



Psych

Bettenabbau durch die Hintertür

Daten des PPP-RL-Benchmarkprojekts deuten darauf hin, dass die Psych-Personalrichtlinie das Gegenteil von ihrer ursprünglichen Zielsetzung erreichen wird. Es ist nur eine Frage der Zeit, bis die Kliniken sich durch Belegungsabsenkung vor den Sanktionen schützen werden.

Von PD Dr. Claus Wolff-Menzler, Guido Hartmann

Auf der Grundlage des § 136 a Abs. 2 Satz 2 SGB V regelt die Qualitätssicherungs-Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) seit 1. Januar 2020 verbindliche Mindestvorgaben mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal für die stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik. Laut des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) 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. So weit die Theorie.

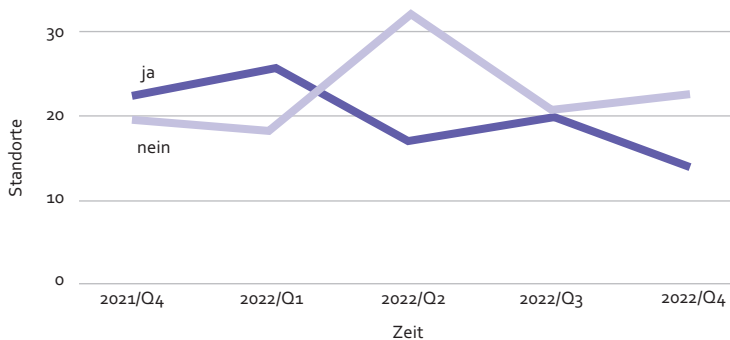
Die Intention, mithilfe der Richtlinie eine ausreichende personelle Ausstattung zu gewährleisten und somit einen Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu leisten, ist grundsätzlich zu begrüßen. Da die Leitlinien keine Personalanhaltszahlen aus-

weisen, bleibt die Frage offen, inwieweit oder an welchen Stellen die personelle Ausstattung gemäß PPP-RL einen substantiellen Beitrag für eine leitliniengerechte Behandlung leisten kann.

Wie bereits mehrfach von Fachverbänden und Krankenhäusern kritisiert, zeigt sich in der praktischen Umsetzung weiterhin, dass trotz intensiver Bemühungen der Häuser die von der Richtlinie geforderten Maßnahmen in ihrer jetzigen Form sowohl zu gravierenden Risiken für die Wirtschaftlichkeit ent-

Foto: Getty Images/ivanastar

Erhebliche Schwankungen der Daten auf Standortebene Erfüllung des Umsetzungsgrades



Beispiel Erwachsenenpsychiatrie; 50 Standorte; Beobachtungszeitraum: Q4/2021 bis Q4/2022 (ähnliches Verhalten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie)

Abb. 1

sprechender Einrichtungen führen als auch die Versorgung psychisch kranker Patienten massiv gefährden.

Es gab deshalb in den vergangenen drei Jahren viele Bemühungen der psychiatrischen und psychosomatischen Häuser in Deutschland, Änderungen oder Verbesserungen der PPP-RL zu bewirken. Der größte Interessenverband des Medizincontrollings in Deutschland, die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM), hat am 19. September 2022 eine Stellungnahme zur PPP-RL verfasst und innerhalb dieser auch auf das nachfolgend beschriebene Benchmarkprojekt verwiesen. Diese und weitere Bemühungen werden in Summe dazu geführt haben, dass der G-BA 2022 eine erste Anpassung gemäß § 1 Abs. 3 PPP-RL beschlossen hat. Nachdem der Gesetzgeber fast sechs Monate gebraucht hat, um zu entscheiden, wurde der Beschluss am 9. März 2023 im Bundesanzeiger veröffentlicht und gilt rückwirkend ab 1. Januar 2023.

Die beschlossenen Änderungen werden die Bedingungen verschärfen und gleichen dem Versuch, „einen Pudding an die Wand zu nageln“. Des Weiteren beinhaltet der Beschluss auch massive Änderungen ab 2024, die sich in großem Maße negativ auf psychiatrische und psychosomatische Häuser auswirken werden.

Im Januar 2023 sind PPP-RL-Daten aus 2021 veröffentlicht worden. Das führte zu diversen Schlagzeilen, die ein völlig falsches Bild wiedergeben und

Misstrauen den Kliniken gegenüber zum Ausdruck bringen. So wird interpretiert, dass nur knapp zwei Drittel der psychiatrischen Krankenhäuser die Mindestvorgaben einhalten und dass oft zu wenig Personal in psychiatrischen Krankenhäusern vorhanden sei. Irreführend dabei ist, dass es sich dabei um 2021er-Daten und nicht um die 2022er-Daten handelt; auch fehlt jeder kritische Diskurs über die Aussagekraft der Daten im Kontext der von vielen Gremien geäußerten Schwachstellen an der Richtlinie.

Mit dem Ziel, die PPP-RL-Einführung und ihre positiven sowie negativen Hebelwirkungen zu analysieren sowie Kennzahlen zur Versorgungswirklichkeit und Steuerung zu entwickeln, wurde am 28. April 2022 das nationale PPP-RL-Benchmarkprojekt gestartet. Geleitet wird es von der Steuerungsgruppe der Standorte Universitätsmedizin Göttingen (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie), der Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Lüneburg und der Medizinischen Hochschule Hannover (Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie). Dieses Projekt lässt sich unter anderem vom Fachausschuss Entgelt für Psychiatrie und Psychosomatik (FEPP) der DGfM fachlich beraten.

Bereits nach einem halben Jahr haben insgesamt über 20 Kliniken mit über 50 Standorten aus den Bereichen Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie Daten in Form des Servicedoku-

mentes A ihre Daten geliefert. Es sind alle Klinikformen nach IQTIG-Einteilung vertreten. Mit über 300.000 gemeldeten Behandlungstagen erreichte es in kurzer Zeit eine Marktabdeckung von circa acht Prozent. Die Teilnahme am Projekt ist kostenlos. Die Klinikdaten werden pseudonymisiert; die Kliniken erhalten einen Benchmarkbericht und haben die Möglichkeit, sich in Online-meetings auszutauschen. Die wichtigsten Ergebnisse zeigen die Abbildungen 1 bis 3 sowie die Tabelle:

■ Die Kliniken hatten bereits 2020 und 2021 die PPP-RL „geübt“. Trotzdem schwanken die Daten erheblich (Abb. 1 und 2). Mögliche Gründe für die Schwankungen sind massive Pandemieeffekte, das Hoch- und Runterfahren von Stationen, Über- und Unterbelegungen sowie Personalausfälle. Vereinfacht dargestellt erfüllen 50 Prozent der Kliniken mindestens in einer Berufsgruppe im Quartal den Umsetzungsgrad mindestens einmal nicht und sind auf dem „Sanktionspfad“. Welche Anreize/Fehlanreize werden dann von den Sanktionen und dem erwarteten Sanktionsrisiko ausgehen?

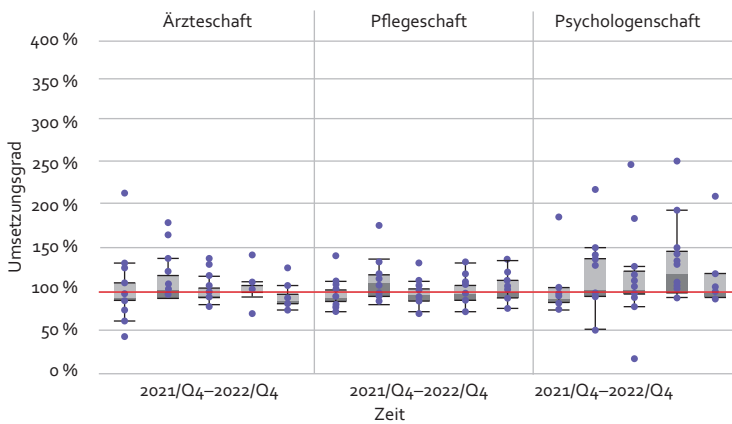
■ Es wäre ein Abschlag in der Erwachsenenpsychiatrie von mindestens zehn Prozent vom Klinikbudget zu erwarten (Abb. 3). Die Abschläge in der KJP liegen bei knapp 15 Prozent. Wie lange kann sich das eine Klinik leisten?

■ Die Auslastung (Tab.) folgt keinem einheitlichen Bild. Das ist ein Beleg dafür, dass Belegungszahlen eine direkte Auswirkung auf die Umsetzungsgrade haben – die Grundlage für Anreize und Fehlanreize für Strategien zur „Umsetzungskonformität“.

Kliniken unter Druck

Bisher hat sich offensichtlich niemand, der nicht in einer psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtung arbeitet, Gedanken darüber gemacht, wie sich die PPP-RL wirklich auf die Behandlung der Patienten auswirkt. Die Häuser werden mit Sanktionsdrohungen unter Druck gesetzt, sodass zusätzlich zu allem Bürokratieaufwand die Patientenversorgung leidet – und das nicht nur in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken, denn

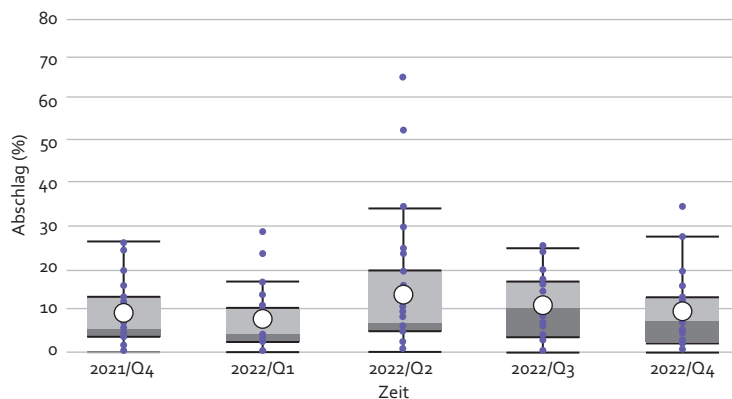
Erhebliche Schwankungen der Daten auf Berufsgruppenebene



Beispiel Kinder- und Jugendpsychiatrie; 34 Standorte; Beobachtungszeitraum: Q4/2021 bis Q4/2022 (ähnliches Verhalten in der Erwachsenenpsychiatrie)

Abb. 2

Projektziel: Entwicklungen von Kennzahlen Beispiel: Sanktionen im Quartalsverlauf



Beispiel Erwachsenenpsychiatrie; 34 Standorte; Beobachtungszeitraum: Q4/2021 bis Q4/2022 (ähnliches Verhalten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie).
Erläuterung: Für diese Darstellung wurden für jeden Standort fiktiv die Sanktionen gemäß PPP-RL § 13 Abs. 5 ermittelt. Der Abschlag wird als prozentualer Anteil am Klinikbudget ausgewiesen.

Abb. 3

Kostenträger feilschen auch um Gelder, die dringend für die Patientenversorgung benötigt werden. Alternative Behandlungsmodelle wie zum Beispiel §64b-SGB-V-Behandlungen werden kaum beachtet (und sind in der PPP-RL auch nicht relevant), obwohl diese bei einer guten, vertrauensvollen und offenen Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Krankenkasse dem Patienten wirklich helfen könnten. Konsequenterweise

müssen die Krankenhäuser die Krankenkassen dann auch beim Wort nehmen können, wenn es heißt „die sektorenenabhängige Behandlung erfordert auch eine sektorenenunabhängige Vergütung. Die Ausgaben- und Budgetentwicklung muss sich an den gesundheitlichen Bedarfen der Bevölkerung orientieren“ (siehe Artikel von Lehmann unter anderem in f&w 4/2023 „Psych-Reform aus einem Guss“). Dabei muss völlig klar sein,

dass diese Variante – weil sektorenübergreifend – teuer sein kann. Die Argumentation des G-BA und der Kostenträger, dass Millionen von Stichtagserhebungen durch die aktuelle Änderung der PPP-RL in den Krankenhäusern wegfallen, lässt außer Acht, dass ab 2024 zum Beispiel längst abgeschaffte OPS-Kodes für Pflege wiedereingeführt werden müssen, es Millionen von zusätzlichen Erhebungen durch die Pflege geben muss und diese Personalbindungszeit dann ebenfalls der Patientenversorgung entzogen werden wird.

Es deuten die Daten des PPP-RL-Benchmarkprojektes darauf hin, dass die PPP-RL – nicht zuletzt aufgrund der massiven Schwächen in der Richtlinienarchitektur – das Gegenteil von ihrer ursprünglichen Zielsetzung erreichen wird. Selbst wenn kalkulatorisch die Kliniken einen Anspruch auf Personalaufstockung ableiten können, wird die Realisierung des rechnerisch ermittelten zusätzlichen Personalbedarfs in vielen Einrichtungen aufgrund des Fachkräftemangels schlichtweg eine Illusion bleiben. Völlig ignoriert wird zudem, dass die Richtlinie ein kurzfristiges personelles Gegensteuern fordert, um Umsetzungskonformität herzustellen. Jedem personalverantwortlichen Mitarbeiter ist bekannt, dass ein solch schnelllebige „Personal-Schach“ utopisch ist.

Zum Steuern ungeeignet

Die Kliniken werden durch die erheblichen Sanktionsrisiken zudem einem massiven ökonomischen Stresstest unterzogen. Wenn die Sanktionsschwere – wie in prognostizierter Form – die Kliniken trifft, dann wird dies zu schweren Störungen im Betriebsablauf bis hin zu massiven existenziellen Krisen führen.

Die PPP-RL ist als Personal-Steuerungsinstrument zudem völlig ungeeignet. Die Servicedokumente liegen frühestens vier bis acht Wochen nach Quartalsende in freigegebener Form vor. Damit ist die PPP-RL reaktionsseitig viel zu träge und ermöglicht keine prospektive Steuerung von Personal. Die richtlinienimmanente und daher nicht auflösbare Verbindung zwischen „Patientenbelegung und Personal-Ist“ lässt die Umsetzungsgrade der Servicedokumente – nicht selten – im zweistelligen Prozentbereich von Quartal zu Quartal hin- und hertanzen. Rück-

Kennzahl „Auslastung“ Abhängigkeit zwischen Auslastungsgrad und Umsetzungsgrad auf Einrichtungsebene

Beispiele Standorte

Umsetzungsgrad (in Prozent)	Auslastung (in Prozent)	Umsetzungsgrad erfüllt
86,6	96,53	–
82,9	90,5	–
84,2	82,35	–
93,7	84,32	–
91,2	94,8	–
92,7	80,39	–
100,03	86,97	–
119,8	98,57	Ja
100,7	126,75	Ja
121,2	80,83	Ja
123	74,91	Ja

Beispiel. Erwachsenenpsychiatrie; Auswahl aus 34 Standorten; Beobachtungszeitraum: Q4 2022 (ähnliches Verhalten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie); Erläuterung: Die Auslastung wird als Relation der angegebenen Behandlungstage zu der Bettenzahl multipliziert mit den Tagen des Quartals (unter Berücksichtigung stationärer beziehungsweise teilstationärer Zählweise) berechnet.

Insgesamt		34 Standorte
Umsetzungsgrad erfüllt	Umsetzungsgrad nicht erfüllt	
14	20	

Tab.

schlüsse von diesen Datenbildern auf die Aussagekraft hinsichtlich Versorgungswirklichkeit oder gar -qualität müssen daher massiv infrage gestellt werden.

Die PPP-RL setzt außerdem Fehlanreize zur Nichtbelegung von Betten und ignoriert die Versorgungsaufträge der Kliniken sowie auch die gesundheitlichen Bedarfe der Bevölkerung. Eine Möglichkeit, die geforderten Umsetzungsgrade der PPP-RL in den Kliniken einigermaßen stabil im sanktionsfreien Raum zu planen, besteht darin, die Belegung pro Bett abzusenken. Unter der Annahme eines gleichbleibenden Personal-Ist-Standes steigen dann die Umsetzungsgrade. Die PPP-RL-Benchmark-daten machen diese Effekte sichtbar. Es ist also nur eine Frage der Zeit, bis die Kliniken anfangen werden, sich durch Belegungsabsenkung vor den Sanktionen der PPP-RL zu schützen. Die Hochrechnungen aus dem PPP-RL-Benchmarkprojekt gehen von einer Reduktion psychiatrischer/psychosomatischer Leistungen als PPP-RL-Effekt in Höhe der Einwohnerzahl der Stadt Lüneburgs (> 75.000 Patienten) pro Jahr aus.

Mit der PPP-RL ist ein weiteres Regelwerk, das zu Auseinandersetzungen zwischen Kliniken und Kostenträgern führen wird, hinzugekommen. Erste Hochrechnungen zeigen, dass Kliniken von durchschnittlicher Größe (circa 200 Betten) zusätzliche Bruttopersonalkosten von mindestens (!) 120.000 Euro pro Jahr einplanen müssen, um die PPP-RL-Daten zu administrieren. Dieses Geld wird der Krankenversorgung entzogen. Die Personalkosten für die künftigen Auseinandersetzungen mit dem Medizinischen Dienst (MD) kommen noch hinzu.

Kliniken dürfen nicht für die fehlende Umsetzbarkeit von Maßnahmen sanktioniert werden, die aufgrund ihrer Unausgereiftheit einen ineffektiven Einsatz von Personalressourcen, viel zu teurer Administration sowie unverhältnismäßige Dokumentationszwänge entfaltet. Die Qualität der Versorgung psychisch kranker Patienten muss weiterentwickelt und darf nicht gehemmt werden. Verschärfend kommt hinzu, dass diese Vorgaben nachweislich nicht evidenzbasiert, geschweige denn an der Versorgungsrealität orientiert sind.

Es ist den Kliniken nicht aufzubürden, dass der Gesetzgeber Forderungen stellt, diese gegebenenfalls – wie jetzt passiert – ändert und dann auch noch den Häusern Sanktionen in finanzieller Art auferlegt, die diese Häuser in existenzielle Not bringen.

Die Sanktionen sind für ein weiteres Jahr 2023 ausgesetzt und müssen auch so lange ausgesetzt bleiben, wie sich der Gesetzgeber Zeit für die Weiterentwicklung lässt, nämlich bis zum 31. Dezember 2025. Die Alternative ist das schrittweise Verschwinden psychiatrischer und psychosomatischer Versorgungsstrukturen. Sollte dies das Ziel sein, dann sollte dies auch in aller Deutlichkeit der Öffentlichkeit mitgeteilt werden und nicht durch die Hintertür erfolgen.

PD Dr. Claus Wolff-Menzler
Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e. V.
Leiter des FEPP (Fachausschuss Entgeltssystem Psychiatrie und Psychosomatik)
E-Mail: claus.wolff-menzler@medizincontroller.de

Guido Hartmann
Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e. V.
Stellv. Leiter des FEPP (Fachausschuss Entgeltssystem Psychiatrie und Psychosomatik)
E-Mail: Guido.Hartmann@medizincontroller.de