



PPP-RL – wird sie die Versorgung verschlechtern?

Von PD Dr. Claus Wolff-Menzler, Guido Hartmann, Bernhard Häring und Prof. Dr. Stefan Bleich

Die Versorgung und Behandlung von psychisch Erkrankten wird auf Umsetzungsgrade reduziert: Eine Analyse von drei Standorten, einem Benchmarkprojekt und einer Umfrage inklusive Meinungsbild.

Keywords: Psychiatrie, Psychosomatik, Patientenversorgung

Auf der Grundlage des § 136a Absatz 2 Satz 2 SGB V regelt die Qualitätssicherungsrichtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) verbindliche Mindestvorgaben mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal für die stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik. Mit dieser Richtlinie wird das Ziel verfolgt, die Strukturqualität zu sichern und darüber hinaus zu einer leitliniengerechten Behandlung beizutragen. Laut GBA soll mit dieser Richtlinie Transparenz über die erforderliche und die tatsächliche Personalausstattung in den Häusern gewährleistet werden. Die PPP-RL schreibt Mindestvorgaben in der

Umsetzung vor, die einzuhalten sind und droht bei Nichteinhaltung mit Sanktionen.

Versorgungskonzepte der Kliniken – historische Entwicklungen

Psychiatrische Kliniken haben für die Versorgung psychisch kranker Menschen moderne Versorgungskonzepte entwickelt. Diese sind einerseits eng auf regionale Gegebenheiten (personell und strukturell) abgestimmt und andererseits dadurch nur bedingt übertragbar. Diese historisch gewachsenen, für die Patientinnen und Patienten wichtigen Behandlungsangebote in „ihrer“ Region, sind für eine adäquate Versorgung fest etabliert.

PPP-RL-Kosten: Kliniker und Administrative

Die Kosten für die PPP-RL Umsetzung sind erheblich und nicht gegenfinanziert.

Erstes Beispiel: Blitzumfrage des Fachausschusses für Entgelt in der Psychiatrie und Psychosomatik (FEPP) der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM) – Erhebungszeitraum: Q3-Q4 2021
Ausgangsfragen:

1. Wie hoch schätzen Sie Ihre Kosten, um die PPP-RL-Infrastruktur aufzubauen und in 2021 produktiv zu nehmen?
2. Erfüllen Sie die Umsetzungsgrade in 2021?

Besonders schmerzhaft ist, dass die Gelder zur Finanzierung von den Häusern zusätzlich aufgebracht bzw. anderen Bereichen der Klinik entzogen werden müssen.

Zweites Beispiel: IST-Kostenerhebung Lüneburg (arbeitet bereits volligital). Erhebung der Kosten pro Jahr bei bereits vorhandener PPP-RL-Infrastruktur.

Wenngleich ein funktionierendes Zeiterfassungssystem und ein Tool zum Export der Zeiten und Einstufungen existiert, muss dieses permanent (Eintritt, Austritt) betreut und aktualisiert werden. Des Weiteren entsteht ein hoher Personalbedarf in der Aufbereitung der Daten. Nach fast 2 Jahren der Erhebung, vielen Erfahrungen und dem Beseitigen von Hürden, kann davon ausgegangen werden, dass sich die zukünftigen Kosten für die Erhebung, Aufbereitung und das Versenden der

| | |
|--|---|
| Krankenhäuser (IK) | 14 |
| Betten pro IK | 265 (insg. 3708 Betten) |
| Bruttopersonalkosten /Jahr | 130.584 Euro |
| Sind die PPP-RL-Umsetzungsgrade erfüllt (Anzahl Häuser)? | erfüllt: 7 mind. 1x nicht erfüllt: 7 |

Abb. 1: Blitzumfrage des Fachausschusses Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (FEPP) der DGfM

Daten auf rund 71,000 Euro pro Jahr (zzgl. anfallender Lizenzkosten) be- laufen.

Risiken

Neben dem hehren Ziel der PPP-RL, einen wesentlichen Beitrag für eine leitliniengerechte Versorgungsqua- lität zu leisten, gilt es auch die Risi- ken, welche von der PPP-RL ausge- hen, zu identifizieren. Unklar ist zum Beispiel, ob eine Nichterfüllung der Umsetzungsgrade oder Über- erfüllung der PPP-RL zu folgenden Szenarien führen kann:

1. *Umsetzungsgrade nicht erfüllt*
 - a) Stationen oder Krankenhäuser müssen perspektivisch geschlos- sen werden?
 - b) Hektische Steuerbewegungen bei den Klinikleitungen sind die Fol- ge: Setzt dies eine Negativspirale für klinische Abläufe/Prozesse in Gang? Dies könnte bedeuten: Die für die PPP-RL verantwortlichen Mitarbeitenden „rennen“ den Zeiten zur Erfüllung für die Um- setzungsgrade hinterher und es kommt zu Fehlallokationen von klinischem Personal in den Häu- sern, welche dadurch den primä- ren Fokus auf die Versorgungs- qualität verlieren
2. *Umsetzungsgrade „übererfüllt“: Ist diese finanziert oder fehlt die Fi- nanzierung bei Übererfüllung?*
3. *Regelungslücken in der PPP-RL: Hier gibt es viele offene Fragen. Eine Klärung dieser Fragen ist je- doch die Grundlage, um zu einem vergleichbaren und belastbaren Datensatz zu kommen*

Benchmark

Um die Diskussion faktengestützt zu begleiten, wurde von einem Kreis von Kliniken ein Benchmark-Ansatz ent- wickelt. Dabei werden - auf den Grundlagen von Kooperationsver- einbarungen - die Service-Doku- mente A angenommen, die Standorte pseudonymisiert und die Daten wei- terverarbeitet. Erfolgreich pilotiert wurde dies an den Standorten mit der IK in Lüneburg, Göttingen und Han- nover. Repräsentiert werden Erwach- senenpsychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Insgesamt handelt es sich um acht geographische Standorte.

Benchmark - Erste Ergebnisse

Bereits die ersten groben Analysen der Erwachsenenpsychiatrie der Pi- lot-Kliniken an fünf Standorten wei- sen erhebliche Auffälligkeiten auf:

► Abbildung 2 zeigt die Umset- zungsgrade pro Berufsgruppe in Q3 2021 (Quelle: Service-Dokument A). Dabei ist zu erkennen, dass ein Un- gleichgewicht zwischen den Stand- orten in den Umsetzungsgraden ge- gliedert nach Berufsgruppe besteht. Eine Erklärung diesbezüglich könn- ten bspw. die unterschiedlichen Ver- sorgungskonzepte, Fachkräftemangel oder Belegungsschwankungen sein. Dabei ist zu vermuten, dass der Umsetzungsgrad keine belastbaren Rückschlüsse auf die Behandlungs- qualität zulässt. Offen bleibt z.B. die Frage, wie mit einer Überschreitung der Umsetzungsgrade aus Sicht der Kostenträger umgegangen werden würde. Müssen in diesen Fällen die Häuser befürchten, dass die Kosten-

träger lediglich bis zur „100 Prozent- Marke“ finanzieren? Wenn dieses Szenario eintreten sollte, dann wer- den diese etablierten und regional gefärbten Versorgungskonzepte in sich zusammenbrechen und die Be- handlungsqualität stark negativ be- einflussen. Alleine an diesem simplen Beispiel wird deutlich, dass die PPP-RL nicht ausgereift bzw. ent- wicklungsbedürftig ist, das „hekti- sche Steuerbewegungen“ die Folge sein könnten und mindestens ein (Fehl-)Anreiz „eingebaut“ ist, die Versorgungslandschaft in Richtung „PPP-RL-Konformität“ umzubauen, ohne das ausreichend Wissen über deren Auswirkungen vorliegt. Erschwerend kommt hinzu, dass in sämtlichen psychiatrischen Leitli- nien keinerlei Personalanhaltszah- len hinterlegt sind. Damit ist völlig unklar was in der PPP-RL die Grund- lage für die „Erfüllung einer Leitli- niengerechten Behandlung“ ist.

► Abbildung 3 reproduziert die An- nahmen von Abbildung 2 und zeigt, dass diese Effekte auch über einen längeren Beobachtungszeitraum (Q 1 2021 – Q 3 2021) auftreten. Die- se unter Abbildung 2 beschriebenen Effekte treten eben nicht nur einmalig auf, sondern weisen von Quartal zu Quartal unterschiedlichste Aus- prägungen vor.

Die Daten weisen nicht nur eine enorme Heterogenität, sondern auch massive Schwankungen in der zeitlich-longitudinalen Betrachtung der selben Klinikbereiche, zum Teil in hohen zweistelligen Prozentbe- reichen, auf. Dies kann dazu führen, dass in Q1 der Umsetzungsgrad

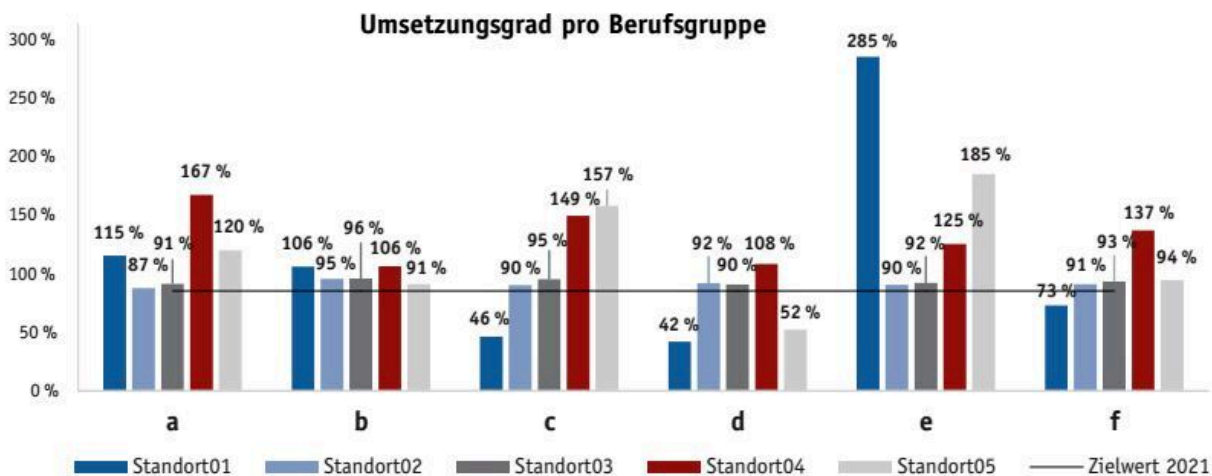


Abb. 2: Umsetzungsgrad pro Berufsgruppe, die Kürzel der Berufsgruppen entsprechen den Vorgaben der PPP-RL

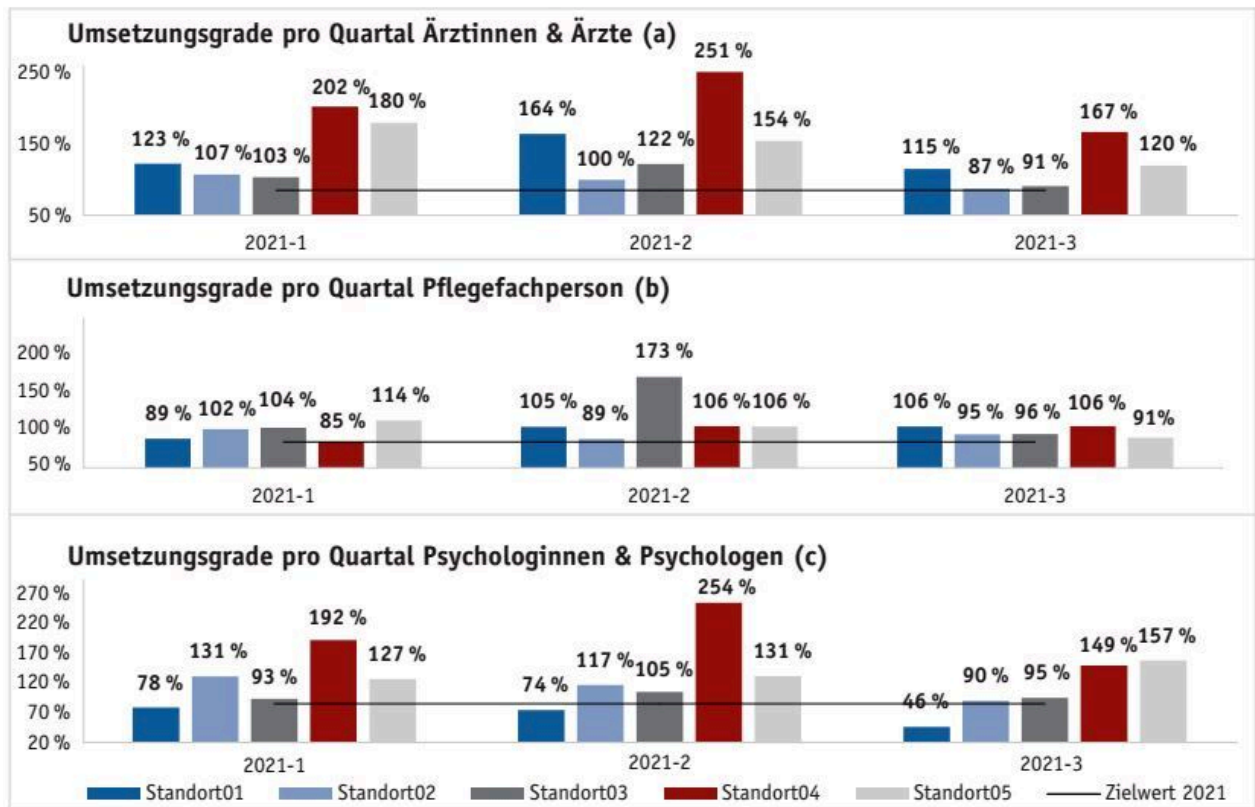


Abb.3: Umsetzungsgrad pro Quartal am Beispiel Ärzte, Pflegepersonal und Psychologen

einer Berufsgruppe erfüllt ist und in Q2 oder Q3 nicht mehr. Ebenfalls scheinen Besonderheiten wie Sommerferien, Minderbelegungen infolge von Covid-19 und anderen Infektionskrankheiten sowie ungeplante Personalveränderungen mitunter massive Kalibersprünge in den Umsetzungsgraden auszumachen. Folglich können die Umsetzungsgrade nicht für jedes Quartal einheitlich geplant oder gewährleistet werden und stellen Kliniken zusätzlich vor weitere große Herausforderungen in der Berichterlegung.

Meinungen

Meinungen des Direktors und stellv. Direktors der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der MHH und UMG:

„Aus Sicht der Klinikleitung ist die Festlegung auf Untergrenzen eine deutliche Einschränkung in die Entwicklungsmöglichkeiten einer Klinik. Einen anderen Personalbedarf durchzusetzen ist nahezu unmöglich. Die Stationsorientierung des PPP-RL Konzeptes ist absurd, hier folgt die Administration nicht den realen Arbeitsprozessen, sondern die Kliniken müssen den Vorstellungen der PPP-RL-Autoren folgen. Es entsteht durch die neue Verordnung eine weitere Auseinandersetzung mit den internen Verwaltungen der

Krankenhäuser um Budget und Personalbemessung, und auch hier droht eine Festlegung auf Mindestbesetzung. Die PPP-RL wird zum Selbstzweck, weil nicht psychiatrische Konzepte, Leitlinien und Versorgungsbedarf primäre Kriterien für die Personalbesetzung sind, sondern Mindestvorgaben und Stationsbezug. Darüber hinaus droht das System mit Sanktionen bei Nichteinhaltung. Da die Kliniken auf den Personalmarkt keinen Einfluss haben, droht die Abschaffung mancher Einrichtungen. Das führt zu abwegigen Steuerungsaktivitäten, einen Mangel an Kreativität, Bevormundung und psychiatrische Einrichtungen ohne lokalen Bezug. Nach der Einführung des PEPP-Systems ist die PPP-RL ein weiterer Schritt in die totale Ökonomisierung der Kliniken.“

Meinung des Geschäftsführers der Psychiatrischen Klinik Lüneburg gemeinnützige GmbH:

„Die Umsetzung der PPP-RL in jetziger Ausprägung wird langfristig nicht zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität führen. Zentrales Produkt der PPP-RL ist aktuell nur der hohe Personalbedarf zur Datenerhebung und die Sorge möglicher finanziellen Sanktionen bei Nichteinhaltung. In jetziger Form liegt der Nutzen der PPP-RL allein in der

Funktion als Kehrbesen der Versorgungslandschaft, denn als Steuerungsinstrument des Krankenhausmanagements.“

Fazit

- Eine Verbesserung der Datengüte und deren Vergleichbarkeit muss da Ziel sein. Ein Vergleich von Kliniken auf dieser heterogenen Datenbasis wird ein völlig falsches Bild von der Versorgungsrealität ergeben.
- Der Reifegrad der PPP-RL muss verbessert werden und bis dahin müssen Sanktionen ausgesetzt werden um hektische Steuerbewegungen zu vermeiden
- Es muss verhindert werden, dass Kliniken der PPP-RL „hinterherlaufen“ und ungewollt die Qualität der Patientenversorgung dadurch spürbar absinken. ■

PD Dr. Claus Wolff-Menzler
Stellv. Leiter des FEPP der DGfM

Guido Hartmann
Mitglied des FEPP der DGfM

Bernhard Häring
Medizinische Hochschule Hannover

Prof. Dr. Stefan Bleich
Medizinische Hochschule Hannover