

Spezifikation zur Strukturabfrage nach PPP-RL

2025 V01

Technische Dokumentation für Berechnungsregeln

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

Spezifikation zur Strukturabfrage nach PPP-RL. Technische Dokumentation für Berechnungsregeln. 2025 V01

Datum der Veröffentlichung 31. Januar 2024

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Hinweis:

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis3

Änderungsindex.....4

Leseanleitung5

1 Einleitung6

2 Umsetzung von Berechnungsregeln von Datenfeldern innerhalb von Teil A 7

3 Ermittlung der Behandlungstage je Behandlungsbereich mit Routinedaten..... 10

Impressum.....14

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Berechnungsregeln von Datenfeldern 7

Änderungsindex

Änderungen der Datenbanken im Vergleich zur Vorversion lassen sich anhand der Delta-Tabellen mit dem Präfix „Delta“ nachvollziehen. Ohne Version im Tabellennamen bezieht sich die Deltatable auf die vorherige Version. Anderenfalls wird jeweils das Delta zur genannten Version aufgelistet.

Kapitelübergreifende Änderungen:

- Konkretisierungen und Optimierung von Formulierungen
- Anpassung von Jahreszahlen, Beispielen, Abbildungen und Tabellen
- Korrektur von Fehlern und Ergänzung von fehlenden Inhalten
- Anpassung von Abkürzungen

Konkrete Informationen zu den inhaltlichen Änderungen sind der Spezifikationskomponente Übersicht Änderungen bzw. den aktuellen Beschlüssen des G-BA zu entnehmen.

Die spezifischen Änderungen der vorliegenden Technischen Dokumentation werden im Folgenden mit Bezug zur jeweiligen Version dargestellt.

Änderung	Kapitel/Abschnitt	Version

Leseanleitung

Die in dieser Dokumentation verwendeten Symbole heben bestimmte Aspekte bei der Umsetzung der Spezifikation hervor.

**Achtung**

Beschreibt Ursache, Folge und Vermeidung einer besonderen Fehlanwendung, die zu Problemen bei der Implementierung o-der Ähnlichem führen kann.

**Hinweis**

Nützliche Informationen, Tipps oder Ratschläge zur Anwendung. Keine wesentlichen oder für das korrekte Funktionieren erforderlichen Informationen.

Beispiel:

Beispiele sind ein Hilfsmittel, um zuvor vermittelte Informationen oder konkrete Abschnitte der Anwendung zu verdeutlichen.

1 Einleitung

Im Folgenden werden die Umsetzung von Berechnungsregeln von Datenfeldern innerhalb von Teil A sowie die Ermittlung der Behandlungstage je Behandlungsbereich mit Routinedaten beschrieben. Diese werden auftragsgemäß in der „Technischen Dokumentation für Berechnungsregeln“ hinterlegt.

2 Umsetzung von Berechnungsregeln von Datenfeldern innerhalb von Teil A

Nachfolgend werden die Berechnungsregeln von Datenfeldern innerhalb von Teil A dargestellt.

Tabelle 1: Berechnungsregeln von Datenfeldern

Variable	Tabelle im Nachweis	Spalte in Tabelle	Berechnung ausformuliert
VKS-Mind berufsgruppenspezifisch	A5.1	3	<p>Schritt 1: Berechnung Behandlungswochen:</p> <p>Behandlungstage je Behandlungsbereich aus dem Vorjahr¹/7 [bzw. 5 bei teilstationärer Behandlung²]</p> <p>¹Liegt im Berichtsquartal die tatsächliche Anzahl der Behandlungstage in mindestens einem Behandlungsbereich um mehr als 2,5 Prozent über oder mehr als 2,5 Prozent unter der nach § 6 Absatz 3 ermittelten Anzahl der Behandlungstage des Vorjahres, erfolgt die Berechnung der Behandlungstage je Behandlungsbereich abweichend auf der Basis der tatsächlichen Anzahl der Behandlungstage des laufenden Quartals</p> <p>²Teilstationäre Behandlung: A6, S6, G6 (KJ7 bei KJP)</p> <p>Schritt 2: Berechnung der Mindestvorgabe je Behandlungsbereich:</p> <p>Behandlungswochen*(Minutenwert*0,9)³</p> <p>³wenn regionale Pflichtversorgung = nein, dann Minutenwerte um 10% verringern: Behandlungswochen*(Minutenwert*0,9)</p> <p>Schritt 3: Berechnung Mindestvorgabe je Berufsgruppe:</p> <p>Summe der Mindestvorgaben der Behandlungsbereiche</p> <p>Schritt 4: Umrechnung in Stunden:</p> <p>Mindestvorgabe je Berufsgruppe/60</p>
Umsetzungsgrad der Berufsgruppen	A5.1	8	VKS-Ist/VKS-Mind

Mindestanforderung Berufsgruppe erfüllt	A5.1	9	1, wenn Umsetzungsgrad Berufsgruppe $\geq 0,95$ 0, wenn Umsetzungsgrad Berufsgruppe $< 0,95$
Umsetzungsgrad der differenzierten Einrichtung	A5.2	3	Mittelwert der Umsetzungsgrade aller Berufsgruppen gewichtet mit der Summe der Mindestpersonalausstattung: Schritt 1: Gewichtung je Berufsgruppe: Umsetzungsgrad Berufsgruppe * (VKS-Mind Berufsgruppe/VKS-Mind alle Berufsgruppen) Schritt 2: Umsetzungsgrad Einrichtung berechnen Summe bilden aus den in Schritt 1 gewichteten Umsetzungsgraden der einzelnen Berufsgruppen
Mindestanforderung Einrichtung erfüllt	A5.2	4	1, wenn Umsetzungsgrad Einrichtung $\geq 0,95$ UND alle Umsetzungsgrade der Berufsgruppen $\geq 0,95$ 0, wenn Umsetzungsgrad Einrichtung $< 0,95$ ODER mind. ein Umsetzungsgrad einer Berufsgruppen $< 0,95$
Mindestanforderung pflegerischer Nachtdienst erfüllt	A5.2	5	1, wenn Anzahl Nächte in denen die Mindestvorgabe erfüllt wurde/Anzahl Nächte im Quartal $> 0,9$ 0, wenn Anzahl Nächte in denen die Mindestvorgabe erfüllt wurde/Anzahl Nächte im Quartal $\leq 0,9$
Anzahl vollstationärer Betten	A5.4	5	Summe der Planbetten der vollstationären Versorgung aus A2.1 auf Stationsebene

Mindestvorgabe pflegerischer Nachtdienst	A5.4	7	<p>Berechnung nur, wenn Anteil Intensivbehandlung der ersten drei Quartale im Vorjahr > 0 %</p> <p>Schritt 1: Einrichtungsgröße: Anzahl vollstationärer Betten/18⁴ ⁴12 bei KJP</p> <p>Schritt 2: Multiplikation mit Faktor nach §6 Abs. 7: Faktor 1,6: Wenn Anteil Intensivbehandlung > 35 % Faktor 1,4: Wenn Anteil Intensivbehandlung > 20 % und ≤ 35 % Faktor 1,2: Wenn Anteil Intensivbehandlung > 0 % und ≤ 20 %</p> <p>Schritt 3: Umrechnung in Stunden Multiplikation des Ergebnisses von Schritt 1 und 2 mit 10</p>
Durchschnittl. VKS-Ist je Nacht	A5.4	9	VKS-ist je Quartal/Anzahl Nächte im Quartal

3 Ermittlung der Behandlungstage je Behandlungsbereich mit Routinedaten

Nach Prüfung der PPP-Richtlinie sowie der Tragenden Gründe kommt das IQTIG zu folgender Einschätzung:

Anlage 3 der PPP-RL kann entnommen werden, dass sich die Behandlungstage eines Behandlungsbereichs ab dem 1. Januar 2024 aus der Anzahl der im jeweiligen Quartal behandelten Patientinnen und Patienten und deren Einstufung in die Behandlungsbereiche gemäß § 3 anhand der Eingruppierungsempfehlungen gemäß Anlage 2 zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel der Behandlungsart ergeben.

In den Tragenden Gründen wird erläutert, dass die Ermittlung der Behandlungstage für die einzelnen Behandlungstage zukünftig nicht mehr über die Durchführung einer Stichtagserhebung, sondern auf Grundlage der kontinuierlichen Kodierung der Behandlungsarten des Kapitel 9 des Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) in den Routinedaten erfolgen soll.

Das IQTIG weist darauf hin, dass sich die Behandlungsbereiche sowie die Behandlungstage aus den OPS-Kodes alleine nicht berechnen lassen, da die OPS-Kodes die Informationen zum Alter, zum Aufnahmegrund oder zu der Verweildauer nicht beinhalten. In den Tragenden Gründen wird anschließend erläutert, dass diese Informationen aber ebenfalls in die Berechnung einfließen sollen. Das IQTIG versteht den Begriff „Routinedaten“ daher so, dass hiermit nicht nur OPS-Kodes gemeint sind, sondern die folgenden Angaben:

- OPS-Kodes
- Aufnahmegrund
- Alter
- OPS-Datum
- Entlassungsdatum
- Hauptdiagnose

In den Tragenden Gründen steht weiterhin, dass in den Eingruppierungsempfehlungen in Anlage 2 den einzelnen Behandlungsbereichen die entsprechenden OPS-Kodes sowie die Merkmale Alter (<14 Jahre und ≥14 in der KJP sowie ≤ 65 Jahre und > 65 Jahre in der Erwachsenenpsychiatrie), Hauptdiagnose (Hauptdiagnose aus ICD F10-F19 und andere Hauptdiagnosen in der Erwachsenenpsychiatrie) und Aufnahmegrund (vollstationär, teilstationär, stationsäquivalent) zugeordnet sind.

Es werden folgende Funktionen zur Ermittlung der Behandlungsbereiche hinterlegt. Die Zuordnung der OPS-Kodes zu den Behandlungsbereichen sind den Tragenden Gründen (https://www.g-ba.de/downloads/40-268-9060/2022-09-15_PPP-RL_Erste-Anpassung_TrG.pdf) entnommen. :

Tabelle 2: Syntaxfunktion `ermittlungBehandlBereiche` und Syntaxfunktion `ermittlungBehandlTage`

Syntaxfunktion <code>ermittlungBehandlBereiche</code>			
name	bezeichnung	formel	bemerkung
<code>ermittlungBehandlBereicheA</code>	Diese Funktion ermittelt die Behandlungsbereiche für „A Allgemeine Psychiatrie“	<p>A1 = 9-607 Regelbehandlung Erwachsene & vollstationäre Behandlung</p> <p>A2 = 9-61 Intensivbehandlung Erwachsene & vollstationäre Behandlung</p> <p>A6 = 9-607 Regelbehandlung Erwachsene & teilstationäre Behandlung</p> <p>A7 = (unverändert) 9-626 Psychotherapeutische Komplexbehandlung Erwachsene + 9-634 Psychosom. Komplexbeh. Erw & vollstationäre Behandlung</p> <p>A8 = (unverändert) 9-626 Psychotherapeutische Komplexbehandlung Erwachsene + 9-634 Psychosomatische Komplexbehandlung Erwachsene & teilstationäre Behandlung</p> <p>A9 = stationsäquivalente Behandlung</p>	Die OPS-Kodes sind zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel der Behandlungsart in den Routinedaten anzugeben.
<code>ermittlungBehandlBereicheS</code>	Diese Funktion ermittelt die Behandlungsbereiche für „S Abhängigkeitskranke“	S1 bis S9 = wie Bereich A + Hauptdiagnose aus ICD F10-F19	Die OPS-Kodes sind zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel der Behandlungsart in den Routinedaten anzugeben.
<code>ermittlungBehandlBereicheG</code>	Diese Funktion ermittelt die Behandlungsbereiche für „G Gerontopsychiatrie“	G1 bis G9 = wie Bereich A + Alter > 65 Jahre	Die OPS-Kodes sind zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel der Behandlungsart in den Routinedaten anzugeben.

ermittlungBehandlBe- reicheP	Diese Funktion ermittelt die Behandlungsbereiche für „P Psychosomatik“	<p>P1 = 9-607 Regelbehandlung Erwachsene + 9-61 Intensivbehandlung Erwachsene & vollstationäre Behandlung</p> <p>P2 = (unverändert) 9-626 Psychotherapeutische Komplexbehandlung Erwachsene + 9-634 Psychosomatische Komplexbehandlung Erwachsene & vollstationäre Behandlung</p> <p>P3 = 9-607 Regelbehandlung Erwachsene + 9-61 Intensivbehandlung Erwachsene & teilstationäre Behandlung</p> <p>P4 = (unverändert) 9-626 Psychotherapeutische Komplexbehandlung Erwachsene + 9-634 Psychosomatische Komplexbehandlung Erwachsene & teilstationäre Behandlung</p>	Die OPS-Kodes sind zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel der Behandlungsart in den Routinedaten anzugeben.
ermittlungBehandlBe- reicheKJ	Diese Funktion ermittelt die Behandlungsbereiche für „KJ Kinder- und Jugendpsychiatrie“	<p>KJ1 = bis 14 Jahre & 9-656 Regelbehandlung KJP + 9-672 Intensivbehandlung KJP & vollstationäre Behandlung</p> <p>KJ2 = ab 14 Jahre & 9-656 Regelbehandlung KJP & vollstationäre Behandlung</p> <p>KJ3 = ab 14 Jahre & 9-672 Intensivbehandlung KJP & vollstationäre Behandlung</p> <p>KJ6 = 9-686 Eltern-Kind-Setting KJP & vollstationäre Behandlung</p> <p>KJ7 = teilstationäre Behandlung</p>	Die OPS-Kodes sind zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel der Behandlungsart in den Routinedaten anzugeben.

		KJ9 = stationsäquivalente Behandlung	
Syntaxfunktion ermittlungBehandlTage			
bezeichnung: Diese Funktion ermittelt die Behandlungstage für einen bestimmten Behandlungsbereich			
name		formel	
ermittlungBehandlTage		Diese Funktion ermittelt alle Fälle im KIS mit mind. einer Behandlung im Behandlungsbereich (ermittlungBehandlBereiche) und berechnet die Behandlungstage gemäß den Vorgaben PPP-RL sowie der Tragenden Gründe.	
<p>Bemerkung: Auf Grundlage der kontinuierlichen Kodierung der Behandlungsarten des OPS soll die Anzahl der Behandlungstage ermittelt werden. Die Ermittlung der Anzahl der Behandlungstage erfolgt durch eine Auswertung der Kodierung aus den Routinedaten. Für die Zählung der Behandlungstage gelten die Vorgaben in Anlage 3 der PPP-RL. Als Behandlungstage zählen der Aufnahmetag und jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthaltes bzw. bei stationsäquivalenter Behandlung Tage mit direktem Patientenkontakt. Entlassungs- oder Verlegungstage, die nicht zugleich Aufnahmetag sind, sowie Tage, an denen eine über Mitternacht hinausgehende Beurlaubung oder Abwesenheit beginnt, werden nicht berücksichtigt. Bei teilstationärer Behandlung ist der letzte Tag des Aufenthaltes als Behandlungstag zu berücksichtigen.</p> <p>Da die Kodierung der Behandlungsarten laufend zu erfolgen hat, kann unmittelbar nach Abschluss des Quartals eine Ermittlung der Behandlungstage anhand der vorliegenden Routinedaten erfolgen. Soweit die Behandlung über das Quartalsende hinaus fortgesetzt wird, sind nur die Kalendertage innerhalb des abgelaufenen Quartals zu berücksichtigen. Endet die vollstationäre Behandlung am letzten Kalendertag des Quartals oder beginnt eine über Mitternacht hinausgehende Abwesenheit, so ist dieser Tag nicht als Behandlungstag zu berücksichtigen.</p>			

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

iqtig.org