

# Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik

**Auswertungs- und Berichtskonzept zur Strukturabfrage  
gemäß PPP-RL für das Erfassungsjahr 2024**

## Informationen zum Bericht

### BERICHTSDATEN

---

#### **Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik. Auswertungs- und Berichtskonzept zur Strukturabfrage gemäß PPP-RL für das Erfassungsjahr 2024**

Ansprechperson	Dr. Magdalena Cordes
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, überarbeitete Version vom 13. Juni 2023, erneut angepasste Version vom 03. April 2024
Datum aktualisierte Abgabe	03. April 2024

### AUFTRAGSDATEN

---

Auftraggeber	Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
Name des Auftrags	Übernahme von Aufgaben gemäß der PPP-RL
Datum des Auftrags	14. Mai 2020

## Kurzfassung

### 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 2024) bzw. Jahresberichten (ab 2025).

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 einrichtungsspezifischen 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; für die Jahre 2022 bis 2026 ein Umsetzungsgrad von 90 Prozent (Q1 und Q2 2024: 95 Prozent)<sup>1</sup>, für die Jahre 2027 und 2028 ein Umsetzungsgrad von 95 Prozent und ab dem Jahr 2029 wird ein Umsetzungsgrad von 100 Prozent gefordert. Wird 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.

---

<sup>1</sup> Für die Jahre 2020 bis 2023 waren die psychosomatischen Einrichtungen von der Ermittlung des Umsetzungsgrades und der Mindestvorgaben ausgenommen (§ 16 Abs. 4 PPP-RL). Ab dem Erfassungsjahr 2024 ist die Ermittlung des Umsetzungsgrades und der Mindestvorgaben auch für die psychosomatischen Einrichtungen vorzunehmen.

## **Ergebnisse**

Die Ergebnisse werden jeweils stratifiziert nach den differenzierten Einrichtungen „Erwachsenenpsychiatrie“, „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ sowie „Psychosomatik“ 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 erstmalig 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). Dabei ist die stationsbezogene Dokumentation für die Erfassungsjahre 2023 bis 2025 nur noch für eine jährlich wechselnde repräsentative Stichprobe der Einrichtungen verpflichtend (§ 16 Abs. 8 PPP-RL). Die Auswertung erfolgt überwiegend auf Einrichtungsebene (§ 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 implausible 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 Einrichtungs- und Berufsgruppenebene 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 Konzepts.

## **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, ins-

besondere 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.

.

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 Strukturerhebung 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.

## Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis .....	7
Abbildungsverzeichnis .....	8
Abkürzungsverzeichnis .....	9
1 Hintergrund .....	10
1.1 Auftragsverständnis .....	11
1.2 Methodisches Vorgehen .....	13
1.3 Allgemeine Empfehlungen .....	14
2 Datenflusskonzept .....	20
3 Methodik .....	24
3.1 Vollständige sowie plausible Datensätze und Bereiche .....	24
3.2 Datengrundlage .....	25
3.2.1 Datenqualität .....	25
3.2.2 Datenbereinigung .....	26
3.2.3. Plausibilisierung .....	27
3.2.4. Limitationen .....	29
4 Ergebnisse .....	32
5 Fazit .....	33
6 Literaturverzeichnis .....	34
Impressum .....	35

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Auszug aus den Variablen des Blattes aw_einrichtung. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken) .....	16
Tabelle 2: Auszug aus den Variablen des Blattes .....	16
Tabelle 3: Verknüpfungsabfrage der aw_einrichtung und korridordaten.....	17
Tabelle 4: Identifikation und Umgang mit standortidentifizierenden Variablen .....	18
Tabelle 5: Darstellung der Fristen für die verschiedenen Datenlieferungen.....	22
Tabelle 6: Darstellung der Fristen für die Weiterleitung der Mitteilungen .....	23

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Quartalsweise und jährliche Datenflüsse .....	21
--	----



## Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AG PPP	Arbeitsgruppe Personalausstattung Psychiatrie Psychosomatik
differenzierte Einrichtung	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
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
KIS	Krankenhausinformationssystem
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
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.

# 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. 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). Personalanhaltszahlen für psychosomatische Krankenhäuser wurden vor fast 30 Jahren wissenschaftlich publiziert (Heuft et al. 1993). Die Anhaltszahlen der Psych-PV 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 Mindestpersonalsvorgaben für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser festzulegen (Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)). Die dazu beschlossene Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)<sup>2</sup> ist seit dem 1. Januar 2020 in Kraft. Um einen Teil der Strukturqualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung abzubilden, definiert die Richtlinie Mindestanforderungen an die Personalausstattung. Hierbei sind die Nachweise zur personellen Struktur differenziert für die Erwachsenenpsychiatrien, Kinder- und Jugendpsychiatrien sowie für psychosomatische Einrichtungen zu erbringen. Die Nachweispflichten gelten für Krankenhäuser nach § 108 SGB V mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen, die erwachsene oder minderjährige Patientinnen und Patienten vollstationär, teilstationär oder stationäquivalent 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 Personalmindestvorgaben einer Einrichtung sind laut Richtlinie erfüllt, wenn keine der Berufsgruppen diesen Umsetzungsgrad unterschreitet (§ 7 Abs. 4 PPP-RL). Zum anderen sollen weitere

---

<sup>2</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), in der Fassung vom 19. September 2019, zuletzt geändert am 15. September 2022, in Kraft getreten am 1. Januar 2023. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/113/> (abgerufen am 05.05.2023).

Strukturdaten erhoben werden, die der datengestützten Weiterentwicklung (Anpassung bzw. Neuentwicklung) einiger Bereiche der Richtlinie dienen sollen, wie zum Beispiel die Mindestvorgaben für die Psychosomatik (§ 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 2020). 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 von einer jährlich wechselnden repräsentativen Stichprobe zu dokumentieren, die einrichtungsbezogenen Daten von allen Einrichtungen quartalsweise.

### Zielsetzung und Beauftragungsinhalte

Gegenstand der Auftragsbearbeitung ist die konzeptionelle Erarbeitung eines Berichtskonzeptes auf Grundlage eines Servicedokumentes<sup>3</sup> 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

---

<sup>3</sup> Für die Erfassungsjahre 2020 bis 2024 dokumentieren die psychiatrischen Einrichtungen ihre Personalausstattung übergangsweise über ein Excel-Dokument (Servicedokument), bis es voraussichtlich ab dem Erfassungsjahr 2025 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)<sup>4</sup> 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.

---

<sup>4</sup> Regelungen gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser – Qb-R. In der Fassung vom 16. Mai 2013, zuletzt geändert am 20. November 2020, in Kraft getreten am 23. Dezember 2020. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/39/> (abgerufen am 11.01.2021).

Ziel des vorgelegten Konzeptes ist es, in Kombination mit dem vorgelegten Musterbericht Strukturabfrage PPP, Empfehlungen zur Darstellung für die nach Anlage 3 der PPP-RL erhobenen Daten auszusprechen.

Das Konzept für die Erfassungsjahre 2020, 2021<sup>5</sup>, 2022<sup>6</sup> und 2023 wurde durch das Plenum abgenommen und zur Veröffentlichung auf der Internetseite des IQTIG empfohlen. Die vorliegende Berichtsversion wurde aufgrund von Änderungen in der Datenerhebung und –struktur, die aus der Richtlinienänderung im September 2023 resultieren, für das Erfassungsjahr 2024 angepasst.

## 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)<sup>7</sup> analysiert, um mögliche Parallelen bei den Anforderungen an die Auswertung und Darstellung der Strukturabfrage im Rahmen der PPP-RL festzustellen (IQTIG 2020).

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

Das IQTIG ist zudem mit der Erstellung eines Auswertungs- und Berichtskonzepts für eine weitere Strukturrichtlinie, der Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)<sup>8</sup>, beauftragt worden. In einem dritten Schritt wurden deshalb die Beauftragungen zu den Strukturhebungen 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

---

<sup>5</sup> Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe des Auswertungs- und Berichtskonzepts zur Berichtslegung gemäß § 11 PPP-RL für die Erfassungsjahre 2020 und 2021 des IQTIG zur Veröffentlichung und Umsetzung vom 21. September 2021. URL: <https://www.g-ba.de/beschluesse/5094/>

<sup>6</sup> Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe des Auswertungs- und Berichtskonzepts des IQTIG zur Veröffentlichung und Umsetzung unter Berücksichtigung konkretisierender Auswertungsfragen vom 18. August 2022. URL: <https://www.g-ba.de/beschluesse/5589/>

<sup>7</sup> Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen – QFR-RL. In der Fassung vom 20. September 2005, zuletzt geändert am 20. November 2020, in Kraft getreten am 1. Dezember 2020. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/41/> (abgerufen am 29.01.2021).

<sup>8</sup> Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung zur Versorgung von Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur / QSFFx-RL). In der Fassung vom 22. November 2019, zuletzt geändert am 20. November 2020, in Kraft getreten am 1. Januar 2021. URL: <https://www.g-ba.de/beschluesse/4069/> (abgerufen am 07.01.2021).

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 2023 ergaben sich einige Änderungen, wie zum Beispiel die Ermittlung einer repräsentativen Stichprobe nach § 16 Abs. 8 und damit verbunden eine veränderte Nachweiserfassung. Des Weiteren wurden die Behandlungsbereiche nach § 3 überarbeitet, ein neuer Ausnahmetatbestand und die Mindestvorgaben der Pflegefachpersonen gemäß § 6 Abs. 7 PPP-RL im Nachtdienst eingeführt. Zu den Änderungen ab EJ 2024 gehören Anpassungen bei der Erhebung der Mindestvorgaben im Nachtdienst, die auslaufende Übergangsregelung gemäß § 16 Abs. 4 für die Psychosomatik, Änderungen in der Erfassung der Behandlungsbereiche (§ 16 Abs. 9) und die Erhebung der Regelaufgaben mittels OPS-Kodes. Da zum Zeitpunkt der Erstellung des Auswertungs- und Berichtskonzeptes noch Unklarheiten bezüglich der Datenbasis bei der Erfassung der Regelaufgaben bestehen, empfiehlt das IQTIG vorerst keine Aufnahme der Auswertungen der Regelaufgaben in den Quartalsberichten. Geplante neue Auswertungen zu den anderen genannten Themen sind dem Musterbericht EJ 2024 (Anlage zum ABK) zu entnehmen.

Gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL können Standorte die folgenden differenzierten Einrichtungen aufweisen: Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Psychosomatik.

## 1.3 Allgemeine Empfehlungen

### **Auswertungskonzept**

Das Auswertungskonzept beruht auf den zu erhebenden Daten, die in Anlage 3 der PPP-RL vorgegebenen 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 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. 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 erfolgen (Tabelle 1). So kann zum Beispiel ausgewertet werden, ob sich die Abweichung der Behandlungstage zwischen dem aktuellen und dem Referenzjahr (Korridordaten) bei Einrichtungen hinsichtlich des Raumtyps unterscheidet (Tabelle 2).

Tabelle 1: Auszug aus den Variablen des Blattes aw\_einrichtung. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

aw_einrichtung						
id	daten_id	quartal	referenz_jahr	diff_einrichtung	raumtyp	...
46302	32103	2	2022	29 - Psychiatrie (Erwachsene)	Ländlicher Raum	
46303	32118	2	2022	29 - Psychiatrie (Erwachsene)	Ländlicher Raum	
46304	32119	2	2022	29 - Psychiatrie (Erwachsene)	Städtischer Raum	

Tabelle 2: Auszug aus den Variablen des Blattes korridordaten. (Daten fiktiv, nur zu Illustrationszwecken)

korridordaten								
id	daten_id	KORRI-DOR_WERT	KORRI-DOR_BEH-BEREICH	BEH-TAGE_REFERENZ	BEHTAGE	KORRIDOR_KAT	ABWEICHUNG_NACH_OBEN	...
46302	32103	1,381	A1	63	150	3	1	
46303	32118	0,0563	P2	1492	1576	2	1	
46304	32119	0,1939	A6	892	719	3	0	



Tabelle 3: Verknüpfungsabfrage der aw\_einrichtung und korridordaten

Abfrageergebnis											
id	da- ten_id	quar- tal	refe- renz_ jahr	diff_einrichtung	raumtyp	KORRI- DOR_W ERT	KORRI- DOR_BE HBE- REICH	BEH- TAGE_RE- FERENZ	BEHTAGE	KORRIDOR_KAT	ABWEI- CHUNG_NACH _OBEN
46302	32103	2	2022	29 - Psychiatrie (Er- wachsene)	Ländli- cher Raum	1,381	A1	63	150	3	1
46303	32118	2	2022	29 - Psychiatrie (Er- wachsene)	Ländli- cher Raum	0,0563	P2	1492	1576	2	1
46304	32119	2	2022	29 - Psychiatrie (Er- wachsene)	Städti- scher Raum	0,1939	A6	892	719	3	0

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

Tabellenblatt im Servicedokument	Variable	Vorgehen
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
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

Bisher mussten alle Einrichtungen sowohl quartals- und einrichtungsbezogen (Teil A des Nachweises) als auch monats- und stationsbezogen (Teil B des Nachweises) dokumentieren. Mit dem Beschluss<sup>9</sup> vom 02. November 2022 ist der Monats- und Stationsbezug in der Zeit vom 01. Januar 2023 bis zum 31. Dezember 2025 nur von einer fünf Prozent-Stichprobe zu dokumentieren, die jährlich wechselt (§ 16 Abs. 8 PPP-RL). Für die Erhebung dieser repräsentativen Stichprobe ermittelt das IQTIG für das Erfassungsjahr 2023 eine Grundgesamtheit der Einrichtungen, welche sich auf die, aus dem Verfahren nach § 11 PPP-RL, bekannten Krankenhausstandorte des zweiten Quartals 2022 bezieht. Anhand dieser Grundgesamtheit wird eine repräsentative Stichprobe von fünf Prozent der differenzierten Einrichtungen gezogen<sup>10</sup>. Anschließend informiert das IQTIG die „gezogenen“ Einrichtungen und ihre Standorte via Einschreiben, dass die differenzierte Einrichtung XY im Rahmen der Stichprobenziehung ermittelt wurde und somit eine ganzjährige Dokumentation des Monats- und Stationsbezuges (Teil B des Nachweises) verpflichtend ist.

Mit Beginn des neuen Erfassungsjahres dokumentieren die Einrichtungen 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.

---

<sup>9</sup> Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Ermittlung einer Stichprobe nach § 16 Absatz 8 Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie vom 02. November 2022. URL: <https://www.g-ba.de/beschluesse/5713/>

<sup>10</sup> Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe des Stichprobenkonzepts gemäß § 16 Absatz 8 PPP-RL des IQTIG zur Veröffentlichung vom 20. April 2023. URL: <https://www.g-ba.de/beschluesse/5979/>

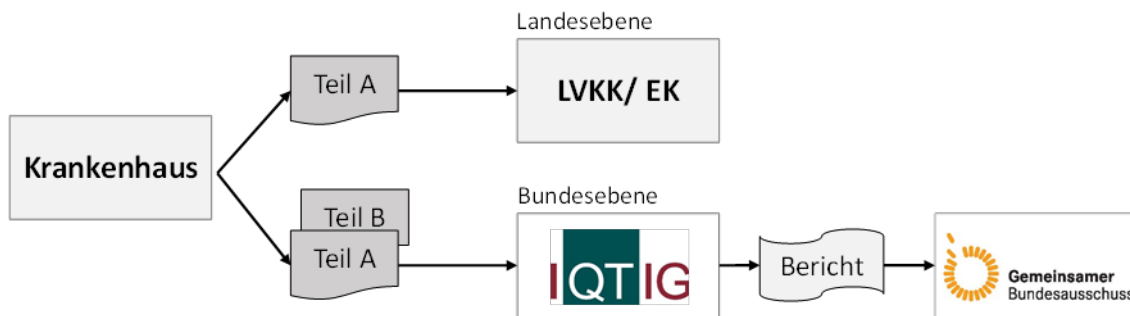


Abbildung 1: Quartalsweise und jährliche Datenflüsse im Rahmen der PPP-RL (schematische Darstellung). LVKK / EK: Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen. Teil A: Standort- und quartalsbezogene Dokumentation der Datenfelder gemäß Anlage 3 der PPP-RL. Teil B: Stations- und monatsbezogene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

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

<b>Daten</b>	<b>Datenlieferfrist</b>	<b>Ende Prüfzeitraum (inkl. Rückmeldungen/Erinnerung) / Korrekturfrist</b>	<b>Auswertungszeitraum</b>	<b>Berichtsabgabe</b>
Q1 des EJ 2024	15.05.2024	01.06.2024	22.06. – 30.07.2024	31.08.2024
Q2 des EJ 2024	15.08.2024	01.09.2024	15.09. – 30.10.2024	31.10.2024
Q3 des EJ 2024	15.11.2024	01.12.2024	15.12. – 30.01.2025	31.01.2025
Q4 des EJ 2024	15.02.2025	01.03.2025	15.03. – 29.04.2025	30.04.2025

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. Das IQTIG übernimmt die Weiterleitung der Mitteilung über die Nichterfüllung der Dokumentationspflichten an den G-BA und an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, gemäß § 11 Absatz 12 Satz

3 PPP-RL. Hierfür wurden bis zum 01. Januar 2025 folgendes Vorgehen durch den G-BA festgelegt. Das IQTIG erstellt zu den Standorten, die der Dokumentationspflicht nicht oder nicht vollständig nachgekommen sind, eine Liste im maschinenlesbaren Format (z.B. Excel), welche die bundesbezogenen und jeweils getrennt die regionalen Ergebnisse beinhaltet. Diese wird vierteljährlich (Tabelle 6) von dem IQTIG an den G-BA übermittelt und nach dessen Freigabe vom IQTIG an die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen übergeben.

Tabelle 6: Darstellung der Fristen für die Weiterleitung der Mitteilungen gemäß § 11 Abs. 12 (3) PPP-RL<sup>11</sup>.

<b>Daten</b>	<b>Datenlieferfrist</b>
Q1 des EJ	15.06. des Erfassungsjahres
Q2 des EJ	15.09. des Erfassungsjahres
Q3 des EJ	15.12. des Erfassungsjahres
Q4 des EJ	15.03. des Erfassungsjahres + 1

---

<sup>11</sup> Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG: Weiterleitung der Mitteilung gemäß § 11 Absatz 12 Satz 3 vom 18. August 2022. URL: <https://www.g-ba.de/beschluesse/5586/>.

## 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.

### 3.1 Vollständige sowie plausible Datensätze und Bereiche

Die Vollständigkeit der Datenlieferungen kann nicht überprüft werden, da es keine definierte Sollstatistik über die meldepflichtigen Einrichtungen gibt.

Überprüft werden kann aber mithilfe der PPP-Registrierungsdatenbank, welche Standorte mit maximal drei differenzierten Einrichtungen, die sich für das Verfahren registriert haben, geliefert (vollständig oder unvollständig, s.u.) oder nicht geliefert haben.

Die Standorte laden die erforderlichen Daten aller am Standort vorhandenen differenzierten Einrichtungen mithilfe des Servicedokuments Teil A oder Teil A und B (nur von der 5 %-Stichprobe auszufüllen) im PPP-Webportal hoch. Dabei erfolgt eine erste formale Prüfung bereits beim Upload:

Für die differenzierten Einrichtungen, welche in der repräsentativen Stichprobe gemäß §16 Abs. 8 enthalten sind, gilt ein Quartalsdatensatz als vollständig, wenn dieser aus Teil A und B sowie den entsprechenden Unterschriftenblättern besteht. Für die restlichen differenzierten Einrichtungen gelten diese Bedingungen nur in Bezug auf Teil A des Servicedokuments. Als „fehlerhaft abgewiesen“ werden Datensätze, die nicht die Formate xls(x) für den Teil A und/oder Teil B aufweisen sowie in dem Fall, dass das Format der Unterschriftenblätter nicht dem Format pdf entspricht. Des Weiteren gilt für die repräsentative Stichprobe, dass Datensätze als „fehlerhaft abgewiesen“ zählen, wenn diese nicht aus allen vier Teilen bestehen.

Ein Datenprüfprogramm prüft die Excel-Daten nach der Annahme auf Plausibilität sowie Vollständigkeit gemäß den Vorgaben der Anlage 3 der PPP-RL. Diese Prüfungen beziehen sich damit auf die für die einzelnen Datenfelder definierten plausiblen Bereiche und verpflichtenden Angaben.

Den Standorten wird ein Feedback übermittelt, das getrennt auf zwingend zu korrigierende und mögliche Fehler hinweist. Zwingend zu korrigieren sind zum einen Verletzungen von Schlüsselfeldern, zum anderen fehlende oder fehlerhafte Angaben in den definierten Feldern zur Erfüllung der Mitwirkungspflicht.

Als Schlüsselfelder definiert sind die Angaben Jahr, Quartal, Haupt-IK, Standort-ID, differenzierte Einrichtung (mindestens eine) und Station (mindestens eine) sowie der Stichprobenstatus je differenzierter Differenzierung. Datensätze mit inkorrekten Schlüsselfeldern sind nicht auswertbar.



Durch einen neuen Upload (nur komplette Uploads möglich) können Korrekturen in dem Sinne vorgenommen werden, dass die neu übermittelten Daten die bestehenden Daten ersetzen.

Als vollständig im Sinne der Dokumentationspflicht der Einrichtungen wird eine Datenlieferung angesehen, wenn alle verpflichtend zu füllenden Bereiche des Servicedokuments Teil A und Teil A und B der Stichprobe gemäß § 16 Abs. 8, gefüllt sind.

Auch wenn bei Eingang im Webportal Hinweise zu nicht eingehaltenen plausiblen Bereichen gemäß Anlage 3 der PPP-RL ausgegeben werden, finden dennoch alle Daten Eingang in die Datenbank. Für die Auswertungen kann so unterschieden werden zwischen fehlenden und implausiblen Daten.

## **3.2 Datengrundlage**

Die Datengrundlage für die Auswertungen bilden die von den Einrichtungen gelieferten ausgefüllten Servicedokumente Teil A sowie Teil A und B, die die in Anlage 3 der PPP-RL vordefinierten zu erhebenden Tabellen bzw. Datenfelder abbilden.

Eingang in die Berichte finden alle plausiblen Daten, die innerhalb der per Richtlinie definierten Fristen (§ 11 PPP-RL) geliefert wurden. Darüber hinaus wurden gemäß dem Prinzip der Datensparsamkeit auch die Daten, die nach Ende der Korrekturfrist innerhalb der Frist von 90 Tagen gemäß §13 Abs. 8 der PPP-RL geliefert wurden, in einem Bericht dargestellt, wenn sie bereits vorlagen.

In weiteren Berichtserstellungen wird zur Beschleunigung der Ergebnisergebnisgewinnung für den Dateneinschluss auf das Ende der Korrekturfrist abgestellt. Zentrale Werte werden in den Verlaufsbeurteilungen des folgenden Berichtsquartals abgebildet. Hierdurch kann sich ein Verlaufswert im aktuellen Bericht dann gegenüber dem vorangegangenen Bericht ändern.

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.

### **3.2.1 Datenqualität**

Die Datenqualität bemisst sich im Allgemeinen daran, wie gut die erhobenen Daten für ihre Zweckbestimmung geeignet sind. Im Fall der PPP-RL sollen die Daten die Strukturqualität in den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen in Deutschland abbilden, um Qualitätsvorgaben zur Personalausstattung zu prüfen und weiterzuentwickeln. Damit die Daten diesem Zweck genügen können, werden daher formale Erwartungen an die Vollständigkeit der abgefragten Information, die Einhaltung plausibler Bereiche auf Feldebene und die logische Verknüpfbarkeit der Information gestellt.

Darüber hinaus bemisst sich die repräsentative Datenqualität daran, wie gut die Daten die Realität abbilden. Die Beurteilung wird allerdings dadurch erschwert, dass zur Überprüfung nur reale Modelle miteinbezogen werden können. Für die Erfüllung der Zweckbestimmung werden in einer

entsprechenden Tabelle („Übersicht zur Datenqualität“) mehrere Aspekte beleuchtet, ohne dass hier ein Anspruch auf Vollständigkeit der Darstellung zur Datenqualität erhoben würde. Vielmehr geht es um einen Eindruck zur Geeignetheit der Daten, der sich auch im Vergleich der Quartale untereinander ergänzt.

Für die Auswertbarkeit zu einer bestimmten Fragestellung ist jeweils eine Verkettung unterschiedlicher Information vorausgesetzt. Mit jeder weiteren Information, die zur Bildung des auswertbaren Pools zu einer Fragestellung herangezogen wird, können daher weitere Einrichtungen nicht auswertbar sein.

So nimmt z.B. die Anzahl der auswertbaren Einrichtungen ab, wenn die Stationsebene betrachtet wird. Auswertungen auf Stationsebene benötigen Daten aus Teil B der Dokumentation.

### **3.2.2 Datenbereinigung**

Unter "Datenbereinigung" kann der Vorgang verstanden werden, bei dem eingehende Originaldaten beim Schreiben in eine Auswertungsdatenbank ausgeschlossen, ersetzt oder imputiert werden. Dies geht mit einem Eingriff in die Integrität und Vollständigkeit der Daten einher. Gerade im Fall neuer Auswertungen, für deren Konzeption keine Daten zugrunde lagen, kann es sinnvoll sein, diese Eingriffe in die übermittelten Daten nur eingeschränkt durchzuführen, um eine Datenbasis zu erhalten, die eine Anpassung der Auswertungen oder der Festlegung plausibler Wertebereiche ermöglicht. Aus diesem Grund werden nur wenige Datenbereinigungen 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 in der Datenbank belassen. Diese Ergänzungen betreffend 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 führt dazu, dass es sehr 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 müssen (z.B. "A3.1 Gesamtzahl Behandlungstage" oder "A3.2 Anzahl Patientinnen und Patienten am Stichtag") werden kaufmännisch gerundet und bereinigt in die Datenbank eingetragen. Des Weiteren wurden 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 ein.

## **Variierende Textbezeichner**

Es werden Daten aufbereitet, da unterschiedliche Schreibweisen zu Problemen führten: In den verschiedenen Versionen des Servicedokuments wurden Textbezeichner leicht variiert, so dass auch in aktuellen Dokumentationen gelegentlich noch veraltete Schreibweisen zu finden sind. Auch wurden 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) wurde für ja/nein(/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.

### **3.2.3. Plausibilisierung**

Als plausible Bereiche wurden zunächst auf Feldebene die in der Anlage 3 der Richtlinie genannten zulässigen Werte übernommen. Zusätzlich wurde weitergehend logisch eingeschränkt, dass die dokumentierte Anzahl der Nächte einer Station im Quartal die tatsächliche Anzahl der Nächte des Quartals nicht übersteigen darf.

In entsprechenden Tabellen werden - getrennt nach den differenzierten Einrichtungen - die Vorgaben der PPP-RL bzw. die Ergebnisse der Plausibilitätsprüfungen dargestellt. Die Gesamtheit

der plausiblen Bereiche findet sich in Anlage 3 der PPP-RL. 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.

Berücksichtigt werden in der Darstellung alle übrigen in die Auswertung eingeflossenen und in der PPP-RL mit plausiblen Intervallen bedachten Datenfelder. Wenn in die Auswertungen bereinigte Felder einfließen, werden diese zusätzlich in den entsprechenden Tabellen dargestellt.

Die ausgewiesenen fehlenden und implausiblen Anteile zeigen die nicht auswertbaren Anzahlen und Anteile auf Feldebene. Durch die Verknüpfung von Feldern für die Auswertungen können entsprechend größere nicht-auswertbare Anzahlen resultieren. Die nicht auswertbaren Anzahlen (als Summe aus fehlenden und implausiblen) ergeben sich aus der einfachen Rechnung: maximal auswertbare minus vorhandene Entitäten in einer Auswertung.

Für die Auswertungen 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 (Excel-Sheets A2.1, A3.1, A3.3, A5.1), 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 auf Excel-Sheet 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 erwartete maximale Anzahlen zu Stichtagen je Station und/oder Behandlungsbereich werden derzeit nicht berücksichtigt.
5. Die Prüfung eines Datensatzes bildet eine Kette vorhandener Plausibilisierungen: Es müssen alle prüfbareren 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.
6. Ab den Auswertungen zum Erfassungsjahr 2023 gehen die Daten einer Station nur noch für die differenzierten Einrichtungen der Stichprobe in die Auswertung ein, wenn die Station in beiden Teilen des Servicedokuments dokumentiert wurde. Hat eine differenzierte

Einrichtung auf Basis dieser Prüfung keine auswertbare Station, wird sie von der Auswertung ausgeschlossen. In Verlaufsbeurteilungen wird für vorangegangene Quartale ebenso verfahren.

#### **3.2.4. Limitationen**

Neben den formalen Hinweisen zur Datenqualität lassen sich inhaltliche Limitationen identifizieren. Ein generelles Problem in der Schaffung einer soliden Datenbasis für die Weiterentwicklung der PPP-RL könnte in der anhaltenden pandemischen Situation begründet liegen. Durch die Corona-Pandemie mussten Einrichtungen schließen, mit plötzlichen Quarantänen umgehen oder Stationen umwidmen bzw. Ausweichkapazitäten bereitstellen, was insgesamt zu starken Schwankungen in der Belegung geführt haben könnte. Nach Einschätzung der Expertengruppe liegt die Auslastung in den Fachbereichen nach wie vor nicht auf demselben Niveau wie vor Beginn der Pandemie. In allen Einrichtungen kommt es nach Einschätzung der Expertengruppe zu Wartelisten, auch kommt es zu bundesweiten Überbelegungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Durch Corona kann es zu Strukturveränderungen der Patientenklientel mit deutlich fortgeschrittener und behandlungsintensiverer Erkrankung gekommen sein. Gleichzeitig muss auch bedacht werden, dass eine volle Auslastung der eigentlich vorgesehenen Kapazitäten in vielen Bereichen weiterhin z.B. aufgrund einzuhaltender Abstände in Therapieräumen und notwendigem Vorhalten von Platz für Isolierraum nicht möglich sein könnte. Auch kann die höhere Belastung durch Intensivbereiche während der Pandemie ggf. nicht sinnvoll in den vorhandenen Klassifikationen abgebildet werden.

Eine Möglichkeit, die Daten in den Kontext der Pandemie zu heben, bestünde darin, die Umsetzungsgrade mit einem Auslastungsfaktor, der mithilfe der geleisteten Behandlungstage im Verhältnis zu den angegebenen Planbetten und Planplätzen ermittelt würde, zu gewichten. Die Aussagefähigkeit der Daten ist ohne diese Maßnahme ggf. eingeschränkt. Allerdings fehlt auch ein Vergleichswert zur normalen Auslastung (Verhältnis der dokumentierten Behandlungstage zu angegebenen vollstationären Betten und teilstationären Plätzen). Zusätzlich werden aber Entlassstage, Verlegungstage und Tage, an denen eine Nachtbelastung beginnt, im Rahmen der PPP-RL nicht mitgezählt, so dass für ein durchgängig belegtes Bett unterschiedlich viele Behandlungstage gezählt werden, je nachdem, ob hier viele kurze oder wenige lange Behandlungen zugrunde liegen. Eine Aussage über Planbetten und deren Auslastung ist so im Rahmen der Dokumentation gemäß PPP-RL eventuell gar nicht möglich.

Aus den Daten wird insgesamt nach Einschätzung der Expertengruppe ein Trend ersichtlich. Vermutet werden in den kommenden Quartalen weiter abnehmende Werte. Während im 1. Quartal 2022 in vielen Häusern noch eine Minderbelegung vorhanden war, die die Erfüllung der Mindestvorgaben schönt, zeigen die Daten des 2. Quartals 2022 deutlich schlechtere Werte. Für den vermuteten weiteren Abwärtstrend spielt auch die zulässige und ab 2023 beschränkte Anrechenbarkeit von Fachkräften eine wichtige Rolle.

Zu einzelnen Punkten der Richtlinie respektive der Datenlage dazu nahmen die Expertinnen und Experten folgende Einschätzungen vor:

Die Richtlinie nimmt einen Belegungskorridor in einem Behandlungsbereich von 2,5 Prozent zwischen den Behandlungstagen des aktuellen und des Referenzquartals an. Durch die gegebenenfalls sehr unterschiedlichen Ergebnisse in den gezählten Behandlungstagen können auch diese Vergleichswerte stark voneinander abweichen. Die geringen Anteile der Einrichtungen, die sich innerhalb dieses Korridors bewegen, deuten nach Meinung der Expertinnen und Experten darauf hin, dass die Korridorregelung weder zur Bestimmung einer ausreichenden Personalausstattung bei schwankender Belegung noch zur Festlegung des heranzuziehenden Bezugsjahrs zur Berechnung der Mindestvorgabe eine praktikable Lösung bietet.

Der belastbaren Gegenüberstellung von Ergebnissen der Häuser der regionalen Pflichtversorgung und Häusern ohne regionale Pflichtversorgung steht die nicht-eindeutige Dokumentationslage entgegen. Ein Problem scheint die selbst vorzunehmende Dokumentation als regionaler Pflichtversorger durch die Einrichtungen darzustellen. Es gibt unterschiedliche landesrechtliche Regelungen, die diese Verpflichtung transportieren können, so z.B. die Aufnahme in den Landeskrankenhausplan. Eventuell wird regionale Pflichtversorgung auch teilweise fälschlicherweise verstanden als "Versorgungspflicht" anstelle von "regionaler Pflicht zur Aufnahme im Fall einer notwendigen Aufnahme". Zudem muss beachtet werden, dass bei Dokumentation einer regionalen Pflichtversorgung eine Minderung der Minutenwerte um zehn Prozent berechnet werden kann. Bei der Interpretation der in dem hier vorliegenden Bericht dokumentierten Angaben sollte dies beachtet werden.

Die dokumentierten Anteile scheinen aus Expertensicht nicht plausibel, beispielsweise die Angaben, die in der Psychosomatik hierzu gemacht wurden (Beispielwert: im 1. Quartal 2021 39,6 % der Einrichtungen (103/260)). Eine Definition der regionalen Pflichtversorgung sollte erfolgen.

Ähnlich problembehaftet wird die fehlende Definition der 24-Stunden-Präsenzdienste (wer muss genau anwesend sein?) und der Behandlungstage mit Rechtsstatus (landesrechtliche Verpflichtung zur Aufnahme und gesetzliche Unterbringung) gesehen.

Auch die Definition der Stationstypen wird als nicht eindeutig angesehen. Angegebene Behandlungstage in tagesklinischen Behandlungsbereichen (A9, S9, G9) im Stationstyp geschützte Akut- bzw. Intensivstation (A) zeigen beispielhaft die nicht ausreichende Definition der Stationstypen. Ohne eine eindeutige Definition ist aber kein einheitliches Vorgehen in der Dokumentation zu gewährleisten.

Aus Expertensicht auffällig ist die seltene Dokumentation von Ausnahmetatbeständen. Es wird davon ausgegangen, dass im Rahmen der Sanktionsfreiheit der hohe Dokumentations- aufwand gemieden wird, in der Realität aber weit mehr Ausnahmetatbestände vorliegen.

Die Expertengruppe sieht weiterhin methodische Verbesserungspotenziale zur Aussagefähigkeit der Auswertungen. So sehen sie die Darstellung von Zeitreihen ohne die Einschränkung auf dieselbe Grundgesamtheit als nur eingeschränkt aussagefähig an. Zur Verdeutlichung: eingeschlossen würden in diese Betrachtungen dann nur Standorte, die in allen mittlerweile acht im Verlauf dargestellten Quartalen auswertbare Daten geliefert haben. Weiterhin könnte ein Ausschluss von Auswertungen potenziell verzerrenden Extrema erfolgen, also der Bereiche, die aller Wahrscheinlichkeit nach Ausreißer bzw. Dokumentationsfehler enthalten, aber noch innerhalb der plausiblen Bereiche gemäß Anlage 3 der PPP-RL liegen. Möglich wäre dies durch Ausklammern der Randbereiche von bis zu fünf Perzentilen der auswertbaren Gesamtheiten.

Von einigen Standorten wurden vor allem zu den ersten Lieferquartalen zusätzlich zu den Quartalsdaten sogenannte Begleitschreiben versendet. Die Schreiben stellen auf die folgenden wesentlichen Punkte ab:

1. Es gibt keine feste Zuordnung von Personal zu Stationen.
2. Eine stunden- oder gar minutengenaue Erfassung der Arbeitszeiten aller Berufsgruppen ist unrealistisch.
3. Die in den Häusern eingesetzte Software kann die für die Strukturabfrage notwendigen Daten insbesondere auf Stationsebene nicht ausgeben, so dass eine aufwändige und fehleranfällige manuelle Füllung notwendig wird.

Ein Teil der Standorte betont auf dieser Basis die Problematik der Versicherung der Richtigkeit der Angaben per Unterschrift.

Zu bedenken ist diese Einschränkung der Aussagefähigkeit der gelieferten Daten vor allem bei allen Auswertungen, für die konkrete Zuordnungen von Personal auf Stationsebene erfolgen müssen.

## 4 Ergebnisse

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

- die Mindestvorgaben für die Psychosomatik
- die Minutenwerte in den Behandlungsbereichen
- der Anteil der Minutenwerte für die regionale Pflichtversorgung gesondert für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche
- die Mindestpersonalausstattung für die Nachtdienste
- die Regelaufgaben der Berufsgruppe der Psychologinnen und Psychologen vor dem Hintergrund der Berufsbilder der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- Die Personalausstattung in besonders sensiblen Versorgungsbereichen wie z. B. der Gerontopsychiatrie oder geschützten Intensivversorgungsbereichen im Vergleich zu anderen Versorgungsbereichen,
- die Mindestvorgaben für dezentrale kleine Standorte wie z. B. „Stand-alone-Tagesklinken“ und
- die Minutenwerte nach Anlage 1, insbesondere für die Berufsgruppen nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe a und c auf der Basis der erhobenen Nachweisdaten.

Die Datengrundlage für die Auswertungen bilden die von den Einrichtungen und der repräsentativen Stichprobe 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 *„Musterbericht zu den Quartalsberichten des Erfassungsjahres 2024 gemäß PPP-RL“* werden Grafiken und Tabellen für die quartalsbezogene Ergebnisdarstellung der nach Anlage 3 der PPP-RL zu dokumentierenden Daten, standortübergreifend auf Bundesebene, empfohlen. Die finalen Ergebnisse werden jeweils stratifiziert nach den differenzierten Einrichtungen „Erwachsenenpsychiatrie“, „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ sowie „Psychosomatik“ dargestellt. In dem zugehörigen Musterbericht beschreibt das IQTIG die Darstellungsmöglichkeiten für die differenzierte Einrichtung der Erwachsenenpsychiatrie, welche analog für die differenzierten Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Psychosomatik gelten. Die Ergebnisdarstellung erfolgt, wie bereits in Abschnitt 1.2 beschrieben, deskriptiv. Hinweis: Jegliche in Tabellen und Grafiken dargestellten Werte sind fiktive Werte, beruhen nicht auf Realdaten und sind lediglich im Sinne einer besseren Verständlichkeit eingetragen worden.



## 5 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 in Form eines Musterberichts empfiehlt grafische und tabellarische Darstellungen für die Ergebnisse der Strukturhebung in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen. Mithilfe der in dem Musterbericht 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 der Quartalsberichte als auch des Berichts der Auswertungsfragen nach § 14 PPP-RL sollen dem G-BA als mögliche Anhaltspunkte zur Weiterentwicklung der PPP-RL dienen.

## 6 Literaturverzeichnis

- 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] (2020): 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\\_Aufgabenebernahme-PPP-RL.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4299/2020-05-14_IQTIG-Beauftragung_Aufgabenebernahme-PPP-RL.pdf) (abgerufen am: 02.04.2024).
- Hauth, I; Brückner-Bozetti, P; Heuft, G; Kölch, M; Löhr, 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, J-M; 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.
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2020): Auswertungs- und Berichtskonzept zur Strukturabfrage gemäß QFR-RL [Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe des Abschlussberichts des IQTIG zum Auswertungs- und Berichtskonzept zur Strukturabfrage gemäß QFR-RL zur Veröffentlichung vom 16. Juli 2020. Anhang]. Stand: 15.05.2020. Berlin: IQTIG. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4374/2020-07-16\\_QFR-RL\\_Veroeffentlichung-IQTIG-Bericht-Auswertungs-Berichtskonzept.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4374/2020-07-16_QFR-RL_Veroeffentlichung-IQTIG-Bericht-Auswertungs-Berichtskonzept.pdf) (abgerufen am: 02.04.2024).
- Schepker, R; Fegert, JM; Becker, K (2015): Strukturqualität in der stationären und teilstationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. Hinweise für die Planung künftiger Personalbemessung für das Zeitalter nach der Psychiatrie-Personalverordnung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 43(6): 387-395. DOI: 10.1024/1422-4917/a000382.

# Impressum

## HERAUSGEBER

---

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung  
und Transparenz im Gesundheitswesen  
Katharina-Heinroth-Ufer 1  
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0

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

[iqtig.org](http://iqtig.org)