

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über Auswertungsfragen zur Berichtslegung des IQTIG gemäß § 11 PPP-RL: Berücksichtigung bei der Datenauswertung

Vom 21. Oktober 2021

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 21. Oktober 2021 eine Konkretisierung seines Beschlusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Übernahme von Aufgaben gemäß der PPP-RL vom 14. Mai 2020 in Ziffer I.2 beschlossen. Bei der Umsetzung des Auswertungs- und Berichtskonzepts zur Strukturabfrage gemäß PPP-RL hat das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) die „*Auswertungsfragen im Hinblick auf die Weiterentwicklung der PPP-RL*“ gemäß **Anlage** zu berücksichtigen.

Die Auswertungsfragen sind vom IQTIG bis zum 31. Januar 2022 zu beantworten.

Dieser Beschluss wird auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 21. Oktober 2021

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

**Fragen im Zusammenhang mit der Auswertung der Daten
im Nachweisverfahren im Hinblick auf die Weiterentwicklung der PPP-RL**

Für die Weiterentwicklung der Richtlinie sind u. a. die nachfolgenden Weiterentwicklungsaufgaben zu bearbeiten:

1. Beobachtungspflichten des G-BA
 - a. Auswirkungen auf dezentrale Außenstandorte (nach § 11 Abs. 9 und § 14 Abs. 1 PPP-RL),
 - b. Verteilung Datenbasis Vorjahr/Datenbasis IST (Korridoranzwendung),
 - c. Ausnahmetatbestandsregelungen
2. Mindestpersonalausstattung für die Nachtdienste definieren (nach § 14 Abs. 2 PPP-RL)
3. Überprüfung und ggf. Anpassung der Anteile der Minutenwerte für die regionale Pflichtversorgung gesondert für Erwachsene und die Kinder und Jugendlichen (nach § 14 Abs. 2 PPP-RL)
4. Überprüfung und ggf. Anpassung der Personalausstattung in besonders sensiblen Versorgungsbereichen wie z. B. der Gerontopsychiatrie oder geschützten Intensivversorgungsbereichen im Vergleich zu anderen Versorgungsbereichen (nach § 14 Abs. 2 PPP-RL)
5. Überprüfung und ggf. Anpassung der Minutenwerte in den Behandlungsbereichen (nach § 14 Abs. 2 PPP-RL)
6. Beobachtungspflichten II – Anrechnungen und Qualifikation
 - a. Auswirkung von Anrechnungen nach § 8 Abs. 5 (§ 8 Abs. 3 in Verbindung mit § 16 Abs. 7)
 - b. Qualifikation des Personals
7. Überprüfung und ggf. Anpassung Mindestvorgaben für die Psychosomatik (nach § 14 Abs. 2 PPP-RL)
8. Überprüfung der Notwendigkeit von stations- und monatsbezogenen Nachweisen und der Möglichkeit einer anderen Systematik (nach § 14 Abs. 2 PPP-RL einschl. Tragender Gründe)
9. Angaben zu alternativen, stationersetzenden Modellen mit dem Ziel der Verringerung des Dokumentationsaufwands (nach § 14 Abs. 2 PPP-RL)
10. Anpassung der Minutenwerte der ärztlichen und psychotherapeutischen Berufsgruppen in 2022 (Mindestvorgaben für Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten gemäß § 136a Abs. 2 Satz 9 SGB V)

Im Folgenden finden Sie am Anfang einer jeden Weiterentwicklungsaufgabe übergeordnete Auswertungsfragen, die zu beantworten sind, um der jeweiligen Weiterentwicklungsaufgabe gerecht werden zu können.

Die AG PPP wird dem IQTIG Hinweise bezüglich der Operationalisierung der Auswertungsfragen geben (etwa durch untergeordnete Fragestellungen). Diese sind ggf. in einem iterativen Prozess bei Vorlage der Daten gemeinsam mit der AG PPP weiterzuentwickeln. Die letzten Daten der Auswertung für die Weiterentwicklung müssen spätestens bis zum 31. Januar 2022 vorliegen. Ggf. ist für die Zeitplanung eine konsekutive Abarbeitung der Weiterentwicklungsaufgaben in den folgenden Monaten zielführend.

Ziel ist, dass die AG PPP die Weiterentwicklung der Richtlinie bis Frühjahr 2022 abschließt, damit bis zum 30. September 2022 der Beschluss zu einer ersten Anpassung der RL gemäß § 1 Abs. 3 und § 14 Abs. 2 PPP-RL herbeigeführt werden kann.

Auswertungsfragen im Hinblick auf die Weiterentwicklung der PPP-RL

1. Beobachtungspflichten des G-BA

a. Auswirkungen auf dezentrale Außenstandorte (nach § 11 Abs. 9 und § 14 Abs. 1 PPP-RL)

1. Wie sieht die Umsetzung der Richtlinie inklusive Anrechnung in der Teilgruppe der kleinen „Stand-alone“-Standorte (z.B. Tagesklinken) aus? Wie gestaltet sich in den kleinen „Stand-alone“-Kliniken die berufsgruppenspezifische Umsetzung der Richtlinie (Mindestvorgabe, tatsächliche Personalausstattung, Anrechnungen, Ausnahmetatbestände)?
2. Gibt es Zusammenhänge zwischen der Größe der Einrichtung, der Entfernung zum „Großstandort“ und der Umsetzung der Richtlinie?
3. Welche weiteren Faktoren haben einen Einfluss auf die Umsetzung in den „Stand-alone“-Kliniken?

b. Verteilung Datenbasis Vorjahr/Datenbasis IST (Korridor Anwendung)

1. Wie groß ist der Anteil an Einrichtungen, die die Mindestvorgabe auf Basis der IST- und wie groß der Anteil, der die Mindestvorgaben auf Vorjahres-Datenbasis ermittelt?
2. Gibt es Zusammenhänge zwischen der Größe der Einrichtung und der anzuwendenden Datenbasis?
3. Gibt es weitere Faktoren, die einen Einfluss auf die anzuwendende Datenbasis haben (z.B. Verteilung der Patientinnen/Patienten in den Behandlungskategorien)?
4. Wie häufig kommt in welchen Kategorien eine Abweichung von 2,5 Prozent zum Tragen – und damit für das jeweilige Quartal die IST-Daten bei der Ermittlung der Mindestvorgaben?
5. In welchem Umfang weichen die Behandlungstage je Behandlungsbereich bei einer Verpflichtung zur Verwendung der IST-Daten von den Vorjahresdaten ab?
6. Wie unterscheiden sich die Umsetzungsgrade bei Zugrundelegung des Vorjahres oder der IST-Belegung?

c. Ausnahmetatbestandsregelungen

1. Wie groß ist der Anteil an Einrichtungen, die Ausnahmetatbestände für das gesamte Quartal, Anteile des Quartals geltend gemacht haben?

2. Wie hoch ist der Anteil der jeweiligen Ausnahmetatbestände und wie werden diese erläutert?
3. Welche Faktoren sind assoziiert mit der Ausweisung von Ausnahmetatbeständen (z.B. Größe der Einrichtung, Bezugszeitraum, regionale Pflichtversorgung etc.)?
4. Welche Zusammenhänge zwischen dokumentierten Ausnahmetatbeständen und dem Ausmaß der Erfüllung oder Nicht-Erfüllung der Mindestvorgaben lassen sich ggf. feststellen?

2. Mindestpersonalausstattung für die Nachtdienste definieren (nach § 14 Abs. 2 PPP-RL)

1. Wie gestaltet sich die tatsächliche Personalausstattung (Pflege) im Nachtdienst?
2. Von welchen Faktoren hängt diese ab (z.B. Größe der Station, Fachgebiet, Anteil von Akutpatienten, Stationstyp...)?
3. Welche Auswirkungen hätte die Einführung der in Teil B Anlage 3 vorgesehenen Schwellenwerte als Mindestbesetzung?
4. *[Nachgelagert:]* Welche Auswirkungen hätten die weiteren im G-BA beratenen Schwellenwerte oder Modelle als Mindestbesetzung?
5. Lassen sich systematische Zusammenhänge der tatsächlichen Personalausstattung im Nachtdienst im Vergleich zur tatsächlichen Personalausstattung sowie den Mindestvorgaben im Tagdienst erkennen?

3. Überprüfung und ggf. Anpassung der Anteile der Minutenwerte für die regionale Pflichtversorgung gesondert für Erwachsene und die Kinder und Jugendlichen (nach § 14 Abs. 2 PPP-RL)

1. Welcher Zusammenhang besteht zwischen der Verteilung der Patientinnen/Patienten in den Behandlungskategorien (inkl. Differenzierung zwischen voll- und teilstationär) und den Angaben der Einrichtungen zu regionaler Pflichtversorgung, beschützenden Bereichen, 24h-Präsenzdiensten und der Angabe gesetzlicher Unterbringungsfälle? Inwiefern verändert sich der Zusammenhang bei Kumulation der einzelnen Faktoren?
2. Liegt ein Zusammenhang zwischen der Angabe regionaler Pflichtversorgung sowie der Anzahl gesetzlicher Unterbringungen und der tatsächlichen Personalausstattung im Vergleich zur Mindestvorgabe vor?

4. Überprüfung und ggf. Anpassung der Personalausstattung in besonders sensiblen Versorgungsbereichen wie z. B. der Gerontopsychiatrie oder geschützten Intensivversorgungsbereichen im Vergleich zu anderen Versorgungsbereichen (nach § 14 Abs. 2 PPP-RL)

Gibt es Zusammenhänge zwischen der Einstufung der Patienten und

- a) der tatsächlichen Personalausstattung im Vergleich zur Mindestvorgabe?
- b) der Umsetzung weiterer Qualitätsempfehlungen nach § 9 PPP-RL?

Besonders sensible Patientengruppen sind Patienten, die gemeinhin nicht beschwerdefähig sind, d.h. gerontopsychiatrische Patienten, Intensivpatienten, Patienten im Rahmen gesetzlicher Unterbringung (ggf. in Bezug auf die Einrichtung), Kinder- und jugendpsychiatrische Patienten; siehe Tragende Gründe der Beschlussfassung vom 15. Oktober 2020.

5. Überprüfung und ggf. Anpassung der Minutenwerte in den Behandlungsbereichen (nach § 14 Abs. 2 PPP-RL)

1. Wie gestaltet sich die tatsächliche berufsgruppenspezifische Personalausstattung in den Einrichtungen und auf den Stationen in Minuten pro Patient und Woche?
2. Wie gestaltet sich die tatsächliche berufsgruppenspezifische Personalausstattung in den Einrichtungen und auf den Stationen in Minuten pro Patient und Woche bei Berücksichtigung des in anderen Berufsgruppen (differenziert zwischen der Anrechnung von Personal aus anderen PPP-RL-Berufsgruppen und der Anrechnung von Personal aus Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen) angerechneten Personals?
3. Wie gestaltet sich die vorgegebene Mindestpersonalausstattung (VKS Mind) in den Einrichtungen und auf den Stationen in Minuten pro Patient und je Woche?
4. Welchen Einfluss hat die Einstufung der Patientinnen/Patienten auf die Mindestvorgaben (VKS Mind) in den Einrichtungen und auf den Stationen in Minuten pro Patient und je Woche?
5. [Nachgelagert:] Welche Auswirkungen hätte eine Anpassung der Minutenwerte auf die Behandlungsbereiche (z.B. über den Patientenmix)?
6. Welche Rückschlüsse können daraus auf die Minutenwerte für die Behandlungsbereiche gezogen werden (z.B. über den Patientenmix)? Wieviel Minuten (VK-IST) in den verschiedenen Berufsgruppen stehen pro Patientin/Patient und Woche in den verschiedenen Behandlungsbereichen (A1, A2, A4, ...) aktuell im Durchschnitt zur Verfügung?
7. Inwiefern bzw. weicht die Verteilung in der tatsächlichen Personalausstattung in den Berufsgruppen von der Verteilung in den Mindestvorgaben ab?
8. [Perspektivisch ab Erfassungsjahr 2023:] Wieviel Minuten Psychotherapie werden pro Patientin/Patient und Woche in den verschiedenen Behandlungsbereichen der PPP-RL durch Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten erbracht?: Auswertung der Therapieeinheiten durch Ärzte und Psychologen (OPS-Kodes 9.649.0 bis 9-649.4 und 9.696.0 bis 9.696.4) pro Patientin/Patient und Woche in den verschiedenen Behandlungsbereichen.

6. Beobachtungspflichten II – Anrechnungen und Qualifikation

a. Auswirkung von Anrechnungen nach § 8 Abs. 5 (§ 8 Abs. 3 in Verbindung mit § 16 Abs. 7)

1. Wie gestalten sich die Anrechnungen von PPP-RL-fremdem Personal auf das PPP-RL-Personal im Vergleich zu den in § 8 Abs. 5 der Richtlinie gewählten Höchstgrenzen?
2. Wie verteilt sich das angerechnete Personal auf das PPP-RL-Personal?
3. Lässt sich eine besondere Über- und Untererfüllung der Mindestvorgaben in einzelnen Berufsgruppen ohne Berücksichtigung von Anrechnungen feststellen und inwiefern wird diese durch Anrechnungen kompensiert?
4. Welche Berufsgruppen von Nicht-PPP-RL-Personal werden angerechnet? Wie hoch ist der jeweilige Anteil?
5. Welche Regelaufgaben werden im Rahmen der Anrechnung von welchem Nicht-PPP-RL-Personal übernommen?
6. [Nachgelagert:] Welche Auswirkungen haben die jeweiligen im G-BA beratenen Szenarien?
7. In welchem Umfang wird nicht am Krankenhaus beschäftigtes Personal angerechnet?

b. Qualifikation des Personals

1. Welche Qualifikation hat das tatsächlich eingesetzte Personal?
2. Welche Unterschiede gibt es zwischen den Fachgebieten und Einrichtungen?

7. Überprüfung und ggf. Anpassung Mindestvorgaben für die Psychosomatik (nach § 14 Abs. 2 PPP-RL)

1. In welchem Umfang variiert die tatsächliche Personalausstattung (insgesamt und in den einzelnen Berufsgruppen) in der Psychosomatik zwischen einzelnen Einrichtungen? Welche Faktoren bestimmen eine besonders hohe oder besonders niedrige Personalausstattung?
2. Weicht die tatsächliche Personalausstattung in der Psychosomatik von den vorgegebenen Minutenwerten in der Richtlinie ab und wenn ja, wie genau?
3. *[Nachgelagert:]* Welche Auswirkungen hätte eine im G-BA beratene Anpassung der Minutenwerte und Behandlungsbereiche?

8. Überprüfung der Notwendigkeit von stations- und monatsbezogenen Nachweisen und der Möglichkeit einer anderen Systematik (nach § 14 Abs. 2 PPP-RL einschl. Tragender Gründe)

1. Welche Limitationen lassen sich bei der Auswertung der Nachweise feststellen (z.B. ergänzende Auswertungen der Fehlerprotokolle)?
2. Wie hoch ist der Anteil an Stationen, in denen eine Nichterfüllung vorliegt, die jedoch zu einer Einrichtung gehören, in der die Mindestvorgaben erfüllt werden? Wie hoch ist der Anteil an Stationen, in denen eine Nichterfüllung vorliegt, die zu einer Einrichtung gehören, in der die Mindestvorgaben nicht erfüllt werden und wie hoch ist die prozentuale Differenz zwischen der Nichteinhaltung der Station und der Einrichtung?
3. *[Perspektivisch ab Erfassungsjahr 2022:]* Welche Herausforderungen werden von den Einrichtungen bezüglich des Nachweisverfahrens insgesamt gemeldet?

9. Angaben zu alternativen, stationsersetzenden Modellen mit dem Ziel der Verringerung des Dokumentationsaufwands (nach § 14 Abs. 2 PPP-RL)

1. Welche nicht stationsbezogenen Einheiten werden im Teil A.2.2 angegeben?
2. *[Nachgelagert:]* Wie hoch ist der Anteil an Personal, der stationsübergreifend eingesetzt wird?