



©vladimirfloyd - stock.adobe.com

PPP-RL – Jenseits des Lustprinzips

Oder: Wie uns nichts von einer leitliniengerechten Behandlung abhält

Von Guido Hartmann und Claus Wolff-Menzler

Eine Alltagsweisheit lautet „man kann den Menschen nicht in den Kopf gucken“. Es ist nicht immer nachzuvollziehen, was andere bewegt oder warum sie sich in gewissen Situationen so verhalten. Ähnlich ist es mit der PPP-RL. Seit 2019 gibt es die PPP-RL, die unter mehr oder weniger (in-) transparenten Umständen und mit unklarer wissenschaftlicher Evaluation eingeführt wurde. Viele derjenigen, die sich heute mit der PPP-RL beschäftigen müssen, sind neu im Krankenhauswesen und haben nicht mal mehr Zeit, sich mit der Herkunft und Zielsetzung der PPP-RL auseinanderzusetzen. Dennoch müssen wir alle, die damit zu tun haben, aufpassen, dass uns die Lust an unserer Arbeit nicht verloren geht.

Keywords: Patientenversorgung, Gesundheitspolitik, Strategie

Die PPP-RL in der Fassung vom 19.09.2019 ist am 01.01.2020 in Kraft getreten. Seitdem gibt es verschiedene Bemühungen, diese an die praktische Arbeit vor Ort anzupassen. Diese Bemühungen haben auch dazu beigetragen, dass die Sanktionen weiterhin ausgesetzt und Anpassungen vorgenommen wurden. Die PPP-RL wurde mit dem Ziel eingeführt, ei-

nen substanziellen Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung beizutragen. Dieses Ziel ist bis heute nicht messbar. Auch die aktuellen Änderungen tragen nicht dazu bei.

Änderung der Erfüllungsquote

Mit Beschluss vom 21.03.2024 wurde die PPP-RL unterjährig zum 01.07.2024 dahingehend geändert, dass die Einführungsstufen in § 16 der PPP-RL verlängert wurden. In den tragenden Gründen heißt es dazu: „Die Auswertungen des G-BA zeigen, dass die Krankenhäuser noch mehr Zeit für eine Weiterentwicklung der Versorgung und den erforderlichen Personalaufbau benötigen“. Diese Aussage ist irritierend, weil die Versorgung in weiten Teilen gut ist, aber die Versorgungsverbesserung durch Personalzuwachs infolge der PPP-RL vielerorts nicht aufgebaut werden kann, weil es nicht genügend Personal gibt. Diesem Umstand trägt die PPP-RL keine Rechnung. Weiter heißt es, „deshalb wird die ab 1. Januar 2024 vorgesehene nächste Einführungsstufe von 95 Prozent nach Satz 2 Nummer 3 auf den 1. Januar 2027 verschoben. Die bis zum

Erfassungsjahr 2023 geltende Einführungsstufe von 90 Prozent wird mit Wirkung vom 1. Juli 2024 bis 31. Dezember 2026 verlängert. Die Stufe von 100 Prozent ist ab 1. Januar 2029 zu erfüllen.“

Allein aus ►Abbildung 1 lässt sich der enorme Bürokratieaufwand exemplarisch an den Erfüllungsquoten unter mehreren Gesichtspunkten darstellen: Teilweise Änderungen im Jahreswechsel, mit sehr wenig Zeit für die Krankenhäuser dies umzusetzen (Schulung, Änderung der Dokumentation, Änderung der datenverarbeitenden Systeme, Qualitätssicherungen, u.s.w.), bei unverändertem Prüfdruck seitens der Kostenträger.

Inzwischen erfolgen auch unterjährige Anpassungen, siehe 2024, (hektische politische Steuerbewegung?) Daraus erkennbar ist die enorme administrative Dynamik, welche krankenhauseseitig zu einem endlosen Stressor der Krankenhausökonomie und der Administration geworden ist, abseits jeden Lustprinzips. Gerade Letzteres ist höchwahrscheinlich ein Grund für häufigeren Personalabgang in der Ad-

ministration, insbesondere dem Controlling, denen häufig schon die Lust vergangen ist, solche aufwendigen, komplizierten und kaum noch verstehbaren Regelungen zu bedienen.

Änderung der Einstufung

Eine weitere Änderung, die nicht dazu beiträgt, mehr Lust zu haben, die PPP-RL aktiv zu unterstützen, ist die Einführung einer Altersgrenze im Gerontopsychiatrischen Bereich ab 2024. In den aktuellen FAQ vom 03.07.2024 heißt es: „In den Eingruppierungsempfehlungen in Anlage 2 sind den einzelnen Behandlungsbereichen die entsprechenden OPS-Kodes sowie die Merkmale Alter (<= 65 Jahre und > 65 Jahre in der Erwachsenenpsychiatrie), Hauptdiagnose und Aufnahmegrund zugeordnet. Diese Merkmale – Alter, Hauptdiagnose und Aufnahmegrund – sind ein Bestandteil der Routinedaten.“

Bis zum 31.12.2023 war in den Eingruppierungsempfehlungen in Anlage 2 von „Akut psychisch Kranke im höheren Lebensalter“ die Rede, die mit einem „G“ eingestuft wurden. Ab 01.01.2024 heißt es in den Eingruppierungsempfehlungen „Akut psychisch Kranke im Alter von ≥ 65“ Jahren. Dies gilt offensichtlich auch dann, wenn die Krankenhaushauptdiagnose eine nicht gerontopsychiatrische Diagnose ist (z.B. Sucht, Depression, Psychose, Persönlichkeitsstörung, u.s.w.). In der Leitlinie Demenzen steht:

- Im Kapitel Bevölkerungsprävalenz: „Basierend auf den Abrechnungsdaten der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK), sind insgesamt 10,5 % der deutschen Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und darüber an einer Demenz erkrankt (AOK 2014).“ Dies bedeutet, dass über 85 Prozent im Alter von 65 Jahren und darüber nicht an einer Demenz erkrankt sind. Alle diejenigen aus dieser Gruppe, welche psychiatrisch krankenhausbedürftig werden, würden somit eine andere Krankenhaushauptdiagnose erhalten und seit 2024 statt in A oder S, nun in G einzustufen sein.
- Im Kapitel Altersspezifische Prävalenz: „Demenzkrankungen nehmen mit steigendem Alter exponentiell zu. Während im Alter von unter 65 Jahren etwa 0,1 % der Bevölkerung von einer Demenz betroffen ist...“ Dies bedeutet, zum 31. Dezember 2023 lebten 84.669.000 Personen in Deutschland. 0,1 Prozent der Bevölkerung würden ca. + 62.000 potenzielle Fälle bedeuten, wovon ein Teil psychiatrisch krankenhausbedürftig werden dürfte

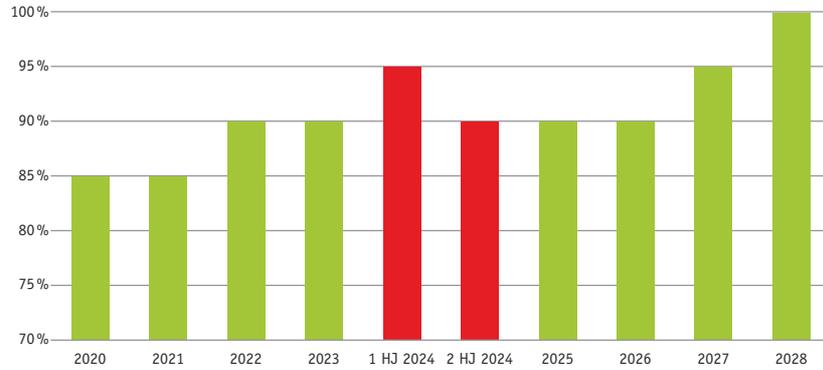


Abb. 1: Enormer Bürokratieaufwand

Eingruppierungsempfehlung bis 31.12.2023	Eingruppierungsempfehlung ab 01.01.2024
S-Einstufung	G-Einstufung
IST-Pflegepersonal (bis 31.12.2023)	zusätzliches Pflegepersonal

Abb. 2: Administrative Dokumentation

und jetzt auch bereits in G eingestuft ist und somit ein erhöhter pflegerischer Aufwand abgebildet ist.

Allein ein einziges Beispiel einer großen psychiatrischen Erkrankungsentität macht die enorme Hebelwirkung der Eingruppierungsempfehlung nach Alter Cut-Off deutlich; hier am Beispiel Sucht dargestellt.

In der Leitlinie Sucht steht im Kapitel „Hintergrund der Evidenz“: „Eine einheitliche Verwendung des Begriffes „Ältere“ findet sich in der Literatur zu alkoholbezogenen Störungen nicht. Auch bei älteren Personen (65 Jahre und mehr) sind alkoholbezogene Störungen häufig (...) und können mit schweren somatischen und psychischen Störungen assoziiert sein. Sie werden aber seltener als bei Jüngeren erkannt und einer Behandlung zugeführt (...). ... Mit einer absoluten und relativen Zunahme alkoholbezogener Störungen ist daher zu rechnen (...).“

Dies bedeutet, dass sämtliche Suchtpatienten, welche älter als 64 Jahre sind, zukünftig statt einer S-Eingrup-

pierung eine G-Eingruppierung bekommen würden. Dies wiederum bedeutet, dass die Suchtbereiche Personalzuwächse einplanen müssen, wenn sie nicht in die Sanktionen laufen wollen, oder sie reduzieren die Fallzahlen.

Der Alters-Cut-Off > 64 Jahre basiert offensichtlich auf einer „willkürlich“ gewählten – zugegebenermaßen häufig eingesetzten – Größe. Im Kontext der PPP-RL muss dieser jedoch als hochproblematisch angesehen werden, da dieser Cut-Off kritische Effekte haben kann.

Es ist zu erwarten, dass Prüfungen gemäß MD-QK-RL als erstes das Alter in den Fokus nehmen werden. Im Ergebnis davon spielen dann Haupt- und Nebendiagnosen eine untergeordnete Rolle. Auch wenn es sich hierbei nur um Empfehlungen handelt, zeigt die gelebte Praxis, dass der MD dies als „feste Größe“ betrachtet.

Beispiel-Fall – Use-Case „Sucht“

Krankenblattdokumentation: Alter: 65 J., Krankenhaushauptdiagnose: ▶

Geschäftsbereiche



Gesundheitsmanagement
ist kein Zufall!

Medizin-Controlling

- DRG | PEPP Kodierung
- MD-Fallmanagement
- Strukturprüfungen

Krankenhausberatung

elbamed-Akademie

Tel.: 0800-35 22 6 33
 ▪ www.elbamed.de
▪ info@elbamed.de

Berufsgruppe	SOLL VKS aktuell*	SOLL VKS G über 65 Jahre	Differenz
b (Q1)	90.368	91.027	659
b (Q2)	89.633	90.537	904
Summe	180.001	181.564	1.563

Abb. 3: Berufsgruppe b (alle Fälle über 65 Jahre mit G Einstufung im Vergleich zur bisherigen Einstufung)

F 10.2, Behandlung auf Suchtstation mit Entgiftung und Entwöhnung (►Abb. 2)

Wenn nun systematisch ein „shift“ sämtlicher Fälle, welche älter als 64 Jahre sind, von A oder S in G stattfinden muss, dann werden die Personalminutenwerte bei der Pflege nennenswert erhöht und dies hat folgende Effekte bzw. könnten folgende Gegensteuerungsmaßnahmen auslösen, damit die Häuser versuchen, Sanktionen abzuwehren: Erhöhung der Gefahr, dass die Mindestanforderungen der PPP-RL nicht erreicht werden können, dadurch erhöhtes Sanktionsrisiko Gegenmaßnahmen:

- Einstellung von Personal: in Zeiten des Fachkräftemangels flächendeckend illusorisch
- In den Budgetverhandlungen mehr Personal zu fordern: in aktuellen politischen Zeiten flächendeckend illusorisch
- Absenkung der Belegung und damit eine Verschlechterung der psychiatrischen Versorgung bzw. Abkopplung von besonders vulnerablen Gruppen; was dem Gegenteil der Zielsetzung von Leitlinien entspricht.

Daraus folgt: Absenkung der Belegung

Beispiel – Fall – Use-Case „Psychiatrisches Fachkrankenhaus am Beispiel Pflege“

Es handelt sich hier um ein Haus, das bisher immer die Mindestanforderungs-Quoten erfüllt hat.

Das Beispiel des Krankenhauses (►Abb. 3) zeigt mittels der Daten des 1. und 2. Quartals 2024 aus dem Bereich Erwachsenenpsychiatrie, welche Vollkraftstunden im Bereich Pflege ermittelt wurden, bei einer Einstufung entsprechend der Krankheitsbilder – ohne Berücksichtigung von Altersgrenzen. Dem gegenüber löst die Anwendung der Eingruppierungsregel einen zusätzlichen Vollkräftebedarf von ca. 2 VK, auf das Jahr hochgerechnet, im Bereich der Pflege aus. Einer simplen Schätzung nach – ausgehend davon, dass in Deutschland ca. 400 Erwachsenen-Psychiatrische Kliniken vorhanden sind – würden ab 01.01.2024 pro

Jahr mind. 800 zusätzliche Pflegestellen notwendig werden. Noch gar nicht berücksichtigt, ist die demografische Entwicklung der Bevölkerung. Danach wird bis 2029 der Anteil der 65-Jährigen stetig und deutlich ansteigen! Erst jenseits von 2029 würde dieser zusätzliche Bedarf wieder sinken können.

Dieses Szenarium wirft folgende Fragen auf:

1. Wo ist der Vorteil in der Patientenversorgung bei dieser eingeführten Altersgrenze?
2. Wie wird ein fachlicher Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung durch diese Altersgrenze geleistet?
3. Wer profitiert generell von dieser Altersgrenze – die Systementwickler oder die Krankenhäuser?
4. Wie kann die Finanzierung dieser „zusätzlich-zusätzlichen“ Stellen durch Einführung der Altersgrenze ohne langjährige Diskussionen in den Budgetverhandlungen gewährleistet werden?
5. Wie wird sichergestellt, dass der MD bei einer Prüfung diese Altersgrenze auch nur als Empfehlung betrachtet?

Dieses Szenarium wird zu Effekten und Abwehrreaktionen in den Kliniken führen, um sich vor Sanktionen zu schützen:

- Personalverschiebungen werden notwendig sein; dies wird die ohnehin schon gestressten Mitarbeiter noch mehr stressen; Abwanderungen werden zunehmen, die Lust geht verloren
- Die Belegungssteuerung der vulnerablen Gruppen (> 64 Jahre) wird unter dem Primat der PPP-RL erfolgen und nicht nach medizinischen Notwendigkeiten

Fazit und Forderung

Der Alters-Cut-Off ist ein weiteres Beispiel, wo sich die eigentliche Intention der PPP-RL ins Gegenteil verdreht. Die Krankenhäuser richten den Hauptfokus auf die Sanktionsabwehr und werden vulnerable Gruppen von der Versorgung abkoppeln müssen. Es müssen Formate gefunden werden,

die Praktiker vor Ort in die Weiterentwicklung einzubinden, mit dem Ziel einer Verbesserung der Praktikabilität und Entbürokratisierung der Richtlinie.

Die PPP-RL nimmt keine Rücksicht auf die demografische Entwicklung, gesellschaftliche Trends und Fortschritte (z.B. keine Abbildung von digitalen Versorgungsformen, versteckte Depressionen bei hochfunktional Erkrankten, welche trotz Symptomatik ihren Arbeitsalltag meistern, u.v.m.). Vermutlich wird völlig unterschätzt, dass tatsächlich einige Krankenhäuser an einer PPP-RL-Weiterentwicklung interessiert sind, jedoch keine Möglichkeit haben mitzuwirken. Die Konflikte zwischen Kostenträgern und Krankenhauspersonal werden zunehmen. Die Unruhe und Frustration des Klinikpersonals wird weiter ansteigen; sie haben schlichtweg „keine Lust mehr“. Viele wünschen sich einen Fortschritt und nicht nur eine Weiterentwicklung der PPP-RL! Und um mit den Worten von Joseph Joubert zu sprechen: Das Ziel eines Konfliktes oder einer Auseinandersetzung sollte nicht der Sieg sein, sondern der Fortschritt. ■

Literatur bei den Verfassern



Guido Hartmann

Deutsche Gesellschaft für
Medizincontrolling e. V.
Mitglied des Vorstandes

Stellv. Leiter des Fachausschuss Entgeltsystem
Psychiatrie und Psychosomatik (FEP)
Guido.Hartmann@medizincontroller.de

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

Deutsche Gesellschaft für
Medizincontrolling e. V.
Mitglied des Vorstandes

Leiter des Fachausschuss Entgelt Psychiatrie
und Psychosomatik (FEPP)
claus.wolff-menzler@medizincontroller.de