



© Julien Eichinger – stock.adobe.com

PPP-RL: Und was kommt jetzt?

Kritische Würdigung einer Auswahl von bedeutsamen Änderungen der PPP-RL in 2023

Von Guido Hartmann und Claus Wolff-Menzler

Die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) hat bereits in den psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken und Fachabteilungen in Deutschland Kosten in Millionenhöhe und reichlich Arbeitszeit für administrative Arbeit verursacht, die zum Teil auch bei der Behandlung von Patienten fehlt. Es gab deshalb in der Vergangenheit viele Bemühungen, Änderungen bzw. Verbesserungen der PPP-RL zu bewirken. So gab es aus Niedersachsen heraus zuletzt die 3. Niedersächsische Erklärung der von der PPP-RL betroffenen Kliniken. Drei Kliniken haben ein nationales Benchmarkprojekt zur PPP-RL ins Leben gerufen, um die Anreize und Fehlanreize sowie die Auswirkungen z.B. auf die Versorgungsqualität der PPP-RL systematisch zu untersuchen. Ein weiterer Schwerpunkt dieses Benchmark-Projektes liegt auf der Entwicklung von „PPP-RL Kennzahlen“, um Potenziale und Auswirkungen auf die Kliniken identifizieren zu können. Der größte Interessenverband des Medizincontrollings in Deutschland, die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling

(DGfM) hat jüngst eine Stellungnahme zur PPP-RL verfasst und innerhalb dieser auch auf das Benchmarkprojekt verwiesen.

All diese und weitere Bemühungen werden in Summe dazu geführt haben, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in seiner Sitzung am 15.9.2022 eine weitere Anpassung gemäß § 1 Abs. 3 PPP-RL beschlossen hat, vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und der Veröffentlichung im Bundesanzeiger (Stand 6.12.2022). Und was kommt jetzt? In der Folge wird eine Auswahl von bedeutsamen Änderungen der PPP-RL kritisch gewürdigt.

Weiterentwicklung?

Der § 1 Abs. 3 der PPP-RL ist dahingehend geändert, dass eine zukünftige Ausgestaltung der Personalvorgaben, die „zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen sollen, unter Berücksichtigung der Auswertung der Datenlieferungen der Krankenhäuser aus dieser Richtlinie nach Finalisierung und Auswertung der derzeit in der Wissenschaft und von den Fachgesellschaften diskutierten Personalbemessungsmodelle bis zum 31. Dezember 2025 erfolgen wird“.

Die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) hat bereits in den psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken und Fachabteilungen in Deutschland Kosten in Millionenhöhe und reichlich Arbeitszeit für administrative Arbeit verursacht, die zum Teil auch bei der Behandlung von Patienten fehlt. Es gab deshalb in der Vergangenheit viele Bemühungen, Änderungen bzw. Verbesserungen der PPP-RL zu bewirken.

Keywords: Abrechnung, Recht, Strategie

Des Weiteren wird in § 2 PPP-RL ein neuer Absatz 11 eingeführt, der den Begriff Station erstmals definiert. „Eine Station im Sinne dieser Richtlinie ist die kleinste bettenführende organisatorische Einheit der Patientenversorgung am Standort eines Krankenhauses“.

Eine Überlegung dazu:

Manchmal helfen historische Herleitungen. Seit Jahren werden verschiedene Personalbemessungsmodelle in den Gremien diskutiert. Der eine oder andere erinnert sich vielleicht ►

noch an die „Wittchen-Studie“. Im Ergebnis ist schließlich und für manchen überraschend nach einem „holprigen Start“ die PPP-RL eingeführt worden. Ganz offensichtlich ist inzwischen jedoch verstanden worden, dass die PPP-RL in ihrer bisherigen Ausgestaltung hochrisikobehaftet für die Häuser ist. Ein Grundgedanke der PPP-RL ist nach wie vor, dass sie einen Beitrag für eine leitliniengerechte Behandlung leisten soll. Dies ist als Zielsetzung begrüßenswert. Es stellt sich nun die Frage, nach welcher Logik die PPP-RL für die verschiedenen Leitlinien jeweils diesen Beitrag leisten kann? Hier ist eine transparente Darstellung der jeweiligen Diskussionsstände von involvierten Gremien zu fordern und eine Mitwirkung anzubieten. In jedem Fall sollte vermieden werden, dass sich ein solcher „Fehlstart“ wiederholt.

Sanktionen

Die Sanktionen sind für ein weiteres Jahr ausgesetzt, was den akuten Druck für die Erstellung und den administrativen Aufwand der Daten mindert, aber nicht nimmt.

Eine Überlegung dazu:

Warum nur ein Jahr? Wenn es nur ein Jahr ist, dann ist überhaupt nicht klar, was in 2024 passiert. Für die Krankenhäuser, die die Entwicklung aktiv unterstützen, sind die Sanktionen nur kurzfristig aufgehoben. Alle Häuser laufen ab 2024 erneut voll in das Sanktionsrisiko, obwohl die aktuellen Planungen des Gesetzgebers selber einen „Weiterentwicklungskorridor“ bis Ende 2025 aufrufen.

Stichprobe

In § 16 PPP-RL wird Absatz 8 neu eingefügt, der regelt, dass in der Zeit vom 1.1.2023 bis 31.12.2025 nur für eine repräsentative Stichprobe von fünf Prozent der Einrichtungen eine Verpflichtung zur Abgabe der Daten mit Monats- und Stationsbezug erfolgt, die Einrichtungen sollen jährlich wechseln. Das Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) ist mit der Ermittlung einer Stichprobe nach § 16 Absatz 8 PPP-RL beauftragt (Beschluss des G-BA vom 2.11.2022). Grundlage für die Ermittlung der Grundgesamtheit bilden die dem IQTIG bekannten Krankenhausstandorte einschließlich der an diesen Standorten vorhandenen Einrichtungen.

Das IQTIG zog für das Erfassungsjahr 2023 eine repräsentative Stichprobe aus der Grundgesamtheit der Einrichtungen, entsprechend einem im Vorwege vorgelegten Stichprobenkonzept. Für das Erfassungsjahr 2023 erfolgte die Ziehung der repräsentativen Stichprobe im Umfang von fünf Prozent bis zum 8.12.2022.

Das IQTIG teilte den gezogenen Krankenhäusern bis zum 15.12.2022 mit, dass sie an der Stichprobe teilzunehmen haben und welche Unterlagen innerhalb welcher Fristen zu übersenden sind.

Eine Überlegung dazu:

Das Hauptproblem wurde nicht gelöst: Monats- und Stationsbezug sind noch da. Wenn auch nur für 5% verpflichtend. Dies wird dazu führen, dass die übrigen 95% der Kliniken ihre Daten weiter erheben, um nicht in das Risiko zu laufen, keine Daten liefern zu können, welche sie auch nur halbwegs vertreten können.

Anders ausgedrückt: Wenn die Kliniken bis zum 15.12.2022 nichts gehört haben, dann könnte man mit der Erfassung aufhören und abwarten, ob die Klinik für 2024 gezogen würde. Aus einer Geschäftsführungsperspektive würde kein verantwortungsvoll handelnder Geschäftsführer seinem Haus einem solchen Risiko aussetzen, um zu verhindern die Haussicht und den Anschluss auf dieses zentrale Budgetthema der Klinik zu verlieren. Also wird es vermutlich so sein, dass die Kliniken – wie 2022 auch – permanent ihre Daten in der bisherigen Methodik erfassen und Mitarbeiter freistellen um dieses zu gewährleisten. Es ist zudem völlig unklar, nach welchen Kriterien die 5% der Häuser ausgewählt werden. So stelle man sich vor, es seien überwiegend kleine Häuser oder Unikliniken oder Tageskliniken,... . Man kann nur hoffen, dass die Auswahl eine Gleichberücksichtigung der verschiedenen klinischen Bereiche, Hausgrößen, regionalen Streuungen usw. berücksichtigt. Hier ist eine transparente Darstellung, wie die Repräsentativität der 5%-Stichprobe zustande kommt, zwingend zu fordern. Im Beschluss des G-BA vom 2.11.2022 zur Beauftragung des IQTIG mit der Ziehung der Stichprobe heißt es nur „Für die

Ziehung der Stichprobe ist ein adäquates Stichprobenkonzept mit einer differenzierten, merkmalsstratifizierten Stichprobenziehung vorzulegen, die die Grundgesamtheit repräsentativ abbildet“.

Des Weiteren muss auch berücksichtigt werden, dass Kliniken mit mehreren Standorten nach der Ziehung nicht an einem Standort den „Monats- und Stationsbezug“ liefern müssen und an einem anderen Standort nicht.

Des Weiteren ist zu fordern, dass die Kliniken, welche in die 5%-Stichprobe gezogen werden, den erheblichen Erfassungs- und Administrationsaufwand auch vergütet bekommen. Die gezogenen Kliniken zumindest müssen weiterhin die Erfassung nach Monaten und Station durchführen und ggf. zusätzliche Daten liefern.

Unstrittig ist, dass eine Datenerfassung auf Stationsebene den Aufwand weiterhin explodieren lässt und die Datengüte nicht befriedigend – da sehr heterogen erhoben – sein wird. Aus den bisherigen Erfahrungen abgeleitet, sollte in einem zukünftigen System in jedem Fall der Stationsbezug ausgesetzt bleiben. Es muss eine individuelle Betrachtung des Hauses möglich sein.

Regelaufgaben

Es ist erfreulich, dass auch die Erfassung der Regelaufgaben entsprechend § 16 Absatz 6 PPP-RL für 2023 ausgesetzt wird. Die Erfassung der Regelaufgaben wird sich sogar ab 2024 grundlegend ändern. Ab dem Jahr 2024 erfolgt die Erfassung der Regelaufgaben durch die Übermittlung der OPS-Kodes der Bereiche 9-60 bis 9-98.

Eine Überlegung dazu:

Für die Pflege wurden OPS Kodes bereits vor Jahren abgeschafft und die Erfassungsinfrastruktur ist überwiegend nicht mehr vorhanden. Das bedeutet, dass OPS Kodes für die Pflege wiedereingeführt werden müssen.

Welche Vorgaben zur Erfassung der Regelaufgaben aller Berufsgruppen im OPS-Katalog wird es geben? Die OPS Kodes, welche das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

(InEK) in der Kalkulation des PEPP-Systems nutzen, sind über alle drei Fachgebiete (Erwachsenen-Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik) kaum aussagekräftig. Eine Weiterentwicklung ist seit Jahren nicht erkennbar. Da über die bisherigen OPS Kodes in der Kalkulation nur eine Menge bis zu 20% der erbrachten Leistungen abgebildet werden kann – wie Kalkulationsdaten zeigen – und der Rest als sogenanntes Grundrauschen in der Kalkulation abgebildet wird, scheint eine Verwendung der erfassten OPS-Daten bzgl. Regelaufgaben zwar einfach, aber nicht zielführend für eine globale Personalbemessung zu sein. Sollte sich die Erfassung der OPS Kodes jedoch grundlegend (also kleinteiliger) ändern, wird dies in den Häusern zu noch mehr Dokumentations- und Schulungsaufwand führen.

Eingruppierungsempfehlungen

Die Voraussetzungen zur Eingruppierung orientieren sich jetzt entsprechend Anlage 2 der PPP-RL zum großen Teil an den OPS Kodes für Regel- und Intensivbehandlung und im Bereich der Psychosomatik an den OPS Kodes für die Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung.

Des Weiteren wird im Bereich Gerontopsychiatrie zukünftig das Alter in den Eingruppierungsempfehlungen konkret benannt. In diesen Bereich kam es zu einer Altershochstufung und nun sind Patienten ab 65 Jahren einzustufen.

Eine Überlegung dazu:

Die Erfassung der Behandlungsbereiche bleibt, die Beschreibung hat sich

geändert, was einen weiteren Schulungsaufwand für alle die, die Eingruppierungsempfehlungen umsetzen müssen, bedeutet. Im Gerontobereich heißt es nicht mehr „Psychisch kranke in höherem Lebensalter“ sondern „größer/gleich 65 Jahre“. Diese Altersempfehlung wird der Behandlung dieses Patientenkontexts nicht gerecht werden, weil damit die Patienten unter 65 Jahren, welche dennoch einen erhöhten pflegerischen Personaleinsatz benötigen, zukünftig nicht mehr in den „G-Bereich“ eingestuft werden können. Sollte die klinische Versorgung „Abrechnungsklassifikationen“ folgen, wäre an dieser Stelle ein kompletter Umbau des gerontopsychiatrischen Versorgungsteils zu befürchten. Bisher wird auch nicht „überwacht“, welches Alter die eingestuft Patienten haben, warum also diese Grenze, gerade im gerontopsychiatrischen Bereich? Da es sich in der Anlage 2 ohnehin um eine Eingruppierungsempfehlung handelt, wird offensichtlich nicht erwartet es genauso zu machen. Da die Richtlinie zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes (MD-QK-RL) in Bezug auf die PPP-RL, trotzdem ab 2023 in Kraft tritt, wird mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit die Umsetzung der PPP-RL-Vorgaben penibel geprüft und an dieser Stelle werden sich aufgrund der oben beschriebenen veränderten Minutenwerte letztendlich auch Personalbemessungen ändern.

Fazit und Forderungen

1. 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.

- Die PPP-RL-Weiterentwicklung läuft, allerdings schleppend, und Kliniken müssen weiterhin sehr flexibel sein, da sie jederzeit damit rechnen müssen, den Monats- und Stationsbezug liefern zu müssen. Dies ist nicht akzeptabel und weiterhin muss gefordert werden, den Monats- und Stationsbezug ersatzlos abzuschaffen.
- Die Erfassung der Regelaufgaben über OPS Kodes muss abgeschafft werden, denn die sind und bleiben nicht aussagekräftig, wenn Aussagen über das psychiatrische und psychosomatische Versorgungsgeschehen gemacht werden.
- Der Ansatz über eine „5%-Stichprobe“ die PPP-RL-Weiterentwicklung substanziell voranzutreiben ist nicht zielführend, da „5%“ schlicht zu wenig sein dürfte. Wie oben dargestellt, werden ohnehin alle weiter erfassen, daher wäre ein „alle oder keiner Ansatz“ sinnvoller. ■

Guido Hartmann









Deutsche Gesellschaft für
Medizincontrolling e. V.
Stellv. Leiter des Fachausschuss Entgeltsystem
Psychiatrie und Psychosomatik (FEPP)
Guido.Hartmann@medizincontroller.de

PD Dr. Claus Wolff-Menzler, M.A.

Deutsche Gesellschaft für
Medizincontrolling e. V.
Mitglied des Vorstandes
Leiter des Fachausschuss Entgeltsystem
Psychiatrie und Psychosomatik (FEPP)
claus.wolff-menzler@medizincontroller.de



ERLÖSOPTIMIERUNG VOR ABRECHNUNG

-  **Schnell:** Stabile Liquidität ohne Zeitverlust
-  **Richtig:** Kein Anstieg der Prüfquoten
-  **Sicher:** Einzelfall-Dokumentation für MD
-  **Nachhaltig:** Wissenstransfer durch Workshops und Individual-Coaching
-  **Transparent:** Reporting mit Handlungsempfehlungen
-  **Risikolos:** Erfolgsabhängige Vergütung
-  **Personalunabhängig:** Fallbearbeitung durch DLMC
-  **Flexibel:** Kein Kauf von Software