachbereich 29 oder 30 oder 31, und regionale Pflichtversorgung „ja“ und 24-Stunden-Präsenzdienst „ja“

¹⁹ Anzahl der datenliefernden Einrichtungen, wo Fachbereich 29 oder 30 oder 31, und regionale Pflichtversorgung „ja“ und Anzahl von Behandlungstagen mit gesetzl. Unterbringung ≥ 1

²⁰ Anzahl der datenliefernden Einrichtungen, wo Fachbereich 29 oder 30 oder 31, und regionale Pflichtversorgung „ja“ und Anzahl von Behandlungstagen mit landesrechtl. Verpflichtung zur Aufnahme ≥ 1

²¹ Anzahl der datenliefernden Einrichtungen, wo Fachbereich 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
Regionale Pflichtversorgung + geschlossene Bereiche + 24-h-Präsenzdienst +mind. 1 Behandlungstag in gesetzlichen Unterbringung²²				
Regionale Pflichtversorgung + geschlossene Bereiche + 24-h-Präsenzdienst +mind. 1 Behandlungstag in gesetzlichen Unterbringung + mind. 1 Behandlungstag aus einer Aufnahme in landesrechtlichen Verpflichtung²³				

²² Anzahl der datenliefernden, wo Fachbereich 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 ≥ 1

²³ Anzahl der datenliefernden Einrichtungen, wo Fachbereich 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 ≥ 1 und Anzahl von Behandlungstagen mit landesrechtl. Verpflichtung zur Aufnahme ≥ 1

Tabelle 13: Charakterisierung der Einrichtungen gesamt, sowie getrennt nach den Fachbereichen. Die Angaben werden jeweils auf die Gesamtzahl der Einrichtungen eines Fachbereiches prozentuiert. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

		Gesamt	Erwachsenenpsychiatrie	Kinder- und Jugendpsychiatrie	Psychosomatik
Raumtyp	Stadt				
	Land				
Ausschließlich teilstationäre Versorgung	Ja				
	Nein				
Größe	< 25 Betten/Plätze				
	≥ 25 Betten/Plätze				
Anbindung an einen größeren Standort (nur kleine Einrichtungen)	Ja				
	Nein				
Modellvorhaben nach § 64 SGB V	Ja				
	Nein				
Wenn Modellvorhaben nach § 64 SGB V: Anteil an der Gesamtversorgung	< 25 %				
	25 < 75 %				
	75 < 100 %				
	100 %				

		Gesamt	Erwachsenenpsychiatrie	Kinder- und Jugendpsychiatrie	Psychosomatik
Stationsäquivalente Behandlung	Ja				
	Nein				
Bezugsjahr Berechnung Mindestvorgaben	Referenzjahr				
	Aktuelles Jahr				

4.1.2 Stationsbeschreibung der Einrichtungen

Für das Nachweisverfahren müssen die Standorte die Anzahl der Stationen angeben. Die durchschnittliche Stationsanzahl der Einrichtungen kann der Abbildung 2 entnommen werden. Abgetragen wird dabei auf der X-Achse die Anzahl der Stationen und auf der Y-Achse die Anzahl der Einrichtungen. Mittels vertikaler Linien wird in der Abbildung der Mittelwert und der Median der Anzahl der Stationen je Einrichtung dargestellt. Eine tabellarische Verteilungsdarstellung, stratifiziert nach Einrichtungsgröße, ist im Anhang integriert (Tabelle 60).

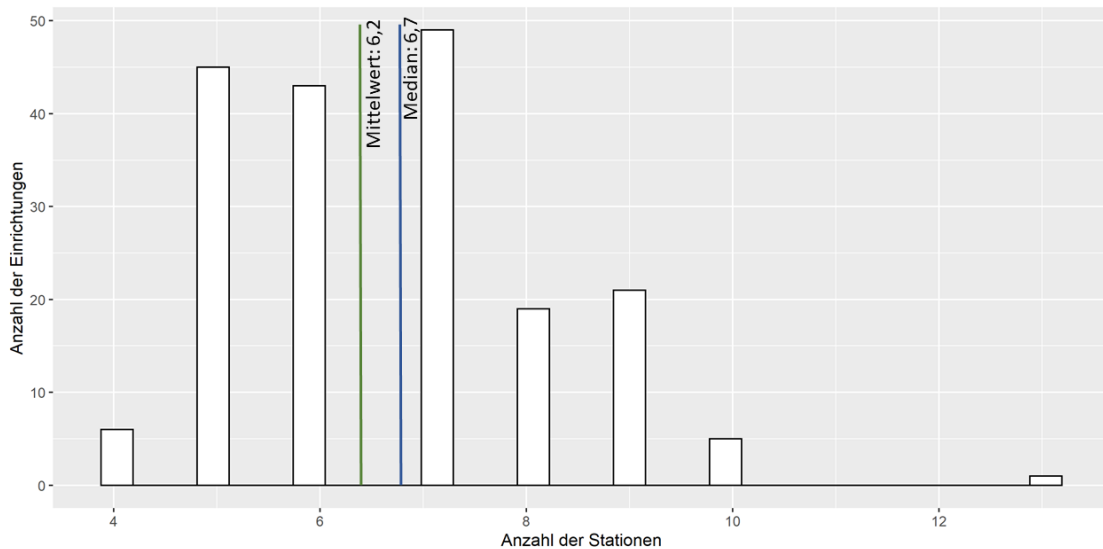


Abbildung 2: Verteilungsdarstellung Anzahl der Stationen (je Fachbereich). (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken), Anzahl einbezogener Einrichtungen $n = x$

Gemäß PPP-RL 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). In Tabelle 14 wird dargestellt, wie viele Patientinnen und Patienten einem Stationstyp zugeordnet wurden. Die Berechnung der durchschnittlichen Patientenbelegung einer Station erfolgt mithilfe der Anzahl an Patientinnen und Patienten an den jeweiligen Stichtagen des Quartals je Station (= je Stations-Bezeichner, nicht ID). Die Information wird dem Tabellenblatt B1.2 entnommen. Dabei werden Angaben von „0“ Patientinnen und Patienten je Stichtag in die Auswertungen mit einbezogen. Zusätzlich erfolgt die Zuordnung der Station zu einem Stationstyp über die Dokumentation im Tabellenblatt A2.2. Abschließend erfolgt die Einordnung in Kategorien. Prozentuiert wird auf die Gesamtanzahl der Stationen eines Stationstyps. Einschlusskriterien für diese Auswertung sind vorhandene Angaben zu Stationen im Blatt „Angaben Stationen“ in Teil B, plausible Angaben in A2.2 zum Stationstyp und in B1.2 zu den Behandlungstagen an den Stichtagen.

Tabelle 14: Durchschnittliche Patientenbelegung pro Stationstyp (je Fachbereich). (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)²⁴Anzahl einbezogener Stationen $n = x$, Anzahl ausgeschlossener Stationen $n = y$.

Patientenbelegung	Stationstypen						Gesamt (alle Stationstypen)
	A	B	C	D	E	F	
≥ 23	106/511 (20,7 %)	45/267 (16,9 %)	144/632 (22,8 %)	23/88 (26,1 %)	199/1.097 (18,1 %)	11/85 (12,9 %)	528/2.680 (19,7 %)
20-23	25/511 (4,9 %)	14/267 (5,2 %)	25/632 (4,0 %)	3/88 (3,4 %)	57/1.097 (5,2 %)	4/85 (4,7 %)	128/2.680 (4,8 %)
16-19							
12-15							
8-11							
5-7							
< 5							

Stationstypen: 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)

²⁴ 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)

Abbildung 3 zeigt die durchschnittliche Patientenbelegung für die einzelnen Stationstypen an den Stichtagen in einem Quartal. Auch diese Darstellung erfolgt stratifiziert nach den Fachbereichen und orientiert sich an den Empfehlungen aus § 9 Abs. 1 PPP-RL. Je Stationstyp wird eine Abbildung dargestellt. Die Basis bilden dieselben Daten wie für Tabelle 14. Abgetragen wird dabei auf der X-Achse die durchschnittliche Anzahl Patientinnen und Patienten auf einer Station im Beobachtungszeitraum anhand der Stichtagerhebungen, die Y-Achse stellt die Anzahl der Stationen dar. Die Ganzzahlen werden dabei als Intervalle verstanden, für die die untere Grenze jeweils ein-, die obere ausgeschlossen ist. So werden z.B. alle Mittelwerte von 3,0 bis 3,9 dem Balken der X-Achse beim Wert '3' zugeordnet. Die Abbildungen zeigen damit nochmal auf Ebene der einzelnen Stationstypen die tatsächliche Patientenbelegung über alle dokumentierten Stationen. Diese ergänzende Darstellung zu Tabelle 14 visualisiert die meist vertretene Stationsgröße bzw. Belegung je Stationstyp sowie die Streuung über alle Stationen diesen Typs. Angaben von „0“ Patientinnen und Patienten je Stichtag wurden in die Auswertungen mit einbezogen. Einschlusskriterien für diese Auswertung sind analog zu Tabelle 14 vorhandene Angaben zu Stationen im Blatt „Angaben Stationen“ in Teil B, plausible Angaben in A2.2 zum Stationstyp und in B1.2 zu den Behandlungstagen an den Stichtagen. Vertikale Linien markieren die mittlere Anzahl Patientinnen und Patienten in den Stationen und den entsprechenden Median. Zusätzlich angegeben wird die Anzahl der in die Auswertung eingegangenen Stationen (n). Die Darstellung wird der Übersichtlichkeit halber auf kleiner 30 Patientinnen und Patienten beschränkt, das Maximum je Stationstyp wird zusätzlich im beschreibenden Text angegeben.

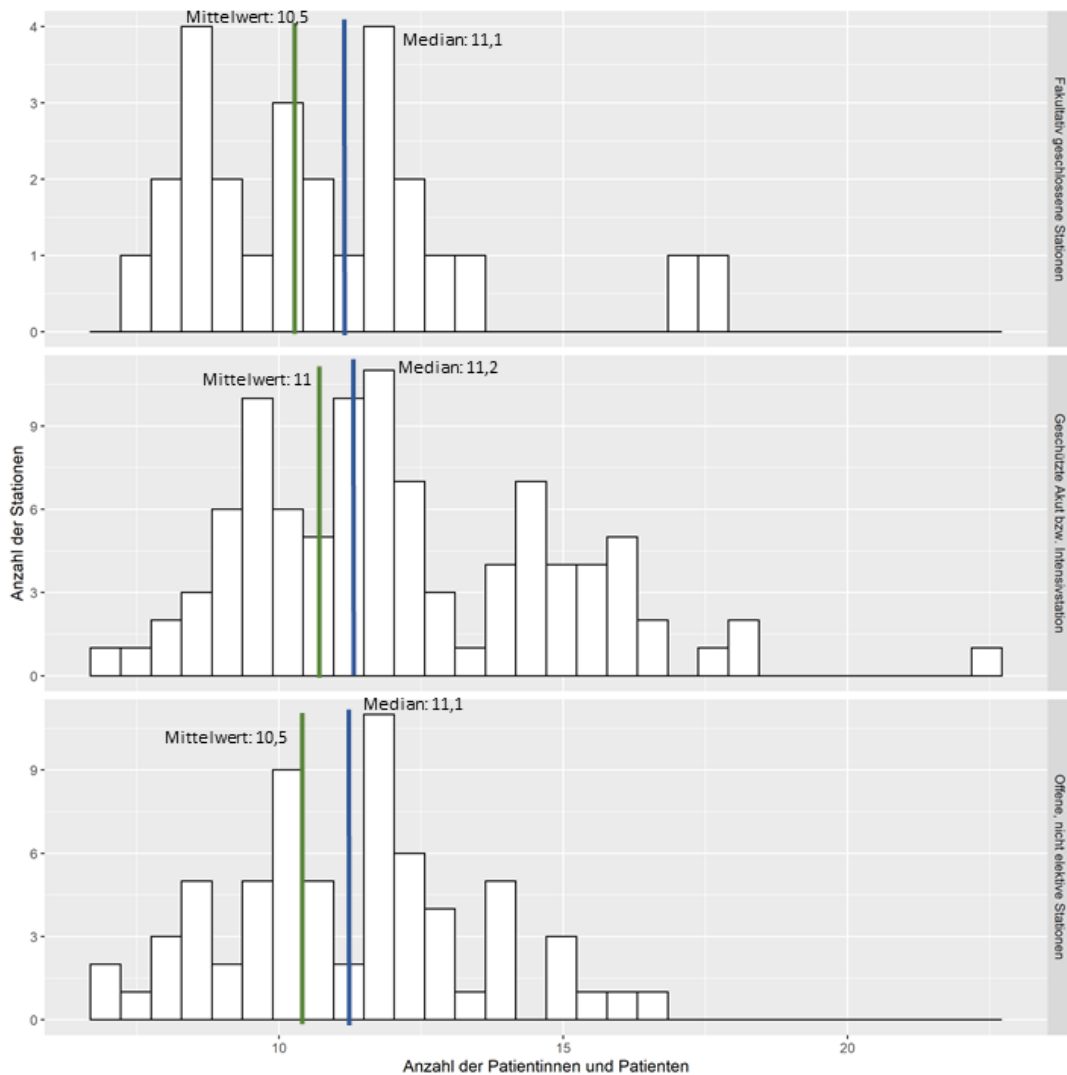


Abbildung 3: Verteilungsdarstellung Patientinnen und Patienten pro Station (je Fachbereich)²⁵. (Es ist nur ein Auszug der Stationstypen dargestellt. Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken) Anzahl einbezogener Stationen $n = x$, Anzahl ausgeschlossener Stationen $n = y$.

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. Die X-Achse beschreibt die verschiedenen Stationstypen, die Y-Achse die Anzahl Stationen mit den Behandlungsschwerpunkten (auch: Konzeptstationen) über alle Einrichtungen des jeweiligen Fachbereichs. In der Darstellung werden alle Behandlungsschwerpunkte, die für eine Station eines Fachbereichs angegeben wurden, dargestellt, auch wenn diese nicht kennzeichnend für den jeweiligen Fachbereich sind (zum Beispiel Schwerpunkt KJP (Konzeptstation für Kinder- und Jugendpsychiatrie) in der Erwachsenenpsychiatrie). Sofern für eine Station mehr als ein Behandlungsschwerpunkt angegeben wird, erscheint dieser Schwerpunkt entsprechend mehrfach in der Abbildung 4. Einschlusskrite-

²⁵ Die Abbildung wird für jeden Stationstyp dargestellt.

rien für diese Auswertung sind vorhandene Angaben von Stationen im Blatt „Angaben Stationen“ in Teil B und plausible Angaben in A2.2 zum Stationstyp UND zum Schwerpunkt der Behandlung. Eine tabellarische Darstellung befindet sich im Anhang (Tabelle 61).

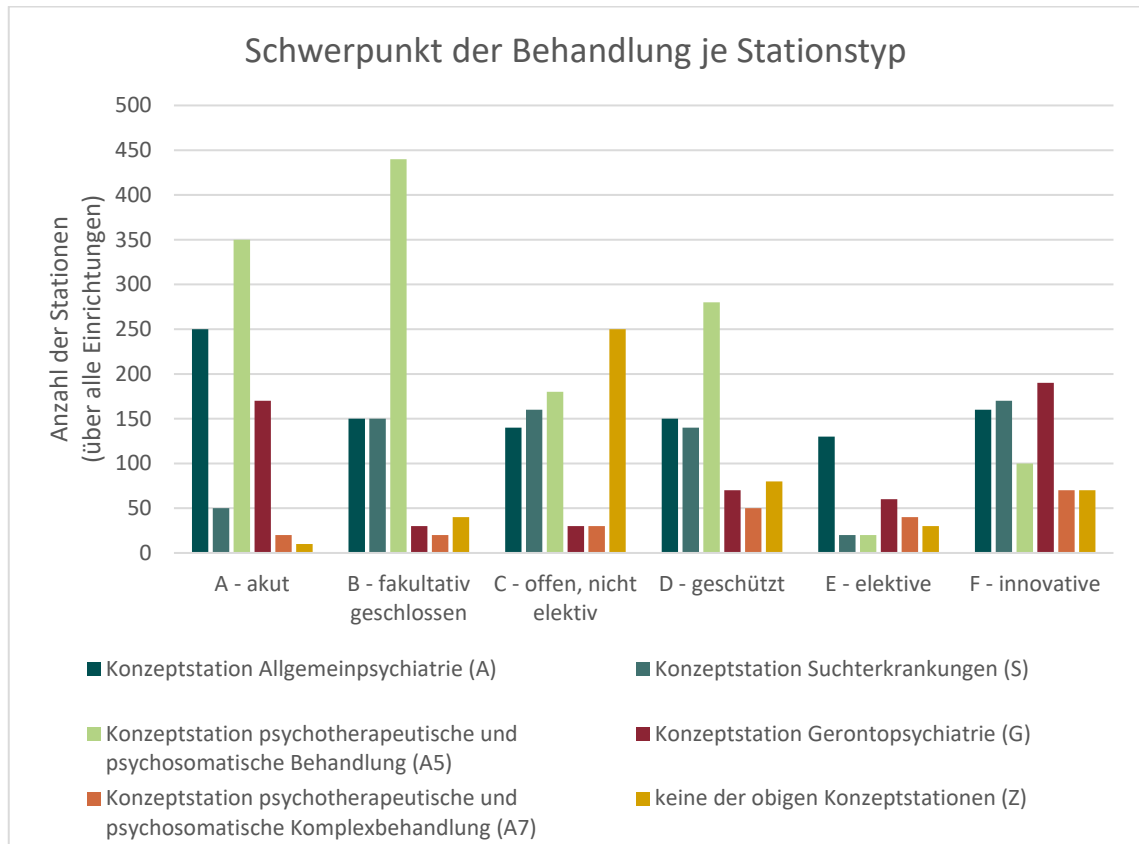


Abbildung 4: Schwerpunkt der Behandlung je Stationstyp (je Fachbereich). Darstellung welche therapeutischen Einheiten (Stationstypen) welchen Schwerpunkt der Behandlung abdecken in der Erwachsenenpsychiatrie. Anzahl einbezogener Stationen $n = x$, Anzahl ausgeschlossener Stationen $n = y$.

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. Tabelle 15 nimmt dazu eine Zusammenschau der Behandlungsbereiche und der Patientinnen und Patienten in den Behandlungsschwerpunkten vor. Um in diese Auswertung einfließen zu können, benötigt eine Station mindestens eine Angabe zur Einordnung in einen Behandlungsbereich und in einen Behandlungsschwerpunkt. Wurde für eine Station kein Behandlungsbereich oder Behandlungsschwerpunkt dokumentiert, kann diese nicht ausgewertet werden. Zu beachten ist weiterhin, dass eine Station auch mehreren Schwerpunkten zugeordnet sein kann. Für die dargestellte Spalte "Gesamt" bedeutet dies, dass sie –aufgrund von möglichen Mehrfachnennungen der Schwerpunkte– vervielfältigte Behandlungstage darstellt. Ein Vergleich mit Tabelle 19 ist damit ausgeschlossen. Prozentuiert wird in Tabelle 15 auf die Gesamtzahl aller Patientinnen und Patienten einer Station eines Behandlungsschwerpunkts (spaltenweise). Angaben von „0“ Behandlungstagen wurden in den Auswertungen berücksichtigt. Einschlusskriterien sind Angaben von Stationen im Blatt „Angaben Stationen“ in Teil B, plausible Angaben zum Behandlungsschwerpunkt in A2.2 und plausible Angaben zum Behandlungsbereich und Behandlungstagen in B1.3.

Des Weiteren wird überprüft, ob die definierten Stationstypen (Tabelle 16) (bzw. der angegebene Schwerpunkt der Behandlung, Tabelle 17) die unterschiedliche Patientenklientele mit ihrem Schweregrad abbilden; z.B. ob die Akutstation einen höheren durchschnittlichen Anteil an Intensivbehandlungstagen hat als die anderen Stationen (Tabelle 16). 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 und in der Psychosomatik als Behandlungstage im dem Behandlungsbereich P2. Prozentuiert wird in den Tabellen jeweils spaltenweise, sodass sich die Werte je Stationstyp (bzw. Schwerpunkt der Behandlung) zu 100 Prozent addieren.

Für die Auswertbarkeit in den Kreuztabellen müssen jeweils die Angaben der Stationen zu Behandlungstagen einerseits, zu Stationstyp oder Schwerpunkt der Behandlung andererseits vorhanden sein. Die Zuordnung der Behandlungstage zu den Behandlungsbereichen erfolgt im Tabellenblatt. In aggregierter Form sollen dieselben Behandlungstage in A3.3 dokumentiert sein. Wurde für eine Station kein Stationstyp bzw. Behandlungsschwerpunkt dokumentiert, kann diese in den folgenden Tabellen ebenfalls nicht ausgewertet werden. Zu beachten ist weiterhin, dass eine Station auch mehreren Stationstypen und/oder Schwerpunkten zugeordnet sein kann. Gegenüber einer Betrachtung der mittleren Behandlungstage in den Behandlungsbereichen (Tabelle 18) bedeutet dies, dass die Tabelle 16 ggf. das Mittel vervielfältigter Behandlungstage in einzelnen Stationen abbildet, während zusätzlich andere Stationen nicht in die Auswertung einbezogen werden konnten. Analog zu Tabelle 18 und Tabelle 19 werden aber die Stationen ausgeschlossen, die zwar Angaben machten, die insgesamt aber im Tabellenblatt B1.3 0 Behandlungstage in einem betrachteten Behandlungsbereich aufweisen.

Tabelle 15: Anzahl der Behandlungstage pro Behandlungsbereich je Schwerpunkt der Behandlung. Die einzelnen Zeilen summieren sich jeweils spaltenweise (z.B. Schwerpunkt der Behandlung A) zu 100 Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken) Anzahl einbezogener Stationen $n = x$, Anzahl ausgeschlossener Stationen $n = y$.

Behandlungsbereich	Schwerpunkt der Behandlung									Gesamt
	A	A5	A7	S	G	P1	P2	KJ	Z	
Gesamt	2.066.120 (100 %)	150.081 (100 %)	96.543 (100 %)	461.004 (100 %)	451.354 (100 %)	7.289 (100 %)	0 (100 %)	572 (100 %)	213.353 (100 %)	3.446.316 (100 %)
A1	1.096.772 (53,1 %)	73.148 (48,7 %)	27.672 (28,7 %)	64.343 (14,0 %)	43.636 (9,7 %)	2.207 (30,3 %)	0	286 (50,0 %)	71.731 (33,6 %)	1.379.795 (40,0 %)
A2										
A4										
A5										
A6										
A7										
A9										
S1										
S2										
S4										
S5										

Behandlungs- bereich	Schwerpunkt der Behandlung									Gesamt
	A	A5	A7	S	G	P1	P2	KJ	Z	
S6										
S9										
G1										
G2										
G4										
G5										
G6										
G9										
A2 / S2 / G2										

Schwerpunkt der Behandlung: 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). **Behandlungsbereich:** Regelbehandlung in den Behandlungsbereichen Allgemeine Psychiatrie, Abhängigkeitskranke und Gerontopsychiatrie (A1, S1, G1), Intensivbehandlung in den Behandlungsbereichen Allgemeine Psychiatrie, Abhängigkeitskranke und Gerontopsychiatrie (A2, S2, G2), Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker in den Behandlungsbereichen Allgemeine Psychiatrie, Abhängigkeitskranke und Gerontopsychiatrie (A4, S4, G4), Psychotherapie in den Behandlungsbereichen Allgemeine Psychiatrie, Abhängigkeitskranke und Gerontopsychiatrie (A5, S5 G5), Tagesklinische Behandlung in den Behandlungsbereichen Allgemeine Psychiatrie, Abhängigkeitskranke und Gerontopsychiatrie(A6, S6, G6), Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung im Behandlungsbereich Allgemeine Psychiatrie (A7), Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär im Behandlungsbereich Allgemeine Psychiatrie (A8), Stationsäquivalente Behandlung in den Behandlungsbereichen Allgemeine Psychiatrie, Abhängigkeitskranke und Gerontopsychiatrie(A9, S9, G9).

Tabelle 16: Mittlere Behandlungstage je Behandlungsbereich und Stationstyp (je Fachbereich). 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). Anzahl einbezogener Stationen $n = x$, Anzahl ausgeschlossener Stationen $n = y$.

Behandlungsbereich	Stationstypen						Gesamt
	A	B	C	D	E	F	
A1	559,2/3.260,7 (15,4 %)	73.148 (48,7 %)	27.672 (28,7 %)	64.343 (14,0 %)	43.636 (9,7 %)	2.207 (30,3 %)	0
A2	542,7/3.620,7 (15,0 %)						
A4	93,7/3.620,7 (2,6 %)						
A5	46,4/3.620,7 (1,3 %)						
A6	323,5/3.620,7 (8,9 %)						
A7	163,7/3.620,7 (4,5 %)						
A9	0,0/3.620,7 (0 %)						
S1	171,8/3.620,7 (4,7 %)						
S2	242,1/3.620,7 (6,7 %)						
S4	97,8/3.620,7 (2,7 %)						
S5	31,6/3.620,7 (0,9 %)						
S6	92,4/3.620,7 (2,6 %)						
S9	0,0/3.620,7 (0 %)						

Behandlungsbereich	Stationstypen						Gesamt
	A	B	C	D	E	F	
G1	224,0/3.620,7 (6,2 %)						
G2	345,1/3.620,7 (9,5 %)						
G4	67,3/3.620,7 (1,9 %)						
G5	0,0/3.620,7 (0 %)						
G6	679,8/3.620,7 (18,8 %)						
G9	0,0/3.620,7 (0 %)						
A2 / S2 / G2	1.129,9/3.620,7 (31,2 %)						

Stationstypen: 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). **Behandlungsbereich:** Regelbehandlung in den Behandlungsbereichen Allgemeine Psychiatrie, Abhängigkeitskranke und Gerontopsychiatrie (A1, S1, G1), Intensivbehandlung in den Behandlungsbereichen Allgemeine Psychiatrie, Abhängigkeitskranke und Gerontopsychiatrie (A2, S2, G2), Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker in den Behandlungsbereichen Allgemeine Psychiatrie, Abhängigkeitskranke und Gerontopsychiatrie (A4, S4, G4), Psychotherapie in den Behandlungsbereichen Allgemeine Psychiatrie, Abhängigkeitskranke und Gerontopsychiatrie (A5, S5, G5), Tagesklinische Behandlung in den Behandlungsbereichen Allgemeine Psychiatrie, Abhängigkeitskranke und Gerontopsychiatrie (A6, S6, G6), Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung im Behandlungsbereich Allgemeine Psychiatrie (A7), Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär im Behandlungsbereich Allgemeine Psychiatrie (A8), Stationsäquivalente Behandlung in den Behandlungsbereichen Allgemeine Psychiatrie, Abhängigkeitskranke und Gerontopsychiatrie (A9, S9, G9).

Tabelle 17: Mittlere Behandlungstage je Behandlungsbereich und Schwerpunkt der Behandlung (je Fachbereich). Die einzelnen Zeilen summieren sich jeweils spaltenweise (z.B. Schwerpunkt der Behandlung KJP) zu 100 Prozent. Dargestellt sind die mittleren Behandlungstage je Behandlungsbereich (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken). Anzahl einbezogener Stationen $n = x$, Anzahl ausgeschlossener Stationen $n = y$.

Behandlungsbereich	Schwerpunkt der Behandlung								Z	Gesamt
	A	A5	A7	S	G	P1	P2	KJ		
A1								559,2/3.260,7 (15,4 %)		
A2								542,7/3.620,7 (15,0 %)		
A4								93,7/3.620,7 (2,6 %)		
A5								46,4/3.620,7 (1,3 %)		
A6								323,5/3.620,7 (8,9 %)		
A7								163,7/3.620,7 (4,5 %)		
A9								0,0/3.620,7 (0 %)		
S1								171,8/3.620,7 (4,7 %)		
S2								242,1/3.620,7 (6,7 %)		
S4								97,8/3.620,7 (2,7 %)		
S5								31,6/3.620,7 (0,9 %)		
S6								92,4/3.620,7 (2,6 %)		
S9								0,0/3.620,7 (0 %)		
G1								224,0/3.620,7 (6,2 %)		
G2								345,1/3.620,7 (9,5 %)		

Behandlungsbereich	Schwerpunkt der Behandlung									Z	Gesamt
	A	A5	A7	S	G	P1	P2	KJ			
G4								67,3/3.620,7 (1,9 %)			
G5								0,0/3.620,7 (0 %)			
G6								679,8/3.620,7 (18,8 %)			
G9								0,0/3.620,7 (0 %)			
A2 / S2 / G2								1.129,9/3.620,7 (31,2 %)			

Schwerpunkt der Behandlung: 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). **Behandlungsbereich:** Regelbehandlung in den Behandlungsbereichen Allgemeine Psychiatrie, Abhängigkeitskranke und Gerontopsychiatrie (A1, S1, G1), Intensivbehandlung in den Behandlungsbereichen Allgemeine Psychiatrie, Abhängigkeitskranke und Gerontopsychiatrie (A2, S2, G2), Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker in den Behandlungsbereichen Allgemeine Psychiatrie, Abhängigkeitskranke und Gerontopsychiatrie (A4, S4, G4), Psychotherapie in den Behandlungsbereichen Allgemeine Psychiatrie, Abhängigkeitskranke und Gerontopsychiatrie (A5, S5 G5), Tagesklinische Behandlung in den Behandlungsbereichen Allgemeine Psychiatrie, Abhängigkeitskranke und Gerontopsychiatrie(A6, S6, G6), Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung im Behandlungsbereich Allgemeine Psychiatrie (A7), Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär im Behandlungsbereich Allgemeine Psychiatrie (A8), Stationsäquivalente Behandlung in den Behandlungsbereichen Allgemeine Psychiatrie, Abhängigkeitskranke und Gerontopsychiatrie(A9, S9, G9).

4.1.3 Durchschnittliche Anzahl Behandlungstage

Die Patientinnen und Patienten werden je nach Art und Schwere der Krankheit und dem damit verbundenen Behandlungsziel unterschiedlichen Behandlungsbereichen zugeordnet. Die Patientenzuordnung erfolgt dabei unter Berücksichtigung der Eingruppierungsempfehlungen gemäß Anlage 2 der PPP-RL. In Tabelle 18 wird die mittlere Anzahl an Behandlungstagen je Behandlungsbereich dargestellt. Einrichtungen mit der Angabe von „0“ Behandlungstagen in einem Behandlungsbereich werden bei den Auswertungen berücksichtigt. Einschlusskriterien sind plausible Angaben zur Gesamtzahl Behandlungstage in A3.1 und Angabe des Behandlungsbereiches in A3.3.

Tabelle 18: 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) Anzahl einbezogener Einrichtungen $n = x$, Anzahl ausgeschlossener Einrichtungen $n = y$.

Einrichtungen	Anzahl einfließende Einrichtungen (n)	Behandlungstage über alle Einrichtungen			
		MW (SD)	Median	Min	Max
Erwachsenenpsychiatrie Gesamt²⁶	730	6.691,0 (7.989,9)	5.841,0	2,0	24.614,0
A – Allgemeine Psychiatrie ²⁷	691	4.536,0 (4.870,7)	3.466,0	2,0	23.874,0
A1 – Regelbehandlung	423	4.522,2 (3.889,2)	3.483,0	3,0	23.294,0
A2 - Intensivbehandlung	346				
...					
S – Abhängigkeitskranke ²⁸	371				
S1 – Regelbehandlung	344				
S2 – Intensivbehandlung	317				
...					
G – Gerontopsychiatrie ²⁹	441				

²⁶ Datenliefernde Einrichtung, wo Fachbereich 29 über alle Behandlungsbereiche

²⁷ Datenliefernde Einrichtung, wo Fachbereich 29 und Behandlungsbereich „A“

²⁸ Datenliefernde Einrichtung, wo Fachbereich 29 und Behandlungsbereich „S“

²⁹ Datenliefernde Einrichtung, wo Fachbereich 29 und Behandlungsbereich „G“

Einrichtungen	Anzahl einfließende Einrichtungen (n)	Behandlungstage über alle Einrichtungen			
		MW (SD)	Median	Min	Max
G1 – Regelbehandlung	354				
G2 – Intensivbehandlung	320				
...					

4.1.4 Beschreibung der Patientinnen und Patienten (basierend auf den Behandlungstagen)

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 19 wird die Verteilung der Patientinnen und Patienten auf die Behandlungsbereiche gemäß § 3 PPP-RL dargestellt. Bei der Prozentuierung wird bei den übergeordneten Behandlungsbereichen die Gesamtzahl der Behandlungstage über alle Behandlungsbereiche hinweg als Grundgesamtheit verwendet (Anteil A – Allgemeine Psychiatrie an Erwachsenenpsychiatrie Gesamt). Bei den einzelnen Behandlungsbereichen stellt der übergeordnete Bereich die Grundgesamtheit dar (Anteil A1 - Regelbehandlung an A – Allgemeine Psychiatrie). Einrichtungen mit der Angabe von „0“ Behandlungstagen in einem Behandlungsbereich werden bei den Auswertungen berücksichtigt. Einschlusskriterien sind plausible Angaben zur Gesamtzahl Behandlungstage in A3.1 und Angabe des Behandlungsbereiches in A3.3.

Tabelle 19: Anzahl der Behandlungstage je Behandlungsbereich gemäß § 3 PPP-RL (je Fachbereich) des aktuellen Quartals über alle Einrichtungen. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken) Anzahl einbezogener Einrichtungen $n = x$, Anzahl ausgeschlossener Einrichtungen $n = y$.

Behandlungsbereich	Anzahl einfließende Einrichtungen (n)	Anzahl Behandlungstage (%)
Erwachsenenpsychiatrie Gesamt ³⁰	730	265.454 (100,0 %)
A – Allgemeine Psychiatrie ³¹	691	46.105 (17,4 %)
A1 – Regelbehandlung	423	20.535 (7,7 %)

³⁰ Behandlungsbereiche „A“ und „S“ und „G“, wenn Fachbereich 29

³¹ Behandlungsbereich „A“, wenn Fachbereich 29

Behandlungsbereich	Anzahl einfließende Einrichtungen (n)	Anzahl Behandlungstage (%)
A2 - Intensivbehandlung	346	
...		
S – Abhängigkeitskranke	371	
S1 – Regelbehandlung	344	
S2 – Intensivbehandlung	317	
...		
G – Gerontopsychiatrie	441	
G1 – Regelbehandlung	354	
...		

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 Fachbereichen (Tabelle 20). Die abgetragene prozentuale Abweichung bezieht sich dabei jeweils auf die Tage desjenigen Behandlungsbereichs einer Einrichtung, der die größte Abweichung aufweist. Weil ein abweichender Bereich ausreicht, um für alle Bereiche die Mindestvorgaben anhand der aktuellen Behandlungstage und Stichtage berechnen zu müssen, ist dieser maximale Korridorwert der Einrichtung der für die Verteilung maßgebliche. Einrichtungen mit der Angabe von „0“ Behandlungstagen in einem Behandlungsbereich werden bei den Auswertungen berücksichtigt. Einschlusskriterien sind plausible Angaben zu Behandlungstagen und zum Behandlungsbereich im aktuellen und im Referenzquartal in A3.3. 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 21). Zusätzlich zu den Einschlusskriterien von Tabelle 20 müssen Einrichtungen für diese Auswertungen zusätzlich plausible Angaben zu vollstationären Betten und/oder teilstationären Plätzen in A2.1 aufweisen.

Tabelle 20: Auswertungen zum Korridor (je Fachbereich). Dargestellt sind die Anteile als Bruchzahlen und in Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken) Anzahl einbezogener Einrichtungen $n = x$, Anzahl ausgeschlossener Einrichtungen $n = y$.

Abweichung der Behandlungstage zum Vorjahresquartal ³²	Anzahl der Einrichtungen
≥ 10 %	220/1.069 (20,6 %)
Davon Abweichung nach oben	122/1.069 (11,4 %)
Davon Abweichung nach unten	98/1.069 (9,2 %)
5 %–10 %	
Davon Abweichung nach oben	
Davon Abweichung nach unten	
2,5 %–5 %	
Davon Abweichung nach oben	
Davon Abweichung nach unten	
< 2,5 %	
Davon Abweichung nach oben	
Davon Abweichung nach unten	

³² Cutoffs werden basierend auf den Daten festgelegt

Tabelle 21: Auswertungen zum Korridor nach Einrichtungsgröße (je Fachbereich). Dargestellt sind die Anteile als Bruchzahlen und in Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken) Anzahl einbezogener Einrichtungen $n = x$, Anzahl ausgeschlossener Einrichtungen $n = y$.

Abweichung der Behandlungstage zum Vorjahresquartal ³²	Anzahl Betten/Plätze der Einrichtung					Gesamt
	< 25	25–49	50–99	100–250	> 250	
≥ 10 %	30/222 (13,5 %)	87/200 (43,5 %)	40/230 (17,4 %)	20/248 (8,1 %)	43/169 (25,4 %)	220/1.069 (20,1 %)
Davon Abweichung nach oben						122/1.069 (11,4 %)
Davon Abweichung nach unten						98/1.069 (9,2 %)
5 %–10 %						
Davon Abweichung nach oben						
Davon Abweichung nach unten						
2,5 %–5 %						
Davon Abweichung nach oben						
Davon Abweichung nach unten						
< 2,5 %						
Davon Abweichung nach oben						
Davon Abweichung nach unten						

4.2 Umsetzungsgrad und Mindestvorgaben

Die Berechnung der personellen Mindestausstattung gemäß § 6 der PPP-RL verläuft nach folgendem Schema: Zur Bestimmung der Mindestvorgabe (VKS-Mind in Vollkraftstunden) wird das entsprechende Quartal des Vorjahres (bzw. bei Abweichung um mehr als 2,5 Prozent in den Behandlungstagen: das aktuelle Quartal) herangezogen. Die Behandlungswochen werden ermittelt, indem die Anzahl der Behandlungstage durch sieben geteilt wird. Bei teilstationärer Behandlung wird abweichend durch fünf geteilt. Dann wird der wöchentliche Minutenwert (Anlage 1 der PPP-RL: Zeitwerte in Minuten pro Patientin und Patient je Woche im jeweiligen Behandlungsbereich) für alle Berufsgruppen nach Behandlungsbereichen multipliziert und das Ergebnis anschließend durch 60 geteilt. Für Einrichtungen ohne Versorgungsverpflichtung verringert sich

der Minutenwert um zehn Prozent. Es ergibt sich der *Stundenbedarf je Quartal pro Berufsgruppe in Behandlungsbereichen*, die VKS-Mind.

Der Umsetzungsgrad wird unterschieden in den Umsetzungsgrad pro Berufsgruppe und den Umsetzungsgrad einer Einrichtung. Der Umsetzungsgrad einer Berufsgruppe ergibt sich aus dem Quotienten der tatsächlichen Vollkraftstunden (VKS-Ist) und den Mindestvorgaben der Vollkraftstunden (VKS-Mind) (§ 7 Abs. 2 PPP-RL). Der Umsetzungsgrad einer Einrichtung ergibt sich aus dem gewichteten Mittelwert des Umsetzungsgrades aller Berufsgruppen und der Mindestpersonalausstattung der Berufsgruppen (§ 7 Abs. 3 PPP-RL).

Nach § 7 Abs. 4 PPP-RL gelten die Mindestvorgaben als erfüllt, wenn der gewichtete 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 hier Übergangsregelungen: Für die Erfassungsjahre 2020 und 2021 mussten 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).

4.2.1 Umsetzungsgrad und Mindestvorgaben je Einrichtung

Die oben beschriebenen Bedingungen sind in der Abbildung 5 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 (berechnet auf Basis des dokumentierten Umsetzungsgrades der jeweiligen Einrichtung) erfüllt haben (hellgrüner Balken). Für das Erfassungsjahr 2022 erfolgt die Darstellung lediglich für die Erwachsenenpsychiatrie und die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Erst ab dem EJ 2023 wird die Psychosomatik in diese Auswertung mit aufgenommen.

Bei der Auswertung werden Umsetzungsgrade von 0 Prozent mit einbezogen. Einschlusskriterien sind plausible Angaben im Sinne der Erläuterungen auf S. 40 zum Umsetzungsgrad in A5.1 und A5.2.

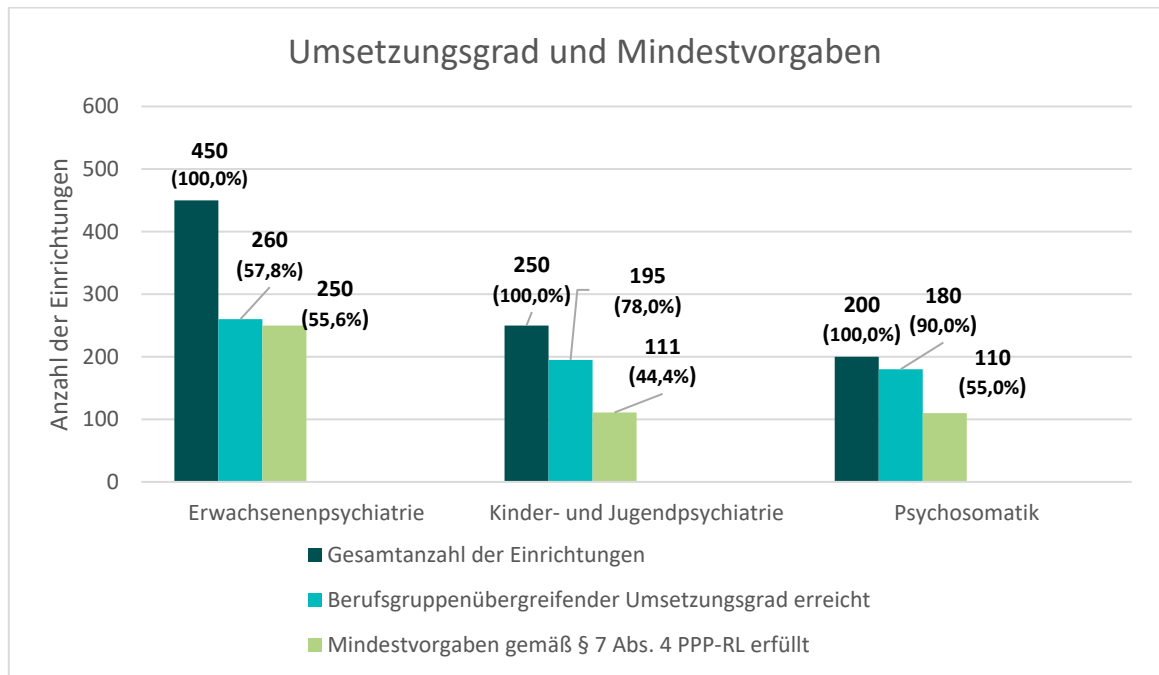


Abbildung 5: Berufsgruppenübergreifender Umsetzungsgrad und Erfüllung der Mindestvorgaben (je Fachbereich). (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken) Anzahl einbezogener Einrichtungen $n = x$, Anzahl ausgeschlossener Einrichtungen $n = y$.

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.

Die Abbildung 6 zeigt den Verlauf über die Quartale, 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 2023). Es gelten die gleichen Einschlusskriterien wie bei Abbildung 5.

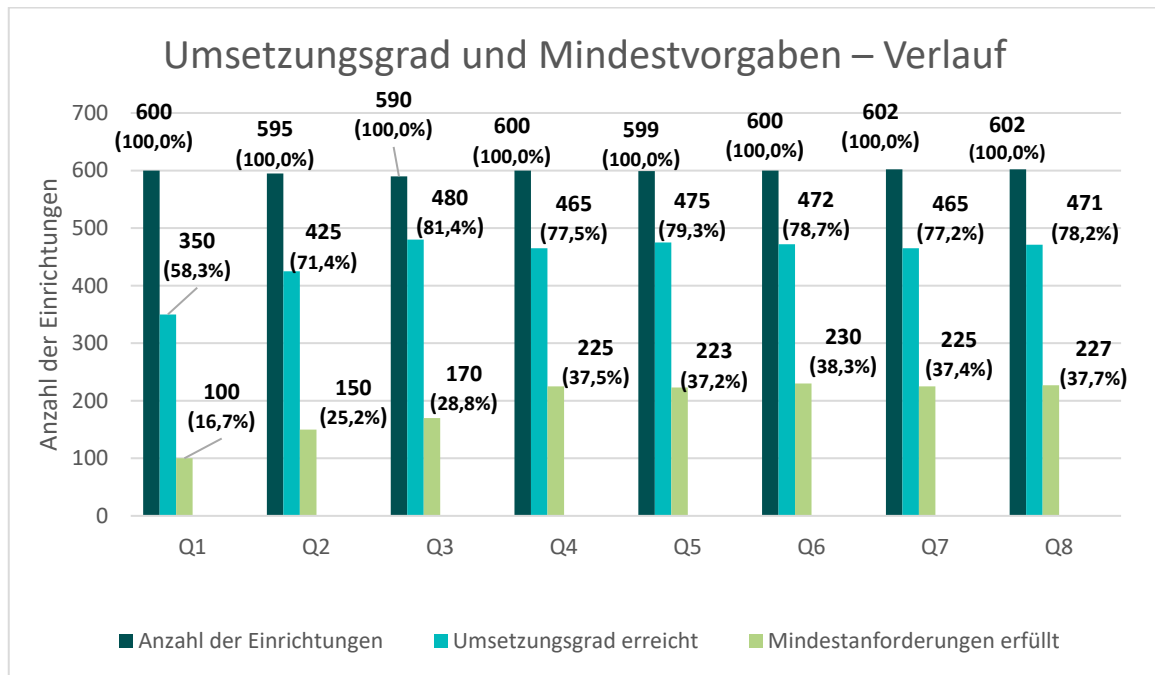


Abbildung 6: Berufsgruppenübergreifender Umsetzungsgrad und Erfüllung der Mindestvorgaben (je Fachbereich), longitudinale Darstellung. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

Umsetzungsgrad pro Einrichtung

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. Hierbei wird jeweils danach stratifiziert, ob Einrichtungen die Mindestanforderungen gemäß § 7 Abs. 4 PPP-RL erfüllen. Für die Erfüllung der Mindestvorgaben ist es nötig, den Umsetzungsgrad pro Einrichtung zu erfassen. Die Ermittlung des Umsetzungsgrades in der „Psychosomatik“ ist für die Erfassungsjahre 2020 bis 2022 ausgesetzt (§ 16 Abs. 4 PPP-RL). Diese Darstellung wird somit erst ab dem Erfassungsjahr 2023 integriert.

Zunächst werden in einer Benchmarkgrafik die Umsetzungsgrade aller Einrichtungen stratifiziert nach den Fachbereichen dargestellt (Abbildung 7). Die X-Achse denotiert die nach Umsetzungsgrad sortierten Standorte vom minimalen Umsetzungsgrad (ganz links) bis zum maximalen (ganz rechts). Die Y-Achse bildet die den Standorten entsprechenden Umsetzungsgrade in Prozent ab. Die grüne Linie markiert die geforderte Mindestvorgabe des Erfassungsjahres (für 2021: 85 Prozent, für 2022-2023: 90 Prozent, ab 2024: 100 Prozent), die blaue Linie zeigt den mittleren Umsetzungsgrad über alle Einrichtungen, die hellblaue den Median. Zusätzlich angegeben wird die Anzahl der in die Auswertung eingegangenen Einrichtungen (n). Nicht plausible Werte gemäß Anlage 3 der PPP-RL werden nicht dargestellt. Aus dem dargestellten Umsetzungsgrad allein ist keine Aussage über die Erfüllung der Mindestvorgabe der Richtlinie möglich, da hierzu zusätzlich die Umsetzungsgrade pro Berufsgruppe berücksichtigt werden müssten. Um darzustellen, wel-

che Einrichtungen auch die Mindestvorgaben erfüllt haben, also einen Umsetzungsgrad der Einrichtung von mindestens 90 Prozent aufwiesen und gleichzeitig in allen Berufsgruppen einen Umsetzungsgrad von mindestens 90 Prozent dokumentierten, wird die Grafik einmal für die Umsetzungsgrade aller Einrichtungen mit (Abbildung 7) und einmal für die Umsetzungsgrade aller Einrichtungen ohne Erfüllung der Mindestvorgabe (Abbildung 8) gezeigt. Der Darstellung liegen dabei die Dokumentationen aus dem Tabellenblatt A5.2 im Feld "Umsetzungsgrad der Einrichtung" und aus dem Tabellenblatt A5.1 in der Spalte "Umsetzungsgrad der Berufsgruppen" zugrunde, also für die Abbildung 7 die Bedingungen "Umsetzungsgrad der Einrichtung > 90 Prozent" und "Umsetzungsgrad aller Berufsgruppen > 90 Prozent", für die Abbildung 8 die Bedingungen "Umsetzungsgrad der Einrichtung < 90 Prozent" oder "Umsetzungsgrad einer Berufsgruppe < 90 Prozent". Umsetzungsgrade von „0 Prozent“ werden für diese Auswertungen berücksichtigt.

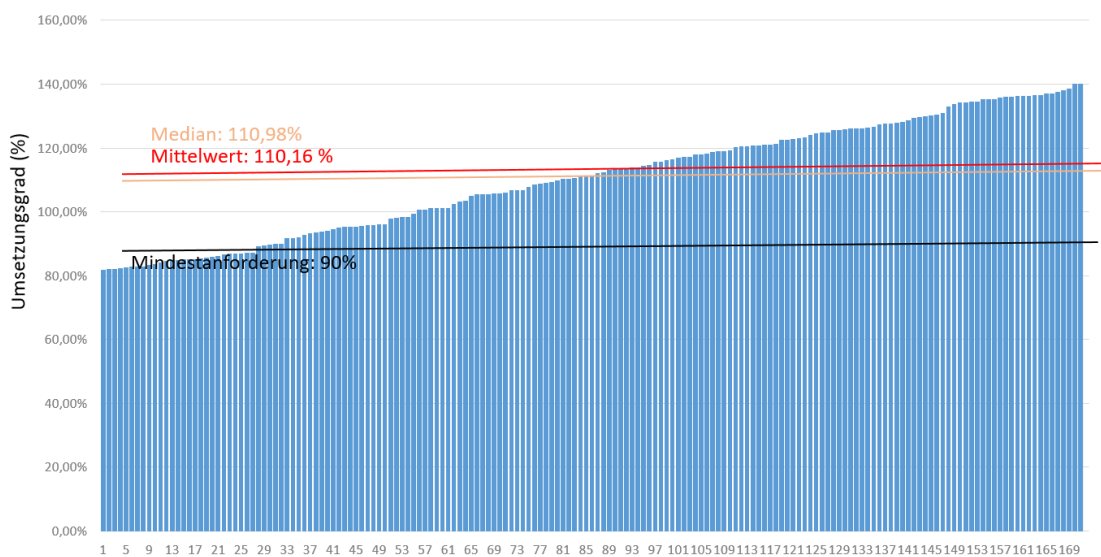


Abbildung 7: Umsetzungsgrade, Einrichtungen mit erfüllten Mindestanforderungen. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken). Einrichtungen $n = x$.

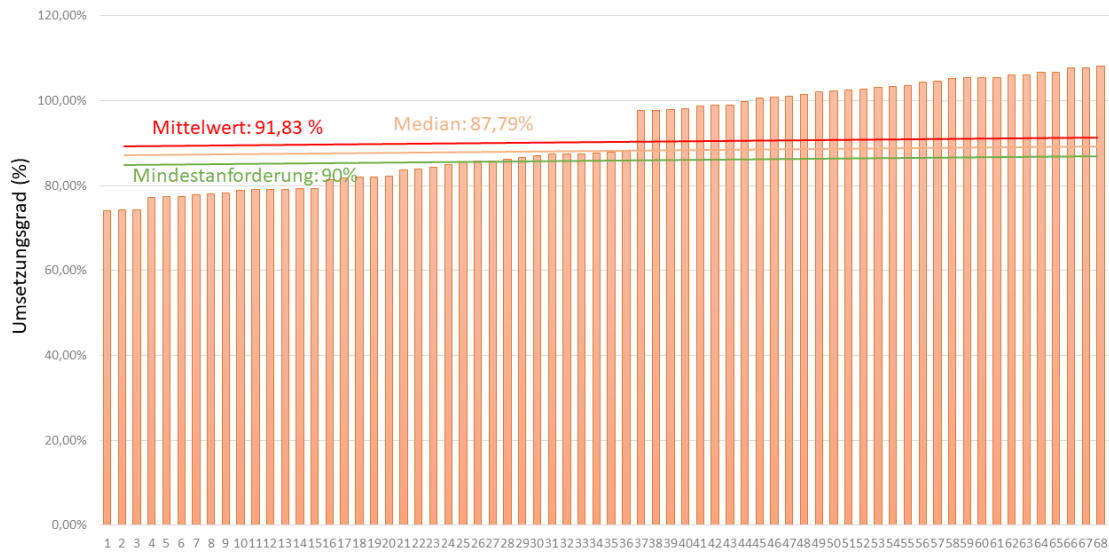


Abbildung 8: Umsetzungsgrade, Einrichtungen ohne erfüllte Mindestanforderungen. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken). Einrichtungen n = x.

Tabelle 22 zeigt, wie viele Einrichtungen von der Gesamtzahl welchen Umsetzungsgrad erreicht haben. Auch hier erfolgt die Darstellung wieder stratifiziert nach der Erfüllung der Mindestanforderungen gemäß § 7 Absatz 4 PPP-RL. Umsetzungsgrade von „0 Prozent“ werden für diese Auswertungen berücksichtigt. Einschlusskriterien sind plausible Angaben im Sinne der Erläuterungen auf S. 40 zum Umsetzungsgrad in A5.2. Aufgrund der Aussetzung der Ermittlung der Mindestvorgaben und der Umsetzungsgrade in der Psychosomatik (§ 16 Abs. 4 PPP-RL) erfolgt diese Darstellung für die Psychosomatik erst ab dem Erfassungsjahr 2023.

Tabelle 22: Mittlerer Umsetzungsgrad aller Berufsgruppen über alle Einrichtungen (je Fachbereich), stratifiziert nach Erfüllung der Mindestvorgaben gemäß § 7 Absatz 4 PPP-RL. Dargestellt sind die Anteile als Bruchzahlen und in Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken) Anzahl einbezogener Einrichtungen n = x, Anzahl ausgeschlossener Einrichtungen n = y.

Mittlerer Umsetzungsgrad über alle Berufsgruppen ³³	Anzahl Einrichtungen (%)		
	Alle Einrichtungen	Einrichtungen mit Erfüllung der Mindestvorgaben	Einrichtungen ohne Erfüllung der Mindestvorgaben
≥ 180 %	69/724 (9,5 %)	60/548 (10,9 %)	9/176 (5,1 %)
170 % - 180 %			
160 % - 170 %			
150 % - 160 %			

³³ Untere Intervallgrenze jeweils inklusiv, obere jeweils exklusiv (z.B. [110-120])

Mittlerer Umsetzungsgrad über alle Berufsgruppen ³³	Anzahl Einrichtungen (%)		
	Alle Einrichtungen	Einrichtungen mit Erfüllung der Mindestvorgaben	Einrichtungen ohne Erfüllung der Mindestvorgaben
140 % - 150 %			
130 % - 140 %			
120 % - 130 %			
110 % - 120 %			
100 % - 110 %			
95 % - 100 %			
90 % - 95 %			
85 % - 90 %			
80 % - 85 %			
75 % - 80 %			
70 % - 75 %			
65 % - 70 %			
< 65 %			

Abbildung 9 zeigt den bundesweiten Umsetzungsgrad (in Prozent) über alle Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie im Verlauf. Für die Berechnung des bundesweiten Umsetzungsgrades wird zunächst standortübergreifend aus VKS-Ist und VKS-Mind je Berufsgruppe ein Umsetzungsgrad gebildet. Die Basis dazu bildet das Tabellenblatt A5.1. Die gewichteten Terme werden zum bundesweiten Umsetzungsgrad summiert. Die hier einfließenden bundesweiten Umsetzungsgrade je Berufsgruppe finden sich dargestellt in Abbildung 10 als Säulendiagramm der Werte zum aktuellen Berichtsquartal und in Abbildung 11 als Verlaufs-Liniendiagramm. Die Darstellung erfolgt rollierend im Zeitverlauf über acht Quartale, so dass eine Betrachtung der Entwicklung bis zum aktuellen Berichtszeitpunkt ermöglicht wird. Der Wert ganz rechts ist dabei dem aktuellen Berichtsquartal zuzuordnen. Werte von „0“ werden bei den Auswertungen einbezogen, Einschlusskriterien sind plausible Angaben mindestens einer Berufsgruppe zu VKS-Mind und VKS-Ist und ein Umsetzungsgrad der Berufsgruppe in A5.1. Zusätzlich zum Umsetzungsgrad für alle Einrichtungen wird in Abbildung 9 differenziert nach Erfüllung der Mindestvorgaben gemäß § 7 Abs. 4 PPP-RL und nach dem angegebenen Bezugsjahr in A5.2.

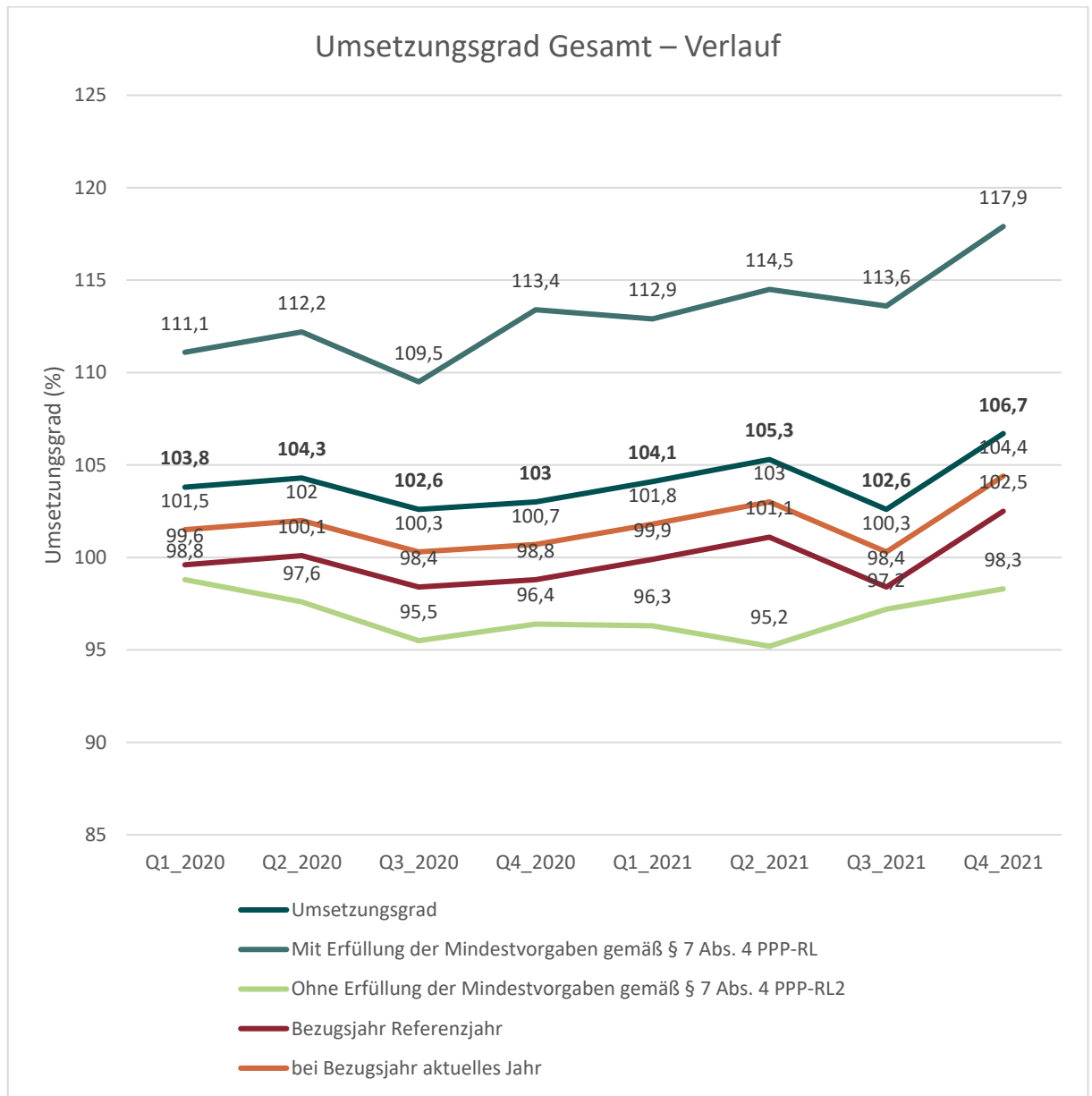


Abbildung 9: Umsetzungsgrad im Verlauf, differenziert nach Erfüllung der Mindestvorgaben und Bezugsjahr (je Fachbereich), berechnet standortübergreifend über ein bundesweites VKS-Ist sowie VKS-Mind. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken) Anzahl einbezogener Einrichtungen $n = x$, Anzahl ausgeschlossener Einrichtungen $n = y$.

Umsetzungsgrad und Mindestvorgaben nach Größe der Einrichtung

Um auch die besonders kleinen Einrichtungen (insbesondere die Tageskliniken) zu berücksichtigen, wird eine Kategorisierung nach „sehr kleine Einrichtungen (<25 Betten/Plätze)“, „kleine Einrichtungen (26-49 Betten/Plätze)“, „mittlere Einrichtungen (50-99 Betten/Plätze)“, „große Einrichtungen (100-250 Betten/Plätze)“ und „sehr große Einrichtungen (>250 Betten/Plätze)“ vorgenommen. Die Einrichtungsgröße ergibt sich dabei jeweils aus der Summe der Planbetten der vollstationären Versorgung und den Planplätzen der teilstationären Versorgung angegeben auf Stationsebene in A2.1.

Mindestvorgaben nach Größe der Einrichtung

In diesem Abschnitt wird gezeigt, welche der Einrichtungen, stratifiziert nach Größe die Mindestvorgaben erfüllt haben. Die Psychosomatik wird erst ab dem ersten Quartalsbericht EJ 2023 in die Darstellung aufgenommen. Bei der Berechnung der Größe wurden Zahlenwerte von „0“ mit einbezogen. Eingeschlossen werden Einrichtungen mit plausiblen Umsetzungsgrad in A5.2 und mit plausiblen Angaben zu vollstationären Betten und/oder teilstationären Plätzen in A2.1. Zusätzlich müssen Angaben zu VKS-Ist, VKS-Mind und dem Umsetzungsgrad aller Berufsgruppen in A5.1 vorliegen.

Tabelle 23: Erfüllung der Mindestvorgaben nach Einrichtungsgröße (je Fachbereich). Die einzelnen Zeilen summieren sich jeweils spaltenweise (z.B. Anzahl Betten/Plätze <25) zu 100 Prozent. Dargestellt sind die Anteile als Bruchzahlen und in Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken) Anzahl einbezogener Einrichtungen $n = x$, Anzahl ausgeschlossener Einrichtungen $n = y$.

Mindestvorgaben erfüllt?	Anzahl Betten/Plätze der Einrichtung					Gesamt
	<25	25-49	50-99	100-250	>250	
Ja	180/238 (75,6 %)	80/110 (72,7 %)	79/109 (72,5 %)	147/182 (80,8 %)	45/53 (84,9 %)	531/692 (76,7 %)
Nein	58/238 (24,4 %)	30/110 (27,3 %)	30/109 (27,5 %)	35/182 (19,2 %)	8/53 (15,1 %)	161/692 (23,3 %)

Umsetzungsgrad nach Größe der Einrichtung

Nachfolgend wird der Umsetzungsgrad stratifiziert nach Einrichtungsgröße und Erfüllung der Mindestvorgaben dargestellt. Tabelle 24 folgt der Darstellung gemäß Tabelle 22 als Angabe von Anzahlen und Anteilen an Einrichtungen in Intervallen von Umsetzungsgraden. Tabelle 27 entspricht einer Zusammenfassung der Anzahlen und Anteile aus Tabelle 24 unter der Fragestellung nach erreichtem ("ja") oder nicht erreichtem ("nein") Umsetzungsgrad von mindestens 90 Prozent. Hierbei ist zu beachten, dass dies noch nicht bedeutet, dass die Mindestvorgaben erfüllt sind, da zusätzlich der Umsetzungsgrad der Berufsgruppen berücksichtigt werden muss. Deshalb werden Tabelle 24 und Tabelle 27 stratifiziert nach Erfüllung der Mindestanforderungen gemäß § 7 Absatz 4 PPP-RL dargestellt.

Bei den Auswertungen zu Tabelle 24 und Tabelle 27 wurden Zahlenwerte von „0“ (sowohl bei der Größe, als auch beim Umsetzungsgrad) mit einbezogen. Einschlusskriterien sind plausible Angaben zum Umsetzungsgrad der Einrichtung in A5.2 sowie zu vollstationären Betten und/oder teilstationären Plätzen in A2.1. Ab dem EJ 2023 wird die „Psychosomatik“ mit aufgenommen.

Tabelle 24: Übersicht über den Umsetzungsgrad nach Einrichtunggröße (je Fachbereich), alle Einrichtungen. Die einzelnen Zeilen summieren sich jeweils spaltenweise (z.B. Anzahl Betten/Plätze <25) zu 100 Prozent. Dargestellt sind die Anteile als Bruchzahlen und in Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken) Anzahl einbezogener Einrichtungen $n = x$, Anzahl ausgeschlossener Einrichtungen $n = y$.

Umsetzungsgrad ³⁴	Anzahl Betten/Plätze der Einrichtung					Gesamt
	<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 %)	224/1.096 (20,4 %)
170 % - 180 %						
160 % - 170 %						
150 % - 160 %						
140 % - 150 %						
130 % - 140 %						
120 % - 130 %						
110 % - 120 %						
100 % - 110 %						

³⁴ Untere Intervallgrenze jeweils inklusiv, obere jeweils exklusiv (z.B. [110-120])

Umsetzungsgrad ³⁴	Anzahl Betten/Plätze der Einrichtung					Gesamt
	<25	25-49	50-99	100-250	>250	
95 % - 100 %						
90 % - 95 %						
85 % - 90 %						
80 % - 85 %						
75 % - 80 %						
70 % - 75 %						
65 % - 70 %						
< 65 %						

Tabelle 25: Übersicht über den Umsetzungsgrad nach Einrichtunggröße (je Fachbereich), nur Einrichtungen mit Erfüllung der Mindestvorgaben gemäß § 7 Absatz 4 PPP-RL. Die einzelnen Zeilen summieren sich jeweils spaltenweise (z.B. Anzahl Betten/Plätze <25) zu 100 Prozent. Dargestellt sind die Anteile als Bruchzahlen und in Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken) Anzahl einbezogener Einrichtungen $n = x$, Anzahl ausgeschlossener Einrichtungen $n = y$.

Umsetzungsgrad ³⁵	Anzahl Betten/Plätze der Einrichtung					Gesamt
	<25	25-49	50-99	100-250	>250	
≥ 180 %	32/98 (32,7 %)	77/178 (43,3 %)	33/201 (16,4 %)	18/212 (8,5 %)	40/181 (22,1 %)	200/870 (23,0 %)
170 % - 180 %						
160 % - 170 %						
150 % - 160 %						
140 % - 150 %						
130 % - 140 %						
120 % - 130 %						
110 % - 120 %						
100 % - 110 %						

³⁵ Untere Intervallgrenze jeweils inklusiv, obere jeweils exklusiv (z.B. [110-120])

Umsetzungsgrad ³⁵	Anzahl Betten/Plätze der Einrichtung					Gesamt
	<25	25-49	50-99	100-250	>250	
95 % - 100 %						
90 % - 95 %						
85 % - 90 %						
80 % - 85 %						
75 % - 80 %						
70 % - 75 %						
65 % - 70 %						
< 65 %						

Tabelle 26: Übersicht über den Umsetzungsgrad nach Einrichtungsgröße (je Fachbereich), nur Einrichtungen ohne Erfüllung der Mindestvorgaben gemäß § 7 Absatz 4 PPP-RL. Die einzelnen Zeilen summieren sich jeweils spaltenweise (z.B. Anzahl Betten/Plätze <25) zu 100 Prozent. Dargestellt sind die Anteile als Bruchzahlen und in Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken) Anzahl einbezogener Einrichtungen $n = x$, Anzahl ausgeschlossener Einrichtungen $n = y$.

Umsetzungsgrad ³⁶	Anzahl Betten/Plätze der Einrichtung					Gesamt
	<25	25-49	50-99	100-250	>250	
≥ 180 %	2/124 (1,6 %)	10/22 (45,6 %)	7/29 (2,4 %)	2/36 (5,6 %)	3/15 (20,0 %)	24/226 (10,6 %)
170 % - 180 %						
160 % - 170 %						
150 % - 160 %						
140 % - 150 %						
130 % - 140 %						
120 % - 130 %						
110 % - 120 %						
100 % - 110 %						

³⁶ Untere Intervallgrenze jeweils inklusiv, obere jeweils exklusiv (z.B. [110-120])

Umsetzungsgrad ³⁶	Anzahl Betten/Plätze der Einrichtung					Gesamt
	<25	25-49	50-99	100-250	>250	
95 % - 100 %						
90 % - 95 %						
85 % - 90 %						
80 % - 85 %						
75 % - 80 %						
70 % - 75 %						
65 % - 70 %						
< 65 %						

Tabelle 27: Umsetzungsgrad ≥ 90 Prozent nach Einrichtunggröße (je Fachbereich), alle Einrichtungen. Die einzelnen Zeilen summieren sich jeweils spaltenweise (z.B. Anzahl Betten/Plätze <25) zu 100 %. Dargestellt sind die Anteile als Bruchzahlen und in Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken) Anzahl einbezogener Einrichtungen $n = x$, Anzahl ausgeschlossener Einrichtungen $n = y$.

Umsetzungsgrad ≥ 90 %	Anzahl Betten/Plätze der Einrichtung					Gesamt
	<25	25-49	50-99	100-250	>250	
Ja	114/222 (51,4 %)	100/200 (50,0 %)				652/1.096 (59,5 %)
Davon: Einrichtungen mit Erfüllung der Mindestvorgaben gemäß § 7 Abs. 4 PPP-RL						
Davon: Einrichtungen ohne Erfüllung der Mindestvorgaben gemäß § 7 Abs. 4 PPP-RL						
Nein	108/222 (48,6 %)	100/200 (50,0 %)				444/1.096 (40,5 %)

Umsetzungsgrad und Mindestvorgaben und regionale Pflichtversorgung

Die Übernahme der regionalen Pflichtversorgung wird als potenzieller Einflussfaktor auf den Umsetzungsgrad einer Einrichtung ebenfalls überprüft. Eine Besonderheit im Servicedokument ist, dass das Tabellenblatt A1 ein voreingestelltes "ja" zur landesbehördlich zugewiesenen regionalen Pflichtversorgung auf Standortebene aufweist. Auf Einrichtungsebene ist dazu eine weitere Angabe zu tätigen. In den Fällen, in denen hier gar kein Eintrag erfolgte (NULL), wird dies als "nein" interpretiert, so dass für alle Einrichtungen eine Information zur regionalen Pflichtversorgung vorliegt.

Mindestvorgaben und regionale Pflichtversorgung

In Tabelle 28 wird gezeigt, welche der Einrichtungen die Mindestvorgaben erfüllt haben, stratifiziert nach der Übernahme regionaler Pflichtversorgung. Hier erfolgt die Auswertung lediglich für die Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie, da in der Regel in der Psychosomatik keine regionale Pflichtversorgung existiert. Eingeschlossen werden Einrichtungen mit plausiblen Umsetzungsgrad in A5.2 und mit plausiblen Angaben zur regionalen Pflichtversorgung in A1. Zusätzlich müssen Angaben zu VKS-Ist, VKS-Mind und dem Umsetzungsgrad aller Berufsgruppen in A5.1 vorliegen.

Tabelle 28: Erfüllung der Mindestvorgaben nach regionaler Pflichtversorgung (je Fachbereich). Die einzelnen Zeilen summieren sich jeweils spaltenweise zu 100 Prozent. Dargestellt sind die Anteile als Bruchzahlen und in Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken) Anzahl einbezogener Einrichtungen $n = x$, Anzahl ausgeschlossener Einrichtungen $n = y$.

Mindestvorgaben erfüllt?	Regionale Pflichtversorgung		Gesamt
	ja	nein	
Ja	452/581 (77,8 %)	85/119 (71,4 %)	537/700 (76,7 %)
Nein	129/581 (22,2 %)	34/119 (28,6 %)	163/700 (23,3 %)

Umsetzungsgrad und regionale Pflichtversorgung

Tabelle 29 folgt der Darstellung gemäß Tabelle 22 und Tabelle 24 als Angabe von Anzahlen und Anteilen an Einrichtungen in Intervallen von Umsetzungsgraden, ergänzt um die Stratifizierung nach dokumentierter regionaler Pflichtversorgung ("ja" oder "nein"). Zusätzlich wird die Tabelle für Einrichtungen mit und ohne Erfüllung der Mindestvorgaben der Einrichtung dargestellt.

Tabelle 32 ist eine zusammengefasste Darstellung der vorherigen Tabelle und dient einem schnelleren Überblick, wie viele Einrichtungen einen Umsetzungsgrad gleich oder über 90 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. Deshalb wird die Tabelle zusätzlich ausgegeben, für Einrichtungen mit und ohne Erfüllung der Mindestvorgaben gemäß § 7 Abs. 4 PPP-RL. Die Darstellung erfolgt stratifiziert nach den Fachbereichen „Erwachsenenpsychiatrie“ und „Kinder- und Jugendpsychiatrie“.

Einschlusskriterien sind plausible Angaben zum Umsetzungsgrad der Einrichtung in A5.2 sowie zur regionalen Pflichtversorgung in A1. Umsetzungsgrade von „0 Prozent“ werden einbezogen.

Tabelle 29: Übersicht über den Umsetzungsgrad nach regionaler Pflichtversorgung (je Fachbereich Erwachsenenpsychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie), alle Einrichtungen. Die einzelnen Zeilen summieren sich jeweils spaltenweise zu 100 Prozent. Dargestellt sind die Anteile als Bruchzahlen und in Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken) Anzahl einbezogener Einrichtungen $n = x$, Anzahl ausgeschlossener Einrichtungen $n = y$.

Umsetzungsgrad ³⁷	Regionale Pflichtversorgung		Gesamt
	ja	nein	
≥ 180 %	17/250 (6,8 %)	100/600 (17,0 %)	117/850 (13,8 %)
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 %			

³⁷ Untere Intervallgrenze jeweils inklusiv, obere jeweils exklusiv (z.B. [110-120[)

Umsetzungsgrad ³⁷	Regionale Pflichtversorgung		Gesamt
	ja	nein	
65 % - 70 %			
< 65 %			

Tabelle 30: Übersicht über den Umsetzungsgrad nach regionaler Pflichtversorgung (je Fachbereich Erwachsenenpsychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie), Einrichtungen mit Erfüllung der Mindestvorgaben gemäß § 7 Abs. 4 PPP-RL. Die einzelnen Zeilen summieren sich jeweils spaltenweise zu 100 Prozent. Dargestellt sind die Anteile als Bruchzahlen und in Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken) Anzahl einbezogener Einrichtungen $n = x$, Anzahl ausgeschlossener Einrichtungen $n = y$.

Umsetzungsgrad ³⁸	Regionale Pflichtversorgung		Gesamt
	ja	nein	
≥ 180 %	50/420 (11,9 %)	12/100 (12,0 %)	62/520 (11,9 %)
170 % - 180 %			
160 % - 170 %			
150 % - 160 %			
140 % - 150 %			
130 % - 140 %			
120 % - 130 %			
110 % - 120 %			
100 % - 110 %			
95 % - 100 %			
90 % - 95 %			
85 % - 90 %			

³⁸ Untere Intervallgrenze jeweils inklusiv, obere jeweils exklusiv (z.B. [110-120])

Umsetzungsgrad ³⁸	Regionale Pflichtversorgung		Gesamt
	ja	nein	
80 % - 85 %			
75 % - 80 %			
70 % - 75 %			
65 % - 70 %			
< 65 %			

Tabelle 31: Übersicht über den Umsetzungsgrad nach regionaler Pflichtversorgung (je Fachbereich Erwachsenenpsychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie), Einrichtungen ohne Erfüllung der Mindestvorgaben gemäß § 7 Abs. 4 PPP-RL. Die einzelnen Zeilen summieren sich jeweils spaltenweise zu 100 Prozent. Dargestellt sind die Anteile als Bruchzahlen und in Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken) Anzahl einbezogener Einrichtungen $n = x$, Anzahl ausgeschlossener Einrichtungen $n = y$.

Umsetzungsgrad ³⁹	Regionale Pflichtversorgung		Gesamt
	ja	nein	
≥ 180 %	12/125 (9,6 %)	2/35 (5,7 %)	14/160 (8,6 %)
170 % - 180 %			
160 % - 170 %			
150 % - 160 %			
140 % - 150 %			
130 % - 140 %			
120 % - 130 %			
110 % - 120 %			
100 % - 110 %			

³⁹ Untere Intervallgrenze jeweils inklusiv, obere jeweils exklusiv (z.B. [110-120[)

Umsetzungsgrad ³⁹	Regionale Pflichtversorgung		Gesamt
	ja	nein	
95 % - 100 %			
90 % - 95 %			
85 % - 90 %			
80 % - 85 %			
75 % - 80 %			
70 % - 75 %			
65 % - 70 %			
< 65 %			

Tabelle 32: Umsetzungsgrad ≥ 90 Prozent nach regionaler Pflichtversorgung (je Fachbereich Erwachsenenpsychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie), alle Einrichtungen. Die einzelnen Zeilen summieren sich jeweils spaltenweise zu 100 Prozent. Dargestellt sind die Anteile als Bruchzahlen und in Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken) Anzahl einbezogener Einrichtungen $n = x$, Anzahl ausgeschlossener Einrichtungen $n = y$.

Umsetzungsgrad ≥ 90 %	Regionale Pflichtversorgung		Gesamt
	ja	nein	
Ja	80/250 (32,0 %)	500/600 (83,3 %)	580/850 (68,2 %)
Davon: Einrichtungen mit Erfüllung der Mindestvorgaben gemäß § 7 Abs. 4 PPP-RL			
Davon: Einrichtungen ohne Erfüllung der Mindestvorgaben gemäß § 7 Abs. 4 PPP-RL			
Nein	170/250 (68,0 %)	100/600 (16,7 %)	270/850 (31,8 %)

4.2.2 Umsetzungsgrad und Mindestvorgaben pro Berufsgruppe

Um Aussagen dazu treffen zu können, ob die Mindestvorgaben einer Einrichtung erfüllt sind, muss neben dem Umsetzungsgrad einer Einrichtung der Umsetzungsgrad jeder Berufsgruppe

betrachtet werden. Der Umsetzungsgrad einer Berufsgruppe ergibt sich aus dem Quotienten der tatsächlichen Vollkraftstunden (VKS-Ist) und den Mindestvorgaben der Vollkraftstunden (VKS-Mind). Für die Darstellung eines bundesweiten Umsetzungsgrades (in Prozent) pro Berufsgruppe 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.

Die Auswertungen zum Umsetzungsgrad pro Berufsgruppe werden danach stratifiziert, ob die Angaben von einer Einrichtung mit Erfüllung der Mindestvorgaben gemäß § 7 Abs. 4 PPP-RL gemacht wurden. Die folgende Abbildung zeigt den Umsetzungsgrad der Berufsgruppen der Erwachsenenpsychiatrie im aktuell ausgewerteten Quartal mit Hilfe eines Säulendiagramms (Abbildung 10). Dabei werden je Berufsgruppe alle Einrichtungen sowie die Einrichtungen stratifiziert nach Erfüllung der Mindestvorgaben gemäß § 7 Abs. 4 PPP-RL dargestellt.

Abbildung 11 stellt den Umsetzungsgrad der Berufsgruppen im Verlauf rollierend für die letzten vier Quartale als Liniendiagramm. Dabei ist das aktuelle Quartal ganz rechts zu finden. Einschlusskriterien für diese Auswertungen sind plausible Angaben der jeweiligen Berufsgruppe zu VKS-Mind und VKS-Ist und zum Umsetzungsgrad in A5.1. Werte von „0“ werden dabei einbezogen.

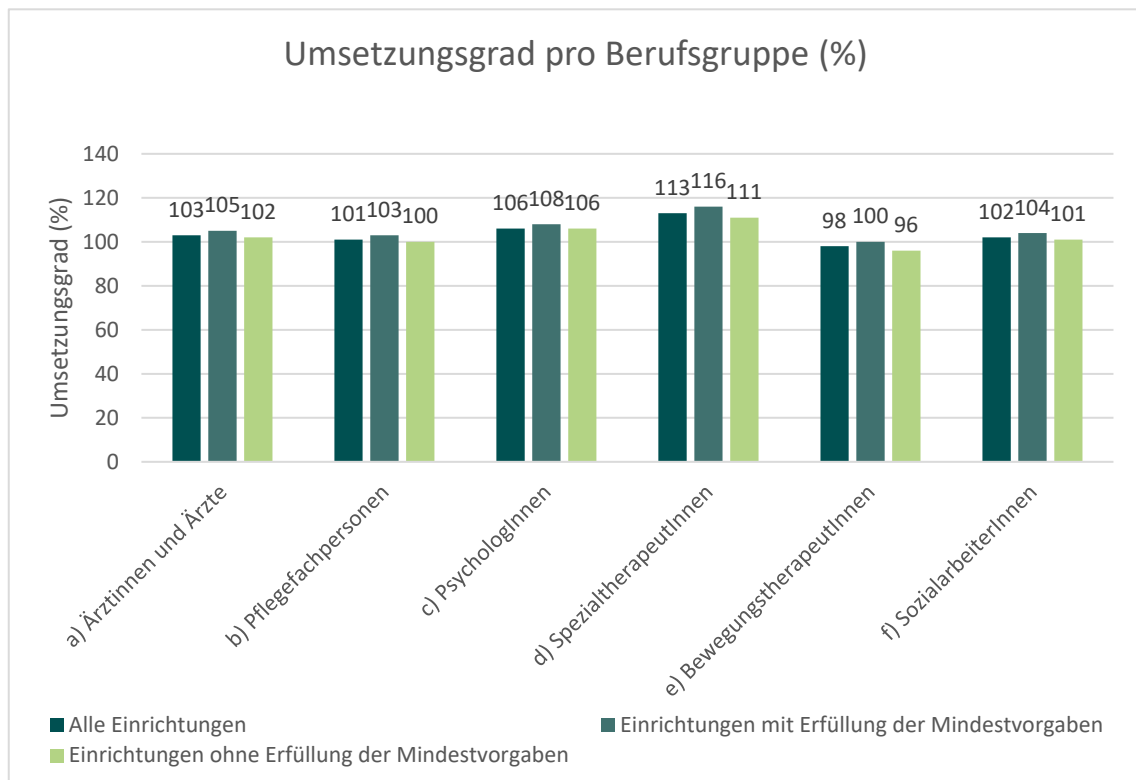


Abbildung 10: Umsetzungsgrad pro Berufsgruppe (je Fachbereich) berechnet standortübergreifend über ein bundesweites VKS-Ist sowie VKS-Mind. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

Für die Darstellung eines bundesweiten Umsetzungsgrades (in Prozent) pro Berufsgruppe (Abbildung 11) 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 62).

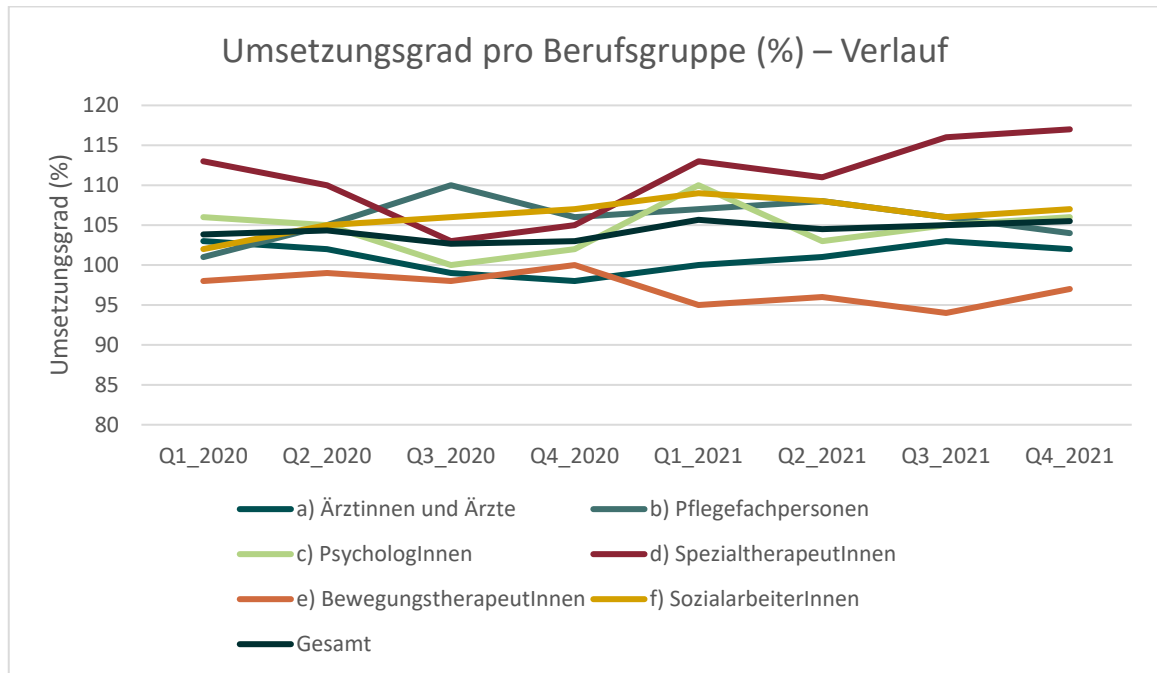


Abbildung 11: Umsetzungsgrad pro Berufsgruppe im Verlauf (je Fachbereich), berechnet standortübergreifend über ein bundesweites VKS Ist sowie VKS Mind. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

Um Aussagen über die Verteilung der Umsetzungsgrade der Einrichtungen zu machen wird eine Verteilungsdarstellung der Umsetzungsgrade in den Einrichtungen empfohlen (Abbildung 12). Diese Abbildung wird für jede Berufsgruppe dargestellt. 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. Einschlusskriterien für diese Auswertung sind plausible Angaben in der jeweiligen Berufsgruppe zu VKS-Mind, VKS-Ist und zum Umsetzungsgrad in A5.1. Umsetzungsgrade von „0 Prozent“ oder Angaben von „0“ VKS-Ist wurden ausgeschlossen. In den Abbildungen werden Umsetzungsgrade bis 500 Prozent dargestellt. Für Umsetzungsgrade > 500 Prozent werden in Tabelle 33 die Verteilungsmaße von VKS-Mind dargestellt.

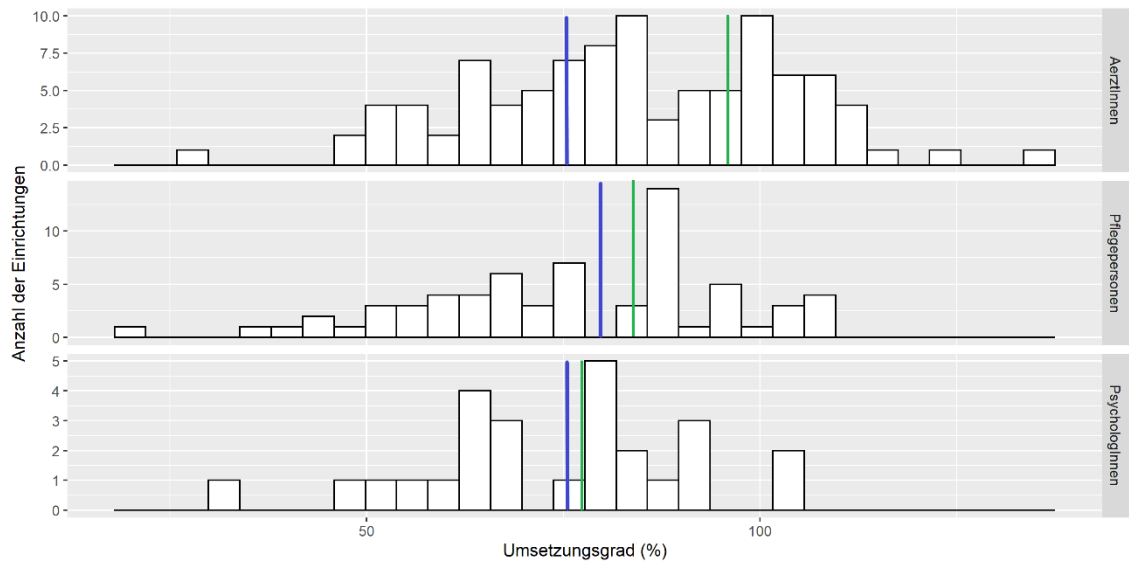


Abbildung 12: Verteilungsdarstellung des Umsetzungsgrades pro Berufsgruppe (je Fachbereich)(Daten fiktiv und nur zu Illustrationszwecken) Summe der Einrichtungen $n = x$.

Tabelle 33: Standardisierte berufsgruppenspezifische Mindestpersonalausstattung in Berufsgruppen, in denen der berufsgruppenspezifische Umsetzungsgrad über 500 Prozent liegt (je Fachbereich). (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken) Anzahl einbezogener Einrichtungen n = x.

Berufsgruppe	N	VKS-Mind in Min./PatientIn/ Woche						
		MW	SD	Median	Min	Max	25. Perzentil	75. Perzentil
Ärztinnen und Ärzte								
Pflegefachpersonen								
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Psychologinnen und Psychologen								
Spezialtherapeutinnen und -therapeuten								
Bewegungs- und Physiotherapeutinnen und -therapeuten								
Sozialarbeiterinnen und -arbeiter, Sozialpädagoginnen und -pädagogen								

Tabelle 34 stellt den mittleren Umsetzungsgrad je Berufsgruppe sowie den Anteil der Einrichtungen des Fachbereichs (Erwachsenenpsychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie), der die Mindestanforderungen erfüllt hat, dar. Die Darstellung für die Psychosomatik erfolgt aufgrund der Übergangsregelungen erst ab dem Erfassungsjahr 2023. Umsetzungsgrade von „0 Prozent“ werden in die Auswertungen einbezogen. Einschlusskriterien sind plausible Angaben je Berufsgruppe zum Umsetzungsgrad und VKS-Ist und VKS-Mind in A5.1.

Ob der Umsetzungsgrad pro Berufsgruppe und Einrichtung erreicht und somit auch die Mindestvorgaben erfüllt wurden, kann aus Tabelle 35 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 Versorgung⁴⁰ durch fünf anstatt durch sieben zu teilen sind. Die berechnete Einheit VKS-ist pro Patientin (oder Patient) je Woche ist nun besser zwischen den Einrichtungen vergleichbar. Um diese Berechnung durchführen zu können, müssen neben den oben beschriebenen Einschlusskriterien zudem plausible Angaben zu den Behandlungstagen und Behandlungsbereichen im aktuellen und im Referenzjahr in A3.3 zur Verfügung stehen. Ausgeschlossen wird die stationsäquivalente Behandlung (Behandlungsbereiche A9, S9, G9 bzw. KJ9) aus A3.3, da hierfür keine Minutenwerte definiert sind.

Für die Psychosomatik wird Tabelle 35 in reduzierter Form dargestellt, da die Ermittlung der Mindestvorgaben und des Umsetzungsgrades gemäß § 16 Abs. 4 PPP-RL bis einschließlich 2022 ausgesetzt ist. Deswegen wird in Tabelle 35 nur die tatsächliche Personalausstattung dargestellt. Die Einschlusskriterien weichen dabei von den oben genannten insofern ab, als dass der Umsetzungsgrad und VKS-Mind nicht vorliegen müssen. Zudem sind keine Angaben zu Behandlungstagen und Behandlungsbereichen in A3.3 erforderlich.

Tabelle 36 und Tabelle 37 ermöglichen weitere detaillierte Auswertungsdarstellung für den Umsetzungsgrad pro Berufsgruppe. Einschlusskriterien für diese Auswertungen sind plausible Angaben der jeweiligen Berufsgruppe zu VKS-Mind und VKS-Ist und zum Umsetzungsgrad in A5.1. Werte von „0“ werden dabei einbezogen. Der im Erfassungsjahr 2022 gültige Schwellenwert für die Erfüllung der Mindestanforderungen liegt bei 90 Prozent. Tabelle 37 stellt darüber hinaus das Erreichen weiterer fiktiver Schwellenwerte auf Ebene der Berufsgruppen und der Einrichtungen dar.

⁴⁰ A6, S6, G6, P3, P4 sowie KJ7

Tabelle 34: Umsetzungsgrad je Berufsgruppe (je Fachbereich). (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken) Anzahl einbezogener Einrichtungen $n = x$, Anzahl ausgeschlossener Einrichtungen $n = y$.

Berufsgruppen	Umsetzungsgrad in Prozent							Anteil der Einrichtungen, die den geforderten Umsetzungsgrad der Berufsgruppe erreicht haben (%)
	MW	SD	Median	Min	Max	25. Perzentil	75. Perzentil	
Ärztinnen und Ärzte	92,0	5,6						520/600 (86,7 %)
Pflegefachpersonen								
...								

Tabelle 35: Übersicht über den Umsetzungsgrad je Berufsgruppe und die Erfüllung der Mindestvorgaben (je Fachbereich). (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken). Anzahl einbezogener Einrichtungen n = x, Anzahl ausgeschlossener Einrichtungen n = y.

Berufsgruppen und übergeordnete Einrichtung	n Anzahl eingeflossene Einrichtungen	Summe tatsächliche Personalausstattung (VKS-Ist [Std])	VKS-Ist in Min./ PatientIn/Woche		Summe geforderte Mindestpersonalausstattung (VKS-Mind [Std])	VKS-Mind in Min./ PatientIn/ Woche		Mittlerer Umsetzungsgrad (%)		
			MW (SD)	Median (Min, Max)		MW (SD)	Median (Min, Max)	MW (SD)	Median (Min, Max)	Mindestvorgabe erfüllt? (Alle ≥ 85 %)]
Erwachsenenpsychiatrie								117,4 (130,3)	105,6 (89,7;761,5)	Ja
Ärztinnen und Ärzte	698	2.634.265,6	261,7 (369,8)	204,6 (50,1;897,3)	2.013.779,0	192,6 (268,7)	171,5 (20,3;799,3)	132,4 (167,2)	114,3 (78,9;765,1)	-
Pflegefachpersonen										
...										

Tabelle 36: Übersicht über den Umsetzungsgrad je Berufsgruppe (je Fachbereich). 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) Anzahl einbezogener Einrichtungen $n = x$, Anzahl ausgeschlossener Einrichtungen $n = y$.

Umsetzungsgrad ⁴¹	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 %							

⁴¹ Untere Intervallgrenze jeweils inklusiv, obere jeweils exklusiv (z.B. [110-120])

Umsetzungsgrad ⁴¹	Berufsgruppen						
	Ärztinnen und Ärzte	Pflegefachpersonen	Psychologinnen und Psychologen	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	Bewegungstherapeut/innen, Physiotherapeut/innen	Sozialarbeiter/innen, Sozialpädagogen/innen	Sprachheiltherapeut/innen, Logopäd/innen
75 % - 80 %							
70 % - 75 %							
65 % - 70 %							
< 65 %							

Tabelle 37: Umsetzungsgrad stratifiziert nach Einrichtungen mit und ohne Erfüllung einer Mindestvorgabe je Berufsgruppe (je Fachbereich). 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) Anzahl einbezogener Einrichtungen $n = x$, Anzahl ausgeschlossener Einrichtungen $n = y$.

Schwellenwert	Umsetzungsgrad %	Berufsgruppen						
		Ärztinnen und Ärzte	Pflegefachpersonen	Psychologinnen und Psychologen	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	Bewegungstherapeut/innen, Physiotherapeut/innen	Sozialarbeiter/innen, Sozialpädagogen/innen	Sprachheiltherapeut/innen, Logopäd/innen
≥ 100 %	Ja	520/600 (86,7 %)						
	Davon: Einrichtungen bei Erfüllung einer Mindestvorgabe von ≥ 100 %							
	Davon: Einrichtungen mit Nicht-Erfüllung bei einer Mindestvorgabe von ≥ 100 %							

Schwellenwert	Umsetzungsgrad %	Berufsgruppen						
		Ärztinnen und Ärzte	Pflegefachpersonen	Psychologinnen und Psychologen	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	Bewegungstherapeut/innen, Physiotherapeut/innen	Sozialarbeiter/innen, Sozialpädagogen/innen	Sprachheiltherapeut/innen, Logopäden/innen
	Nein	80/600 (13,3 %)						
≥ 90 %	Ja	520/600 (86,7 %)						
	Davon: Einrichtungen mit Erfüllung der Mindestvorgaben gemäß § 7 Abs. 4 PPP-RL (≥ 90%)							
	Davon: Einrichtungen ohne Erfüllung der Mindestvorgaben gemäß § 7 Abs. 4 PPP-RL (≥ 90%)							
	Nein	80/600 (13,3 %)						
≥ 80 %	Ja	520/600 (86,7 %)						
	Davon: Einrichtungen bei Erfüllung einer Mindestvorgabe von ≥ 80 %							
	Davon: Einrichtungen mit Nicht-Erfüllung bei einer Mindestvorgabe von ≥ 80 %							
	Nein	80/600 (13,3 %)						
≥ 70 %	Ja	520/600 (86,7 %)						

Schwellenwert	Umsetzungsgrad %	Berufsgruppen						
		Ärztinnen und Ärzte	Pflegefachpersonen	Psychologinnen und Psychologen	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	Bewegungstherapeut/innen, Physiotherapeut/innen	Sozialarbeiter/innen, Sozialpädagog/innen	Spracheiltherapeut/innen, Logopäd/innen
	Davon: Einrichtungen bei Erfüllung einer Mindestvorgabe von $\geq 70\%$							
	Davon: Einrichtungen mit Nicht-Erfüllung bei einer Mindestvorgabe von $\geq 70\%$							
	Nein							
$\geq 60\%$	Ja							
	Davon: Einrichtungen bei Erfüllung einer Mindestvorgabe von $\geq 60\%$							
	Davon: Einrichtungen mit Nicht-Erfüllung bei einer Mindestvorgabe von $\geq 60\%$							
	Nein							

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 15), wird in Tabelle 38 der Umsetzungsgrad je Stationstyp für die Konzeptstationen (Schwerpunkt der Behandlung) der Allgemeinen Psychiatrie und der Gerontopsychiatrie dargestellt. Eine verkürzte Darstellung ist der Tabelle 39 zu entnehmen, da diese lediglich zeigt, wie viel Prozent der Stationen den auf Einrichtungsebene geforderten Umsetzungsgrad pro Stationstyp erreicht oder nicht erreicht haben. Tabelle 38 und Tabelle 39 werden für die folgenden Konzeptstationen dargestellt (jeweils eine Tabelle je Konzeptstation): A (Allgemeinpsychiatrie), KJP (Kinder- und Jugendpsychiatrie), P1 (Psychosomatik), S (Suchterkrankungen) und G (Gerontopsychiatrie). Einschlusskriterien für diese Auswertungen sind Angaben zu Stationen im Blatt „Angaben Stationen“ in Teil B, plausible Angaben zum Stationstyp und zum Schwerpunkt der Behandlung (A, G) in A2.2 sowie zu VKS-Ist, VKS-Mind und Monat in B2.1 und zur Summe von VKS-Mind je Berufsgruppe auf Stationsebene (ungleich“0“) in B2.1. Umsetzungsgrade von „0 Prozent“ werden einbezogen.

Umsetzungsgrad und Anteil an Intensivbehandlung

Der Umsetzungsgrad soll für verschiedene Anteile (Abstufend <10 Prozent bis >40 Prozent) an Intensivbehandlungstagen (an den Gesamtbehandlungstagen) getrennt nach Berufsgruppen und Fachbereich 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 40). 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. Einschlusskriterien für diese Auswertung sind plausible Angaben zu VKS-Mind, VKS-Ist und zum Umsetzungsgrad der Berufsgruppe in A5.1 und zu Behandlungstagen in Behandlungsbereichen in A3.3 sowie Angaben zu den Behandlungsbereichen A2, S2, G2 (bzw. KJ3) in A3.3 mit Behandlungstagen > 0. Ausgeschlossen werden für die Basis der Anteilsbildung zur Intensivbehandlung aus den Gesamtbehandlungstagen die stationsäquivalente Behandlung (Behandlungsbereiche A9, S9, G9 bzw. KJ9) aus A3.3. Umsetzungsgrade von „0 Prozent“ werden einbezogen.

Tabelle 41 stellt Verteilung des Umsetzungsgrades je Anteils an Intensivbehandlungstagen an den Gesamtbehandlungstagen auf Stationsebene dar. Einschlusskriterien für diese Auswertung sind Angaben von Stationen im Blatt „Angaben Stationen“ in Teil B, plausible Angaben zu VKS-Mind, VKS-Ist und zum Monat in B2.1 und zu Behandlungstagen in Behandlungsbereichen in B1.3 sowie Angaben zu den Behandlungsbereichen A2, S2, G2 (bzw. KJ3) in B1.3 mit Behandlungstagen > 0. Zudem durfte die Summe von VKS-Mind der Berufsgruppe (auf

Stationsebene) in B2.1 nicht „0“ sein. Ausgeschlossen werden für die Basis der Anteilsbildung zur Intensivbehandlung aus den Gesamtbehandlungstagen die stationsäquivalente Behandlung (Behandlungsbereiche A9, S9, G9 bzw. KJ9) aus B1.3. Umsetzungsgrade von „0 Prozent“ werden einbezogen.

Bei der Auswertung des Anteils der Intensivbehandlungstage nach dem Umsetzungsgrad je Berufsgruppe über alle Stationen (Tabelle 41) eines Fachbereichs ist folgende Einschränkung 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.

Tabelle 38: Übersicht über den Umsetzungsgrad je Stationstyp und Konzeptstation. 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) Anzahl einbezogener Einrichtungen $n = x$, Anzahl ausgeschlossener Einrichtungen $n = y$.

Umsetzungsgrad ⁴²	Stationstypen						Gesamt (Alle Stationstypen)
	A	B	C	D	E	F	
≥ 180 %	75/265 (28,3 %)	12/345 (3,5 %)	30/632 (4,7 %)	15/230 (6,5 %)	10/287 (3,5 %)	45/189 (23,8 %)	200/1.948 (10,3 %)
170 % - 180 %							
160 % - 170 %							
150 % - 160 %							
140 % - 150 %							
130 % - 140 %							
120 % - 130 %							
110 % - 120 %							
100 % - 110 %							
95 % - 100 %							
90 % - 95 %							
85 % - 90 %							
80 % - 85 %							

⁴² Untere Intervallgrenze jeweils inklusiv, obere jeweils exklusiv (z.B. [110-120])

Umsetzungs- grad ⁴²	Stationstypen						Gesamt (Alle Stati- onstypen)
	A	B	C	D	E	F	
75 % - 80 %							
70 % - 75 %							
65 % - 70 %							
<65 %							

Stationstypen: 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)

Tabelle 39: Umsetzungsgrad ≥ 90 Prozent je Stationstyp und Konzeptstation 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) Anzahl einbezogener Einrichtungen $n = x$, Anzahl ausgeschlossener Einrichtungen $n = y$.

Umsetzungsgrad ≥ 90 %	Stationstypen						Gesamt (Alle Stationstypen)
	A	B	C	D	E	F	
Ja	125/600 (20,8 %)						
Davon: Einrichtungen mit Erfüllung der Mindestvorgaben gemäß § 7 Abs. 4 PPP-RL							
Davon: Einrichtungen ohne Erfüllung der Mindestvorgaben gemäß § 7 Abs. 4 PPP-RL							
Nein	475/600 (79,2 %)						

Stationstypen: 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)

Tabelle 40: Verteilung des Umsetzungsgrades je Anteils an Intensivbehandlungstagen an den Gesamtbehandlungstagen (je Fachbereich) über die Einrichtungen für Ärztinnen und Ärzte⁴³. Dargestellt ist der Anteil der Einrichtungen (Prozent). Die Zeilen addieren sich jeweils spaltenweise (Bsp. Anteil <10 %) zu 100 Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)
Anzahl einbezogener Einrichtungen n = x, Anzahl ausgeschlossener Einrichtungen n = y.

Umsetzungsgrad ⁴⁴	Anteil der Intensivbehandlungstage an den Gesamtbehandlungstagen						Gesamt
	0 %	> 0 % - 10 %	10 %–20 %	20 %–30 %	30 %–40 %	> 40 %	
≥ 180 %		5/202 (2,5 %)					
170 %–180 %		24/202 (11,9 %)					
160 %–170 %							
[...]							
65 %–70 %							
< 65 %							

⁴³ Tabelle soll sowohl berufsgruppenübergreifend, als auch für jede Berufsgruppe (hier Bsp. Ärztinnen und Ärzte) dargestellt werden.

⁴⁴ Untere Intervallgrenze jeweils inklusiv, obere jeweils exklusiv (z.B. [110-120[)

Tabelle 41: Verteilung des Umsetzungsgrades je Anteils an Intensivbehandlungstagen an den Gesamtbehandlungstagen (je Fachbereich) über die Stationen für Ärztinnen und Ärzte⁴⁵. Dargestellt ist der Anteil der Stationen (Prozent). Die Zeilen addieren sich jeweils spaltenweise (Bsp. Anteil <10 %) zu 100 Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken) Anzahl einbezogener Einrichtungen n = x, Anzahl ausgeschlossener Einrichtungen n = y.

Umsetzungsgrad ⁴⁶	Anteil der Intensivbehandlungstage an den Gesamtbehandlungstagen						Gesamt
	0 %	> 0 % - 10 %	10 %–20 %	20 %–30 %	30 %–40 %	> 40 %	
≥ 180 %		5/202 (2,5 %)					
170 %–180 %		24/202 (11,9 %)					
160 %–170 %							
[...]							
65 %–70 %							
< 65 %							

⁴⁵ Tabelle soll sowohl berufsgruppenübergreifend, als auch für jede Berufsgruppe (hier: Ärztinnen und Ärzte) dargestellt werden

⁴⁶ Untere Intervallgrenze jeweils inklusiv, obere jeweils exklusiv (z.B. [110-120])

4.3 Ausnahmetatbestände

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.

In Tabelle 42 werden die Krankenhäuser abgebildet, die die Mindestvorgaben nicht erfüllt und einen Ausnahmetatbestand angegeben haben. Einschlusskriterium hierfür sind plausible Angaben zum Umsetzungsgrad der Einrichtung in A5.2.

Tabelle 42: Mindestvorgaben nicht erfüllt und einen Ausnahmetatbestand angegeben (je Fachbereich). Dargestellt sind die Anteile als Bruchzahlen und in Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken) Anzahl einbezogener Einrichtungen $n = x$, Anzahl ausgeschlossener Einrichtungen $n = y$.

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 %)

Sofern ein Ausnahmetatbestand nicht für ein gesamtes Quartal gilt (Angabe in A6.1 bis A6.3) werden weitere Angaben zur Einhaltung der Mindestvorgaben gemacht. Tabelle 43 stellt dar, wie viele Einrichtungen einen nichtquartalsbezogenen Ausnahmetatbestand geltend gemacht haben und bei wie vielen Einrichtungen die Mindestvorgaben in dem Zeitraum, in dem der Ausnahmetatbestand nicht geltend gemacht wurde, die Mindestvorgaben eingehalten haben (Angabe in A6.4.3). Einschlusskriterium für diese Auswertung ist deshalb im ersten Schritt die Angabe mindestens eines Ausnahmetatbestandes und im zweiten Schritt die Angabe von mindestens einem nicht quartalsbezogenen Ausnahmetatbestand. Für die dritte Spalte sind zudem plausible Angaben in A6.4.3 nötig.

Tabelle 43: Erfüllung der Mindestvorgaben gemäß § 7 Abs. 4 PPP-RL bei Einrichtungen, die einen nicht-quartalsbezogenen Ausnahmetatbestand geltend gemacht haben. Anzahl einbezogener Einrichtungen $n = x$, Anzahl ausgeschlossener Einrichtungen $n = y$.

Anzahl der Einrichtungen die mindestens einen Ausnahmetatbestand geltend gemacht haben	Davon: Einrichtungen bei denen der Ausnahmetatbestand nicht für das ganze Quartal geltend gemacht wurde	Davon: Erfüllung der Mindestvorgaben in dem Zeitraum, in dem der Ausnahmetatbestand nicht geltend gemacht wurde
45/45 (100 %)	30/45 (66,7 %)	20/30 (66,7 %)

Die drei folgenden Auswertungen beziehen sich nacheinander auf die einzelnen Ausnahmetatbestände. Tabelle 44 bis Tabelle 46 bestimmen im ersten Feld die Anzahl und den Anteil der differenzierten Einrichtungen mit dokumentierten Ausnahmetatbeständen im betrachteten Quartal als Bruchzahl und in Prozent. Die Tabelle 44 zeigt weiterhin die mittleren Ausfallstunden sowie die mittlere Ausfallquote über diejenigen Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie, die diesen Ausnahmetatbestand angaben. Auf Seite 6 der Tragenden Gründe zur PPP-RL vom 20. Oktober 2020 ist definiert, wie die Ausfallquote in A6.1 konkret zu berechnen ist: Ausfallquote = krankheitsbedingte Ausfallstunden / VKS-Mind. Daher wird für die Auswertung einrichtungsweise die Ausfallquote als (ggf. für die Einrichtung summierte) Ausfallstunden zu VKS-Mind neu berechnet und anschließend der Mittelwert gebildet. Wenn einer der beiden Werte fehlt (NULL) oder einer der beiden Werte oder die berechnete Ausfallquote außerhalb des plausiblen Bereichs gemäß PPP-RL liegt, ist der betroffene Datensatz nicht auswertbar. Weiterhin nicht auswertbar ist ein Datensatz, wenn die Mindestvollkraftstunden gleich 0 sind, da in diesem Fall eine Division durch 0 resultieren würde.

Tabelle 44: Ausnahmetatbestand 1 (kurzfristig krankheitsbedingte Personalausfälle) je Fachbereich. Dargestellt ist der Anteil als Bruchzahl und in Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken) Anzahl einbezogener Einrichtungen $n = x$, Anzahl ausgeschlossener Einrichtungen $n = y$.

	Ausfallstunden	Ausfallquote in Prozent
N Einrichtungen/ Gesamt (%)	560/600 (86,7 %)	
Mittelwert	62,9	5,3
Standardabweichung	1,3	1,2
Median		
Minimum		
Maximum		
25. Perzentil		
75. Perzentil		

Der plausible Bereich, der derzeit ein Maximum von 999.999 Stunden Ausfallzeit zulässt, könnte auf Basis der Gesamtquartalsstunden der jeweiligen Einrichtung eingeschränkt werden. Tabelle 45 zeigt den mittleren Prozentsatz erhöhter Behandlungstage im Sinne einer regionalen Pflichtversorgung (per gesetzlicher Unterbringung oder landesrechtlicher Verpflichtung) im Verhältnis zum Referenzjahr für alle Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie mit angegebenen Ausnahmetatbeständen 2. Der Mittelwert wird gebildet auf Basis des berechneten einrichtungsweisen Prozentsatzes. Ein Datensatz kann nicht ausgewertet werden, wenn einer der beiden heranzuziehenden Werte implausibel gemäß des plausiblen Wertebereichs der PPP-RL oder NULL ist. Eine Einrichtung kann nicht ausgewertet werden, wenn alle Datensätze nicht auswertbar sind.

Tabelle 45: Ausnahmetatbestand 2 (kurzfristig stark erhöhte Anzahl von Patientinnen und Patienten) je Fachbereich. Dargestellt ist der Anteil als Bruchzahl und in Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken) Anzahl einbezogener Einrichtungen $n = x$, Anzahl ausgeschlossener Einrichtungen $n = y$.

	Prozentsatz der erhöhten Behandlungstage (im Verhältnis zu den Behandlungstagen des Vorjahres)
N Einrichtungen/ Gesamt (%)	56/600 (9,3 %)
Mittelwert	16,4
Standardabweichung	2,3
Median	
Minimum	
Maximum	
25. Perzentil	
75. Perzentil	

Tabelle 46 stellt die mittlere Anzahl genannter Ausnahmetatbestände derjenigen Einrichtungen dar, die mindestens einen durch gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen hervorgerufenen Ausnahmetatbestand im jeweiligen dokumentiert hatten.

Tabelle 46: Ausnahmetatbestand 3 (gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen) je Fachbereich. Dargestellt ist der Anteil als Bruchzahl und in Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken) Anzahl einbezogener Einrichtungen $n = x$, Anzahl ausgeschlossener Einrichtungen $n = y$.

N Einrichtungen/ Gesamt (%)	Mittlere Anzahl der Angaben zu AT 3 je Quar- tal (SD)
N Einrichtungen/ Gesamt (%)	42/600 (7,0 %)
Mittelwert	1,3
Standardabweichung	0,7

N Einrichtungen/ Gesamt (%)	Mittlere Anzahl der Angaben zu AT 3 je Quar- tal (SD)
Median	
Minimum	
Maximum	
25. Perzentil	
75. Perzentil	

Tabelle 47 bis Tabelle 50 stellen die Darstellung der Ergebnisse von den Freitextanalysen dar. Im Servicedokument A6.1 bis A6.3 haben die Einrichtungen die Möglichkeit, die Abweichungen von verbindlichen Mindestvorgaben für die Personalausstattung zu begründen. Die Freitexte werden den in Abschnitt 3.2 beschriebenen Kategorien zugeordnet und anschließend in ihrer Häufigkeit tabellarisch dargestellt.

Tabelle 47: Ausnahmetatbestand 1: Gründe für Abweichungen je Fachbereich. Dargestellt ist der Anteil als Bruchzahl und in Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

Einrichtungen/Gesamt (Anteil in %)	AT1: kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle – Gründe für Abweichungen						
	Krankheitsbedingter Personalausfall	Erhöhte Arbeitsbelastung	Beschäftigungsverbot	Hohe Übergriffsrate	Neueinstellung Personal	Sonstige	Keine Angaben
17/749 (2,3 %)	10/17 (59 %)	3/17 (18 %)	...	...	...	...	...

Tabelle 48: Ausnahmetatbestand 3: Auswirkungen auf die Behandlungsleistungen je Fachbereich. Dargestellt ist der Anteil als Bruchzahl und in Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

Einrichtungen/Gesamt (Anteil in %)	AT3: gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen - Auswirkungen auf die Behandlungsleistungen						
	Angepasste Behandlungsleistungen	Erhöhung der Behandlungstage	Erhöhte Arbeitsbelastung	Reduzierte Belegung	Keine Behandlungen	Sonstige	Keine Angaben
24/749 (3,2 %)	12/24 (50 %)	8/24 (33 %)	...	...	...	...	...

Tabelle 49: Ausnahmetatbestand 3: Auswirkungen auf die Personalausstattung je Fachbereich. Dargestellt ist der Anteil als Bruchzahl und in Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

AT3: gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen - Auswirkungen auf die Personalausstattung						
Einrichtungen/Gesamt (Anteil in %)	Angepasste Personalausstattung	Erhöhter Personalaufwand	Personalumverteilung	Kein Personal	Sonstige	Keine Angaben
24/749 (3,2 %)	12/24 (50 %)	8/24 (33 %)	...	...	...	...

Tabelle 50: Ausnahmetatbestand 3: Gründe für Abweichungen je Fachbereich. Dargestellt ist der Anteil als Bruchzahl und in Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

AT3: gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen - Gründe für Abweichungen						
Einrichtungen/Gesamt (Anteil in %)	Erhöhter Personalausfall	Erweiterung der Versorgung	Pandemiebedingte Anpassungen	Schließung der Station oder Einrichtung (auch vorübergehend)	Sonstige	Keine Angaben
24/749 (3,2 %)	12/24 (50 %)	8/24 (33 %)	...	...	...	...

4.4 Anrechnung von Fachkräften

Die Standorte haben die Möglichkeit, bei der tatsächlichen Personalausstattung nach § 7 PPP-RL Fachkräfte nach § 5 PPP-RL auf andere Berufsgruppen anzurechnen, wenn die angerechneten Fachkräfte die Regelaufgaben der Berufsgruppe, bei der die Anrechnung erfolgt, erbringen. Die entsprechenden Nachweise sind auf Stationsebene erfasst. Für die Berücksichtigung sind prozentuale Höchstgrenzen in der PPP-RL verankert (§ 8 Abs. 5 PPP-RL). Weiterhin ist die Erbringung der Regelaufgaben jeweils auf bestimmte Berufsgruppen beschränkt (§ 8 Abs. 3 und 4 PPP-RL). Die zulässigen Vollkraftstunden werden je Berufsgruppe und Station hinzugerechnet. Tabelle 51 stellt, differenziert nach Einrichtungsgröße, je Anrechnungstatbestand und Berufsgruppe dar, wie viele Einrichtungen Anrechnungen des jeweiligen Anrechnungstatbestandes vorgenommen haben. Die Tabelle wird je Berufsgruppe dargestellt.

Tabelle 51: Anteil der Einrichtungen, die Anrechnungen je Anrechnungstatbestand vorgenommen haben, stratifiziert nach Einrichtungsgröße und je Berufsgruppe⁴⁷. Anzahl einbezogener Einrichtungen $n = x$, (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken) Anzahl ausgeschlossener Einrichtungen $n = y$.

Einrichtungsgröße	Anrechnung von Fachkräften			Gesamt (Alle Anrechnungstatbestände)
	Andere Berufsgruppen nach PPP-RL (VKS)	Nicht PPP-RL Berufsgruppen (VKS)	Fachkräfte ohne direktes Beschäftigungsverhältnis (VKS)	
< 25 Betten/Plätze	10/50 (20,0 %)			
25-49 Betten/Plätze	12/76 (15,8 %)			
50-99 Betten/Plätze	8/69 (11,6 %)			
100-250 Betten/Plätze	10/345 (2,9 %)			
> 250 Betten/Plätze	10/60 (16,7 %)			
Gesamt	50/600 (8,3 %)			

Tabelle 52 schlüsselt auf, in welcher Höhe (gemessen in Vollkraftstunden) bei welcher Berufsgruppe welche Art von Fachkräften angerechnet wurde. Dazu wird nach der Spalte mit der mittleren gesamten Anzahl der Vollkraftstunden einer Berufsgruppe ausgewiesen, welche mittlere Stundenzahl davon jeweils auf andere Berufsgruppen nach PPP-RL, Berufsgruppen außerhalb derer der PPP-RL und auf Fachkräfte ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entfiel.

⁴⁷ Tabelle wird für jede Berufsgruppe dargestellt.

In die Berechnung gehen prinzipiell alle Einrichtungen mit Werten zur jeweiligen betrachteten Berufsgruppe ein, so dass nicht pauschal von eingeschlossenen Einrichtungen für die gesamte Auswertung ausgegangen werden kann. Vielmehr differiert die zugrundeliegende Anzahl je Zeile. Ausgeschlossen werden negative Werte und Werte oberhalb 999.999 (vgl. Anlage 3 der PPP-RL). Dabei gilt, dass wenn einer der vier für eine Berufsgruppe einer Einrichtung einfließenden Werte implausibel oder fehlend ist, der gesamte berufsgruppenbezogene Datensatz für die Auswertung ausgeschlossen wird. Die Mittelwerte werden jeweils über alle Einrichtungen mit eingeflossenen Werten gebildet, prozentuiert wird auf die mittleren VKS-Ist einer Berufsgruppe über alle Einrichtungen. Hergestellt werden sollte über den Einbezug der Grundgesamtheit aller Einrichtungen die größtmögliche Vergleichbarkeit.

Tabelle 52: Art der Anrechnung von Fachkräften (je Fachbereich). 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. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken). Anzahl eingeschlossener Einrichtungen $n=x$. Anzahl ausgeschlossener Einrichtungen $n=y$.

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 %)
Pflegefachpersonen				
Psychologinnen und Psychologen				
...				

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: 5 Prozent der VKS-Mind.

Tabelle 53 zeigt, wie viele Einrichtungen welchen Anteil welcher Beschäftigtengruppe in den ausgewiesenen Vollkraftstunden im Verhältnis zur Mindestpersonalausstattung (VKS-Mind) anrechnen. Die Tabelle wird je Berufsgruppe dargestellt. Im Gegensatz zur Tabelle 48 geht es nicht um das Verhältnis der angerechneten Stunden zu den im aktuell betrachteten Quartal geleisteten, sondern um den Umfang, der gemäß Richtlinie ab dem 01. Januar 2023 überprüft werden soll. Eingeschlossen werden in die Auswertung alle Einrichtungen, die Anrechnungen für den jeweiligen Anrechnungstatbestand vorgenommen haben (VKS > 0) und für die für die jeweilige Berufsgruppe plausible Werte gemäß PPP-RL für alle notwendigen vier Werte im Tabellenblatt A5.1 vorlagen. Als plausibel angesehen werden Werte zwischen 0 und 999 999.

Tabelle 53: Verteilung der Anrechnung von Fachkräften (je Fachbereich und Berufsgruppe). Dargestellt sind die Anteile als Bruchzahlen und in Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken) Anzahl eingeschlossener Einrichtungen n=x. Anzahl ausgeschlossener Einrichtungen n=y.

Anrechnung in Prozent an VKS-Mind ⁴⁸	Davon Anrechnung von Fachkräften im Mittel			Gesamt (Alle Anrechnungstatbestände) (n =)
	Andere Berufsgruppen nach PPP-RL (VKS) (n = 50)	Nicht PPP-RL Berufsgruppen (VKS) (n =)	Fachkräfte ohne direktes Beschäftigungsverhältnis (VKS) (n =)	
75 %–100 %				
50 %–75 %				
25 %–50 %				
10 %–25 %				
5 %–10 %				
< 5 %				

Um die Anrechnungen der Krankenhäuser zu überprüfen erfolgt in Tabelle 54 eine differenzierte Darstellung der Anrechnungen nach den Anrechnungstatbeständen. Zunächst wird für jeden Anrechnungstatbestand tabellarisch dargestellt, wie oft welche Berufsgruppen auf bestimmte Berufsgruppen angerechnet wurden. Im Anschluss werden die aufgeführten Freitexte den Regelaufgaben in Anlage 4 zugeordnet und beschrieben.

⁴⁸ Untere Intervallgrenze jeweils exklusiv, obere jeweils inklusiv.

Tabelle 54: Anrechnung von Fachkräften je Fachbereich und Anrechnungstatbestand. Dargestellt ist der Anteil als Bruchzahl und in Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

Tatsächliche Personalausstattung	Anrechnung Fachkräfte anderer Berufsgruppen nach PPP-RL						
	Ärztinnen und Ärzte	Pflegefachpersonen	Psychotherapeut/innen, Psycholog/innen	Spezialtherapeut/innen	Bewegungstherapeut/innen, Physiotherapeut/innen	Sozialarbeiter/innen, Sozialpädagog/innen, Heilpädagog/innen	Sonstige
Ärztinnen und Ärzte	8/512 (2 %)	0	504/512 (98 %)	0	0	0	0
Pflegefachpersonen	0	56/1256 (5 %)	8/1256 (1 %)	576/1256 (46 %)	264/1256 (21 %)	352/1256 (28 %)	0
Psychotherapeut/innen, Psycholog/innen	...	...	...	...	...	...	...
Spezialtherapeut/innen							
Bewegungstherapeut/innen, Physiotherapeut/innen							
Sozialarbeiter/innen, Sozialpädagog/innen, Heilpädagog/innen							

4.5 Qualifikation des therapeutischen Personals

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. Tabelle 55 zeigt ein Darstellungsbeispiel, welches analog für die Berufsgruppen je Fachbereich 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. Einschlusskriterium für diese Auswertung sind plausible Angaben zu VKS-Ist je Kombination von Berufsgruppe und Teilgruppe in B4. VKS-Ist Werte von „0“ werden einbezogen. Zu beachten ist weiterhin, dass sich die weiteren Qualifikationen nicht zu Gesamt addieren, da auch mehrere Zusatzqualifikationen angegeben werden können.

Tabelle 55: Qualifikation des therapeutischen Personals (je Fachbereich). 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) Anzahl eingeschlossener Einrichtungen $n = x$. Anzahl ausgeschlossener Einrichtungen $n = y$.

a0) Gesamt	Teilgruppe mit zusätzlicher Qualifikation oder Anrechnung ⁴⁹			
	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 %)

⁴⁹ analog für: b) Pflegefachpersonen; c) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Psychologinnen und Psychologen; d) Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten; e) Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten; f) Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen

4.6 Nachtdienst

Neben der tatsächlichen Personalausstattung im Tagdienst soll auch die tatsächliche Personalbesetzung des Nachtdienstes ermittelt werden. 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).

Für die Auswertungen der Nachtdienste wird eine "Auswertungsgrundgesamtheit Nacht" gebildet, die für die folgenden Abbildungen und Tabellen Vergleichbarkeit herstellt. Die einzelnen Schritte der Bildung der Auswertungsgrundgesamtheit werden im Folgenden beschrieben und sind in Tabelle 56 zusammengefasst.

Im ersten Schritt (Basischeck stationäre Behandlung) ausgeschlossen werden alle Einrichtungen, in denen keine stationäre Behandlung stattgefunden hat. Dazu werden einerseits Einrichtungen ausgeschlossen, die keine Planbetten der vollstationären Versorgung dokumentierten, andererseits solche, die im betrachteten Quartal keine Behandlungstage angaben. Weiterhin werden Einrichtungen ausgeschlossen, in denen ausschließlich tagesklinische oder stationsäquivalente Behandlung durchgeführt wurde. Als implausibel ausgeschlossen werden Stationen, in denen für eine der Kategorien Anzahl Nächte < 14 VKS je Nacht oder Anzahl Nächte < 16 VKS je Nacht mehr als die im Quartal vorhandenen Tage dokumentiert wurden. Als implausibel ausgeschlossen werden zudem Datensätze, die auf Feldebene gegen plausible Bereiche verstoßen. Dies betrifft die Felder durchschnittliche Personalausstattung Pflegefachpersonen (VKS je Nacht), davon Bereitschaftsdienst in Höhe von, durchschnittliche Patientenbelegung und Anzahl Patientinnen und Patienten je Pflegefachperson mit einer plausiblen Range zwischen 0 und 999,99. Weiterhin überprüft wird, dass der angegebene Monat im betrachteten Quartal liegt.

Datensätze, die implausible oder fehlende Daten im erforderlichen Dokumentationsbereich enthielten, werden ausgeschlossen. Wenn ein Datensatz einer Station fehlerhaft ist, muss die gesamte Station von der Auswertung ausgeschlossen werden, da in Auswertungen zum Nachtdienst teilweise Summenbildungen im Quartal vorgenommen werden. Eine Einrichtung kann mit weiteren Stationen dennoch in die Auswertungen eingehen. Schritt zwei und drei dienen dem Ausschluss von Stationen, in denen keine nächtliche Betreuung stattgefunden hat: Im zweiten Schritt werden Stationen ausgeschlossen, deren Quartalsmittelwert über die angegebenen Vollkraftstunden im Nachtdienst 0 ist (eingeschlossen: Mittlere VKS-Ist/Nacht \neq 0). Der dritte Schritt schließt Stationen aus, deren Quartalsmittelwert der durchschnittlichen Anzahl Patientinnen und Patienten je Pflegefachperson und Nacht 0 ist.

In einem vierten Schritt wird mit einer Toleranz von 10 Prozent Abweichung die durchschnittliche Patientenbelegung im Quartal mit dem Durchschnitt aus den angegebenen Vollkraftstunden je Nacht im Quartal abgeglichen, indem diese Vollkraftstunden durch 10 dividiert werden, um die Anzahl der anwesenden Pflegefachpersonen zu erhalten, und dann mit der Anzahl der Patientinnen und Patienten je Pflegefachperson multipliziert werden. Erfüllt eine Station diese Bedingung nicht, wird sie von den Auswertungen in diesem Kapitel als implausibel ausgeschlossen. Zudem wird hier geprüft, ob die Angabe der geleisteten VKS als Bereitschaft kleiner oder gleich der Angabe der durchschnittliche Personalausstattung Pflegefachpersonen (VKS je Nacht) ist.

Für alle Auswertungen im Bereich der Nachtdienste gilt zum Zweck der Vergleichbarkeit das stufenweise Vorgehen der Aggregation zunächst auf Stations-, dann auf Einrichtungsebene. Die einzelnen Plausibilisierungsschritte werden in Tabelle 56 dargestellt. Die letzte Zeile stellt die Zusatzbedingungen der Auswertungen Tabelle 58 dar, diese gilt also nicht generell. Die Bedingung ergibt sich aus der Verknüpfung mit Information aus dem Tabellenblatt A2.2.

Tabelle 56: Übersicht zur Auswertungsgrundgesamtheit Nacht (je Fachbereich). (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

erfüllte Bedingungen zur Plausibilisierung der Auswertungsgrundgesamtheit Nacht	Auswertungsgrundgesamtheit Nacht	
	n Stationen auswertbar	n Einrichtungen auswertbar
Basischeck stationäre Behandlung	1671	296
Mittlere VKS-Ist/Nacht $\neq 0$	1594	290
Mittlere Anzahl Patientinnen und Patienten je Pflegefachperson/Nacht $\neq 0$	1502	279
Quercheck über geleistete VKS, Bereitschaftsdienst, Patientinnen und Patienten je Fachkraft und mittlere Belegung	1222	222
Zusatzbedingungen Tabelle 58: mit Behandlungsschwerpunkt und Stationstyp	1206	219

Die Krankenhäuser haben für die Personalbesetzung im Nachtdienst die Anzahl der Nächte anzugeben, in denen zwei definierte Schwellenwerte unterschritten wurden: zum einen die Anzahl der Nächte, in denen weniger als 2,0 Pflegefachpersonen (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 standortübergreifend die Anzahl der Nächte mit < 14 VKS und die Anzahl der Nächte < 16 VKS mit Hilfe von Boxplots dargestellt.

Die stationsbezogenen dokumentierten Datenfelder zur tatsächlichen Besetzung im Nachtdienst werden für die Auswertung in einem ersten Schritt von der Stations- auf die Einrichtungsebene aggregiert. Für Abbildung 13 bedeutet dies, dass jeweils der Mittelwert der Anzahl Nächte im Quartal je Einrichtung über alle Stationen der differenzierten Einrichtungsart mit weniger als 14 zum einen und weniger als 16 VKS pro Nacht zum anderen aus der Dokumentation im Tabellenblatt B5 gebildet wird. In einem Boxplot dargestellt wird jeweils die Verteilung in den Kategorien < 14 VKS und < 16 VKS (Abbildung 13). Lagemaße finden sich im Anhang (Tabelle 63).

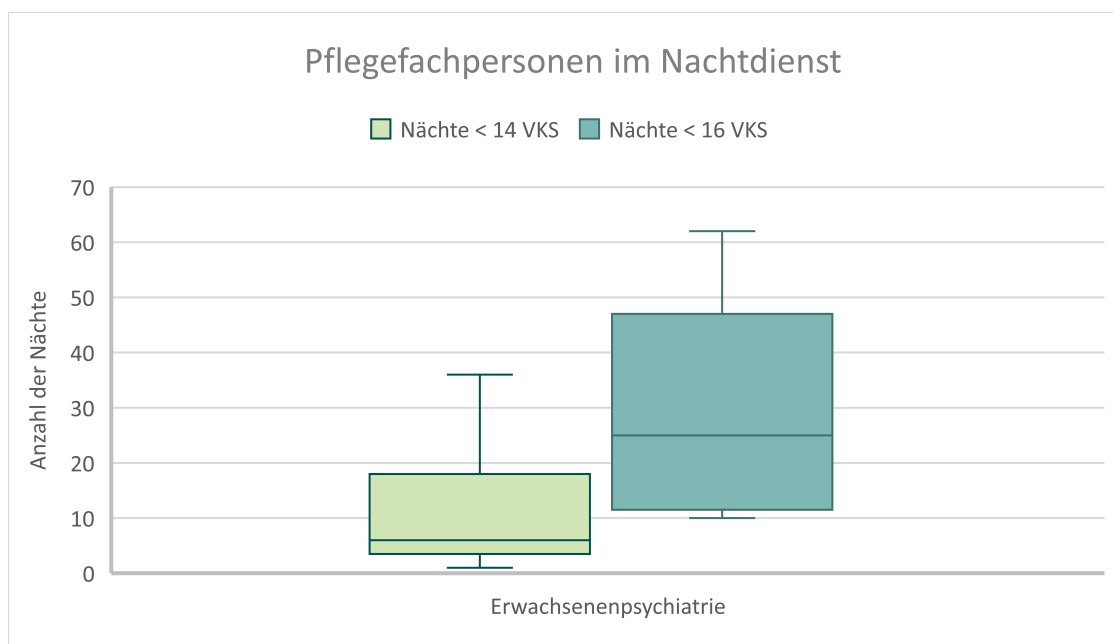


Abbildung 13: Pflegefachpersonen im Nachtdienst (je Fachbereich) Verteilung der Anzahl der Nächte (über die Einrichtungen) pro Quartal in denen < 14 VKS (hellgrün) und < 16 VKS (dunkelgrün) anwesend waren. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken) Anzahl einbezogener Einrichtungen $n = x$, Anzahl ausgeschlossener Einrichtungen $n = y$.

Eine weitere Variable in der Bestimmung tatsächlich vorhandener Nachtdienste ist die Maßzahl der Anzahl Patientinnen und Patienten je Pflegefachperson. Die Maßzahl wird longitudinal dargestellt, um auf Bundesebene Schwankungen in der Patientinnen-Pflegenden-Ratio darzustellen. Gebildet wird der Mittelwert über die Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie, indem zunächst auf Stationsebene, dann auf Einrichtungsebene und anschließend bundesweit über das Feld "Anzahl Patientinnen und Patienten je Pflegefachperson" im Tabellenblatt B5 aggregiert wird.

Abbildung 14 zeigt den Mittelwert der Anzahl Patientinnen und Patienten je Pflegefachperson in einer rollierenden Darstellung im Zeitverlauf über vier Quartale. Das aktuell betrachtete Quartal ist daher in der Grafik ganz rechts zu finden. Lagemaße finden sich im Anhang (Tabelle 64).

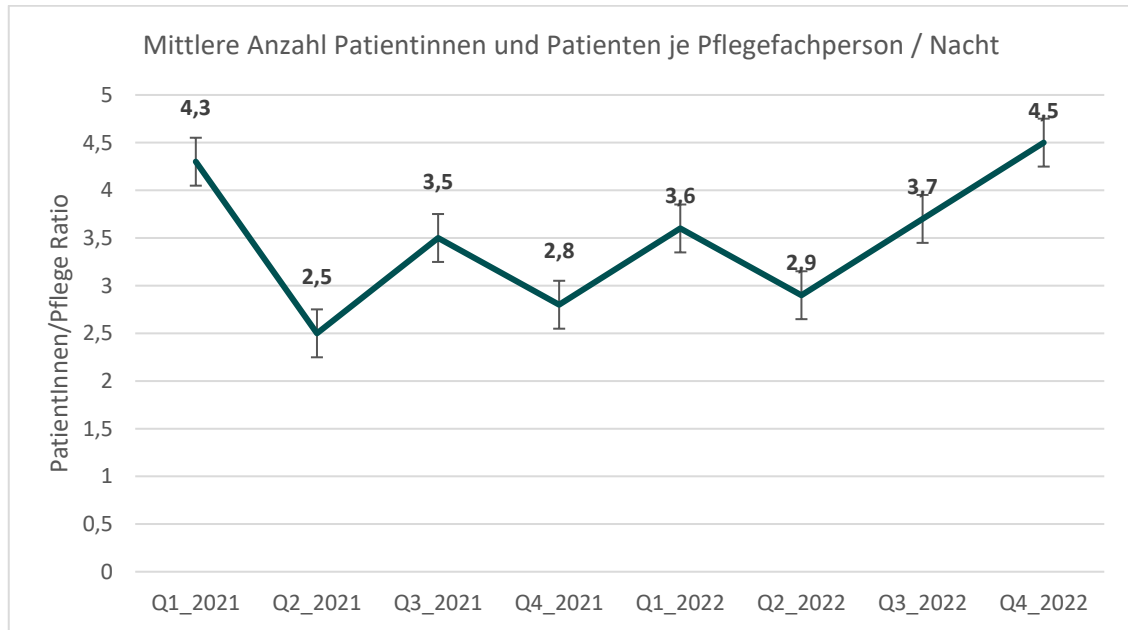


Abbildung 14: Mittlere Anzahl der Patientinnen und Patienten je Pflegefachperson/Nacht im Verlauf (je Fachbereich)

Zusätzlich zu Abbildung 13 und Abbildung 14 kann ab dem 2. Quartal EJ 2021 die Auswertung der tatsächlichen Personalausstattung im Nachtdienst als Tabelle dargestellt werden (Tabelle 57). 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 58).

Zur Betrachtung der tatsächlichen Besetzung des Nachtdienstes fließen die von den Einrichtungen ermittelten durchschnittlichen Werte der Pflegepersonalausstattung und die durchschnittliche Patientenbelegung während des Nachtdienstes für jede Station pro Monat ein (Tabelle 57).

Des Weiteren erfolgt eine Stratifizierung der dokumentierten Nachtdienste nach Stationstypen A bis F. Dabei wird gleichzeitig nach dem Schwerpunkt der Behandlung unterschieden (Tabelle 58). Dabei werden alle Konzeptstationen - unabhängig von ihrer Passung zum Fachbereich - dargestellt.

Tabelle 57: Tatsächliche Besetzung des Nachtdienstes (je Fachbereich). Dargestellt sind Verteilungsmaße sowie Anteile als Bruchzahlen und in Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken) Anzahl einbezogener Einrichtungen $n = x$, Anzahl ausgeschlossener Einrichtungen $n = y$.

	Personalausstattung Pflegefachpersonen (VKS/Nacht)	Bereitschaftsdienst	Patientenbelegung	Anzahl Patientinnen und Patienten je Pflegefachperson (1 Pflegefachperson = 10 Std.)	Anzahl Nächte <16 VKS je Nacht (%)	Anzahl Nächte <14 VKS je Nacht (%)
N	222		222	222	222	222
Mittelwert	23,4		24	1,0	3,2	13,1
Standardabweichung	8,6		12,5	0,3		
Median						
Min						
Max						
25. Perzentil						
75. Perzentil						

Tabelle 58: Mittlere Personalausstattung im Nachtdienst pro Stationstyp (je Schwerpunkt der Behandlung und Fachbereich). (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

Stationstyp	n Stationen	n Einrichtungen	Mittlere VKS-Ist/Nacht (SD)	Mediane VKS-Ist/Nacht	Min	Max
A	210	130	36,9 (73,4)	21,7		
B	76	50	48,4 (114,3)	19,6		
C	192	83	22,5 (78,4)	12,0		
D	20	17	15,2 (4,1)	17,9		
E	206	80	12,2 (44,2)	13,7		
F	3	5	16,0 (-)	17,0		
Gesamt (Alle Stationstypen)	707	365				

Stationstypen: 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).

5 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 Selbstanfragen 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.

6 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 (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 (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 (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 (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 59: Dokumentationspflicht und Vollständigkeit der Einrichtungen gesamt, sowie getrennt nach den Fachbereichen. Die Prozentuierung erfolgt jeweils in Bezug zur Anzahl der datenliefernden Einrichtungen (erste Zeile). (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

Variable	Gesamt ⁵⁰	Erwachsenen- psychiatrie ⁵¹	Kinder- und Jugendpsy- chiarie ⁵²	Psychosomatik ⁵³
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 (Anteil)	60 (9,3 %)	36 (12,0 %)	10 (7,0 %)	14 (7,0 %)
Anzahl der datenliefernden Einrichtungen, die vollständig geliefert haben	261 (40,7 %)	159 (12,0 %)	66 (46,5 %)	36 (18,0 %)
Anzahl der datenliefernden Einrichtungen, die unvollständig geliefert haben				
Anzahl der datenliefernden Einrichtungen, die Blatt A1 unvollständig geliefert haben				
Anzahl der datenliefernden Einrichtungen, die Blatt A2.1 unvollständig geliefert haben				
...				

⁵⁰ Datenliefernde Einrichtungen über alle Fachbereiche

⁵¹ Datenliefernde Einrichtungen, wo Fachbereich 29

⁵² Datenliefernde Einrichtungen, wo Fachbereich 30

⁵³ Datenliefernde Einrichtungen, wo Fachbereich 31

Tabelle 60: Anzahl der Stationen je Einrichtung, tabellarische Verteilungsdarstellung zu Abbildung 2, spaltenweise Prozentuierung. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

Anzahl Stationen	In Anzahl Einrichtung		
	Alle Einrichtungen	Kleine Einrichtungen (< 25 Betten/Plätze)	Große Einrichtungen (≥ 25 Betten/Plätze)
0	0/712 (0 %)	0/431 (0 %)	0/281 (0 %)
1	331/712 (46,5 %)	250/431 (58,0 %)	81/281 (28,8 %)
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
...			

Tabelle 61: Schwerpunkt der Behandlung je Stationstyp (je Fachbereich). Tabellarische Darstellung von Abbildung 4. Die einzelnen Zeilen summieren sich jeweils spaltenweise zu 100 Prozent. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

Stationstypen	Schwerpunkt der Behandlung					
	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 %)					

Schwerpunkt der Behandlung: 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).
Stationstypen: 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)

Tabelle 62: Umsetzungsgrad pro Berufsgruppe und Gesamt im Verlauf (je Fachbereich). Tabellarische Darstellung von Abbildung 11. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

Berufsgruppe	Durchschnittlicher Umsetzungsgrad in Prozent je Quartal							
	1.Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal	5. Quartal	6. Quartal	7. Quartal	8. Quartal
Ärztinnen und Ärzte	103,0 %	102,0 %	99,0 %	98,0 %				
Pflegeschwestern	101,0 %	105,0 %	110,0 %	106,0 %				
Psychologinnen und Psychologen								
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten								
Bewegungstherapeut/innen, Physiotherapeut/innen								
Sozialarbeiter/innen, Sozialpädagogen/innen								
Gesamt	103,8 %	104,3 %	102,7 %	103,0 %				

Tabelle 63: Verteilung der Anzahl der Nächte (über die Einrichtungen) pro Quartal, in denen < 14 VKS und <16 VKS anwesend waren, ergänzende Tabelle zu Abbildung 13.

	Anzahl der Nächte (über die Einrichtungen) pro Quartal in denen < 14 VKS und <16 VKS anwesend waren					
	Erwachsenenpsychiatrie		Kinder- und Jugendpsychiatrie		Psychosomatik	
	< 14 VKS	< 16 VKS	< 14 VKS	< 16 VKS	< 14 VKS	< 16 VKS
Anzahl N						
Mittelwert						
Standardabweichung						
Median						
Minimum						
Maximum						
25. Perzentil						
75. Perzentil						

Tabelle 64: Anzahl der Patientinnen und Patienten je Pflegefachperson/Nacht im Verlauf, Darstellung je Fachbereich, ergänzende Tabelle zu Abbildung 14.

	Anzahl der Patientinnen und Patienten je Pflegefachperson/Nacht im Verlauf							
	1.Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal	5. Quartal	6. Quartal	7. Quartal	8. Quartal
Anzahl N								
Mittelwert								
Standardabweichung								
Median								
Minimum								
Maximum								
25. Perzentil								
75. Perzentil								