



PPP-RL – mit Anlauf an die Wand?

Von Claus Wolff-Menzler, Achim Hochlehnert, Micheal Lochhaas, Bernd Flath und Johannes Nebe

Nach Angaben des G-BA legt die Richtlinie geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Versorgung fest. Dazu werden insbesondere verbindliche Mindestvorgaben für die Personalausstattung bestimmt. Von den Fachverbänden der Kliniken kommt massive Kritik. So schreibt die DGPPN: „Die dringend benötigte Neuregelung der Personalbemessung ist auf ganzer Linie gescheitert: Statt der notwendigen Verbesserung der Personalschlüssel droht Personalabbau (...) Die aktuell verabschiedete Richtlinie legt die bislang geltende Personalverordnung – statt sie qualitativ und signifikant zu erhöhen – als Personaluntergrenze fest. Die Folge ist, dass Krankenhäuser noch weniger Personal als bisher von den Krankenkassen finanziert bekommen (...)“ Zusammengefasst wirkt die PPP-RL wie ein Sanktionsinstrument, was die erhebliche Gefahr in sich birgt, eine Personalabwärtsspirale im Sinne eines Personalabbaus in Gang zu setzen und die Kliniken in die Zeiten der Verwahrspsychiatrie zurück zu katapultieren.

Erste Praxiserfahrungen

Der Fachausschuss Entgeltssystem Psychiatrie und Psychosomatik (FEPP) der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM) sieht auf Grundlage der aktuellen PPP-RL-Fassung folgende – nahezu unlösbare –

Anforderungen sowie Risiken auf die Krankenhäuser zukommen:

1. Operative Umsetzung und negativer Fehlanreiz mit der Gefahr für Fehlentwicklungen

Die Krankenhäuser müssen eine (nicht gegenfinanzierte) komplexe und umfangreiche Infrastruktur aufbauen.

Nach ersten Rückmeldungen beträgt der Personalaufwand 1–2 Stellen für Häuser mit einer Größe von ca. 200 Betten. Eine bereits gestartete Umfrage der DGfM wird dazu bald fundiertere Ergebnisse nachberichten. Klar ist aber schon jetzt, dass die Kliniken erheblich investieren müssen, um auch nur ansatzweise korrekte Meldungen für die PPP-RL zu erstellen. Weil dieses Personal nicht gegenfinanziert ist, werden die Ressourcen der Krankenversorgung entzogen werden. Damit ist die Wirkung der PPP-RL paradox.

Es ist völlig unrealistisch und praxisfern, dass der tatsächliche stationsbezogene und insbesondere stations- und standortübergreifende Personaleinsatz mit diesem Ansatz täglich minuten- oder stundengenau erfasst werden kann. Beispielsweise ist das System bei kurzfristigen Krankmeldungen viel zu träge, um kurzfristige Ausfälle personell zu kompensieren.

Auch bei z.B. Ausfall durch Schwangerschaft hat das Krankenhaus keine Möglichkeit, den

drohenden Sanktionen zu entgehen, die aus dem ungeplanten Beschäftigungsverbot resultieren. Die üblicherweise stattfindende Kompensation durch Mitarbeiter, die von anderen Stationen vertretungsweise hinzugezogen werden, lässt sich bei den meisten Personalerfassungssystemen nicht nachvollziehen, zumal dann das Personal an der anderen Stelle fehlen würde. Die Folge ist eine Untererfüllung, die in unangebracht hohen Sanktionen resultiert, gerade wenn das Krankenhaus zusätzliches Personal einstellen müsste („doppelte Bestrafung“). In den Budgetverhandlungen war die Finanzierung von Vorhaltepersonal bislang nicht verhandelbar, also ist die eigentliche Konsequenz, dass die Klinik vor diesem Hintergrund die Patientenaufnahme drosseln müsste, was bei Häusern mit Versorgungsauftrag jedoch nicht möglich ist („dreifache Bestrafung“). Somit hat eine einzige unplanbare personelle Veränderung eine dreifach negative Konsequenz für das Krankenhaus.

Krankenhäuser können nicht so schnell gegensteuern. Um Sanktionen zu entgehen, werden die Häuser Maßnahmen ergreifen müssen, die sich negativ auf einen flexiblen Personaleinsatz auswirken, der gerade in der modernen Psychiatrie erforderlich ist (negativer Fehlanreiz). Der Personaleinsatz orientiert sich nicht mehr an der Patientenversorgung (z.B. Bezugspflege), son-

dern an der Sanktionsvermeidung.

2. Erfüllungsgrade und Sanktionen

Die ersten Rückmeldungen zeigen, dass sehr viele Krankenhäuser die geforderten Mindestvorgaben in einzelnen Bereichen nicht erreichen werden. Diese Häuser geraten zusätzlich unter Druck, da sich dann die ohnehin schon kurzen Fristen nochmals verkürzen.

3. Komplizierte Meldewege, regulatorische Schwächen und Kinderkrankheiten

Die Krankenhäuser müssen die sensiblen Daten an ganz unterschiedliche Adressaten melden und geraten dabei in Konflikt mit datenschutz- und arbeitsrechtlichen Vorschriften. Der notwendige rechtliche und inhaltliche Reifegrad der PPP-RL scheint auch in dieser Hinsicht noch nicht erreicht.

4. IT und Datengüte

Es gibt keine erprobte IT-Unterstützung am Markt, welche den Prozess von der Datenerfassung der Mitarbeiterarbeitszeit und des Einsatzortes bis zur PPP-RL-Meldung an die Gremien abbilden würde. Die Daten sind daher zwangsläufig sehr heterogen, fehlerhaft, wenig vergleichbar und nicht verwertbar. Auch wenn der G-BA eine Software-Spezifikation liefert, wird damit nicht das Problem gelöst werden, dass Daten gleichzeitig aus dem Krankenhausinformations- und dem Personalverwaltungssystem gezogen werden. Zudem sind die Einsatzorte in den Personalsystemen gar nicht so fein granuliert abgebildet.

Fazit

1. Die Ergebnisse der mit der PPP-RL gewonnenen Daten und deren Vergleichbarkeit sind grundsätzlich in Zweifel zu ziehen. Es fragt sich, wie damit eine Qualitätsverbesserung und eine Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhausversorgung verbunden sein können.
2. Es kann nicht das Ziel sein, dass Krankenhäuser hektische

Steuerbewegungen machen, die die Patientenbehandlung irritieren, ihre Abläufe durcheinanderwirbeln, nur um die Umsetzungsgrade einer bislang unausgereiften PPP-RL zu erreichen.

3. Die PPP-RL ist völlig überbürokratisiert. Dies kostet Ressourcen, die der Patientenversorgung entzogen werden.
4. Der PPP-RL liegen veraltete Vorstellungen von Versorgungskonzepten zu Grunde. Sie verursacht daher eine Rückwärtsbewegung zu alten Modellen und behindert moderne Behandlungskonzepte. So ist durch den Sanktionsmechanismus mit einem Abbau der wohnortnahen Versorgung zu rechnen.
5. Selbst wenn die Umsetzung sanktionsfrei gelänge, wäre durch die PPP-RL ein weiterer Schritt in Richtung Planwirtschaft gemacht. Das Krankenhaus als Akteur, der die Versorgung entsprechend den lokalen Bedarfen gestaltet, würde abgelöst durch eine Organisation, die penibel kontrolliert wird und in erster Linie formale und administrative Vorgaben erfüllt, aber die wirkliche Qualität der Patientenversorgung aus den Augen zu verlieren droht.

Am Ende der Überlegungen ist kaum ein verhältnismäßiger Nutzen für die Gesundheitsversorgung zu sehen, wenn man nicht unterstellen möchte, dass auf dem Wege der Sanktionierungen Krankenhäuser oder Abteilungen in die Knie gezwungen werden sollen, weil eine geplante Schließung politisch zu heikel erscheint.

Was ist zu tun?

Das Thema einer ausreichenden Personalbemessung ist wichtig für die betroffenen Fachgebiete. Der FEPP beteiligt sich gerne an der Weiterentwicklung erforderlicher und praxistauglicher Instrumente. Einstweilen müssen die Sanktionen gestoppt werden, bis das System für die Praxis reif ist. Es muss verhindert werden, dass die Krankenhäuser sich dauerhaft in der Art umorganisieren,

nur um den Sanktionen zu entgehen, und damit die Behandlungsqualität verschlechtern. ■

Claus Wolff-Menzler

Stellvertretender Leiter
FEPP - Fachausschuss Entgeltsystem
Psychiatrie und Psychosomatik der
Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling e. V.



Claus Wolff-Menzler

Achim Hochlehnert

Mitglied FEPP

Micheal Lochhaas

Mitglied FEPP

Bernd Flath

Mitglied FEPP

Johannes Nebe

Mitglied FEPP