

04. November 2022

Nationales Forum für Entgeltsysteme in Psychiatrie und Psychosomatik (NFEP)



PRAXIS
FORUM
PSYCHE

PPP-RL und die Folgen für die Versorgung durch die Kliniken

Stefan Günther



Ramon Krüger



Kurze Vorstellung der Referenten



Ramon Krüger

Ramon.Krueger@ppp-rl.de



Fachbereichsleiter
Wirtschaftliche Steuerung
Klinikverbund und Verbund HPH
Landschaftsverband Rheinland (LVR)



Stefan Günther

Stefan.Guenther@ppp-rl.de



Referent des Direktors
Leiter Controlling
Geschäftsbereich Wirtschaft und Finanzen
Medizinische Einrichtungen des Bezirks Oberpfalz

Wissenschaftlicher Mitarbeiter
Lehrstuhl für Psychiatrie
und Psychotherapie
Universität Regensburg

2. Auflage
erscheint im
Januar 2023



PRAXIS
FORUM
PSYCHE

Agenda



1. Umsetzungsstand in den Häusern – Status Quo
2. Weiterentwicklung vom 15.09.2022 – Wird jetzt alles besser?
3. Worauf müssen sich die Einrichtungen in 2023 einstellen?
4. Gute Versorgung trotz PPP-RL? Neuregelungsbedarf aus Praxissicht

Agenda



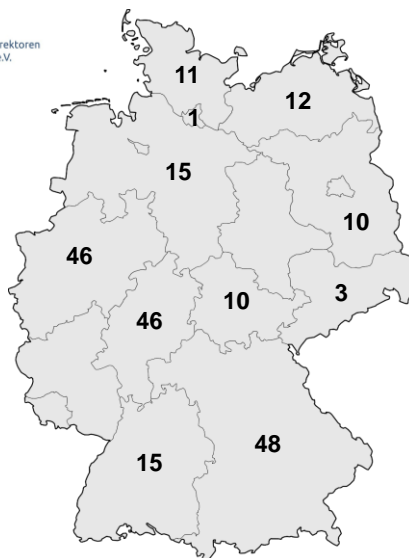
1. Umsetzungsstand in den Häusern – Status Quo

2. Weiterentwicklung vom 15.09.2022 – Wird jetzt alles besser?
3. Worauf müssen sich die Einrichtungen in 2023 einstellen?
4. Gute Versorgung trotz PPP-RL? Neuregelungsbedarf aus Praxissicht

Umsetzungsstand in den Häusern – Status Quo


**Ergebnisse eines Benchmarks der
VKD-Fachgruppe Psychiatrie für 2021**

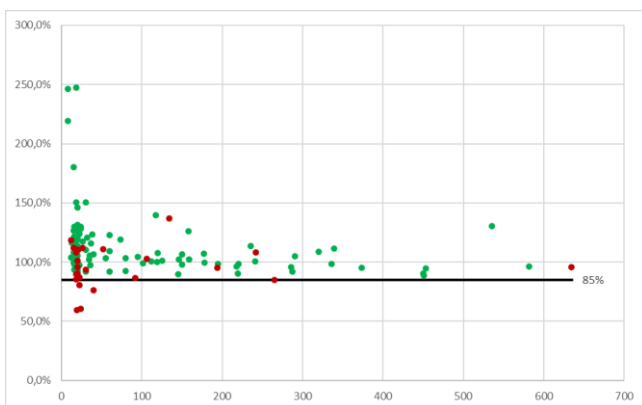

- Insgesamt haben sich
 - 36 Krankenhäuser/Träger
 - mit 217 Einrichtungen (FAB je Standort)
 - aus 11 Bundesländern beteiligt.
- Der Benchmark repräsentiert
 - 12.200 Betten,
 - 3.300 Plätze und
 - insgesamt über 800 Stationen.
- Bei 170 Einrichtungen werden Anrechnungen nach § 8 Abs. 5 vorgenommen.



Umsetzungsstand in den Häusern – Status Quo



Verteilung der Einrichtungen nach Gesamtumsetzungsgrad und Größe der Einrichtung

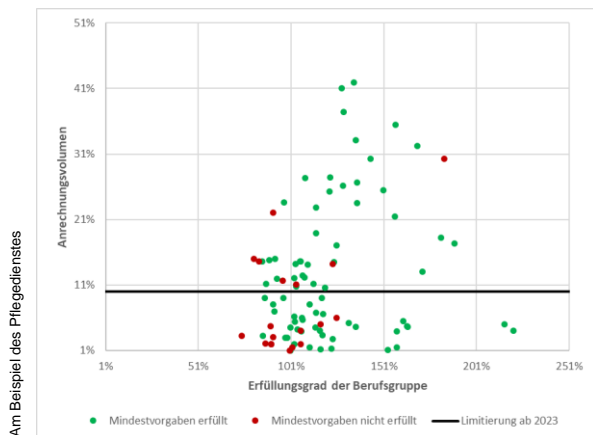


- Jeder Punkt steht für den Quartals-Umsetzungsgrad einer Einrichtung.
- **Grüne Punkte:** Mindestvorgabe wird erfüllt.
- **Rote Punkte:** Keine Erfüllung, da die Erfüllungsquote einer Berufsgruppe unter 85% liegt.

- Der Benchmark zeigt, dass viele Einrichtungen hohe Gesamtumsetzungsgrade ausweisen, aber dennoch die Vorgaben nicht erfüllen können.
- Rückschluss: Es fehlt der Richtlinie an der notwendigen Flexibilität und Verlässlichkeit.
- **Kleinere Einrichtungen:** Hohe Umsetzungsgrade und Häufung von Nicht-Erfüllung trotz hoher Quote. Gründe? Kleinteilige Personalvorgaben, die hier viel schwerer einzuhalten bzw. zu steuern sind (Belegung und Personalausfall)
- Viele Einrichtungen liegen über 100% - **allerdings bei noch nicht idealer Belegung.**

Umsetzungsstand in den Häusern – Status Quo

Verteilung der Einrichtungen nach Anrechnungsvolumen und Erfüllungsgrad der Berufsgruppe



- Jeder Punkt steht für das Anrechnungsvolumen einer Einrichtung.
- **Grüne Punkte:** Mindestvorgabe der Berufsgruppe wurden erfüllt.
- **Rote Punkte:** Mindestvorgabe (trotz Anrechnung) nicht erreicht.

- Der Benchmark zeigt, dass die Mehrheit der Einrichtungen über 10% der VKS-Mindestvorgabe anrechnet – **unabhängig vom Erfüllungsgrad.**
- Anrechnungen sind keine Ausnahme oder etwas besonderes, sondern gehören einfach „dazu“.
- Sie symbolisieren nicht schlechte Qualität oder eine negative Aufgabenverlagerung, sondern stehen für einen modernen Aufgaben- und Skill-Mix und sind in die Konzepte integriert.
- Die Daten sind authentisch, da trotz Anrechnungen auch Nicht-Erfüllungen vertreten sind. Anrechnungen gehören also in der Psychiatrie ausdrücklich „dazu“.
- **Die normativ festgesetzte Limitierung, die bereits ab 2023 greift, findet sich in der Realität nicht wieder und wird Schaden anrichten.**

Agenda

1. Umsetzungsstand in den Häusern – Status Quo

2. Weiterentwicklung vom 15.09.2022 – Wird jetzt alles besser?

3. Worauf müssen sich die Einrichtungen in 2023 einstellen?

4. Gute Versorgung trotz PPP-RL? Neuregelungsbedarf aus Praxissicht

Weiterentwicklung vom 15.09.2022



- Beschlussfassung vom 15.09.2022
- Im Nachgang war eine umfangreiche redaktionelle Überarbeitung nötig
- Veröffentlichung (und Übergabe an das BMG) bis Ende des Monats sehr wahrscheinlich

- **Mit der Beschlussfassung gibt es angekündigte Änderungen**
 - zum 1.1.2023 und auch bereits
 - zum 1.1.2024

Weiterentwicklung vom 15.09.2022



- **Sanktionszahlungen**
 - Die ab 1.1.2023 drohenden Sanktionen bleiben weiterhin ausgesetzt.
 - Sie sollen zum 1.1.2024 in Kraft treten.

- **Anrechnungen**
 - Anrechnungen nach § 8 Abs. 3: Anrechnungen von Psychologen auf Pflege und sonstige therapeutische Berufsgruppen (einseitig) für 2 Jahre möglich
 - Anrechnungen nach § 8 Abs. 5: Die Limitierung greift zum 1.1.2023

- **Der Zeitplan wird verändert:**
 - 2023: 90% Umsetzungsniveau
 - 2024/25: 95% Umsetzungsniveau
 - ab 2026: 100% Umsetzungsniveau

- **Vorgaben zum pflegerischen Nachtdienst**

- Die Richtlinie wird zum 1.1.2023 um eine Regelung ergänzt
- Die Regelung tritt erst zum 1.1.2024 in Kraft
- Sanktionen bei Verstößen wird es erst zum 1.1.2026 geben

- **Wie sieht die Regelung aus?**

Komponente 1: Stationsbezug

Summe der Planbetten / 18 (PSY) bzw. 12 (KJP) = Anzahl der (fiktiven) Stationen

Komponente 2: Intensivanteil der Patienten

Summe der Behandlungstage A/S/G2 im Verhältnis zu allen Behandlungstagen (Basis: Q1-Q3 des jeweiligen Vorjahres) - Ergebnis ist ein %-Wert

0	= keine Mindestvorgabe
> 0 – 20%	= Faktor 1,2
> 20 – 35%	= Faktor 1,4
> 35%	= Faktor 1,6

➤ Anzahl Stationen x Faktor = Anzahl Mindestnachtdienste x 10h = Anzahl VKS-Mind Nachtdienst

- **Regelung zum Umgang mit „kleinen Einrichtungen“ (i.S. eines Schutzes)**

Es wird einen neuen Ausnahmetatbestand geben, wodurch Einrichtungen, die nur über eine Tagesklinik (an einem Standort) verfügen, geschützt werden sollen.

Erreicht eine alleinstehende Tagesklinik die Mindestvorgaben in einem Quartal nicht, aber im Folgequartal oder dem darauffolgenden Quartal wieder, bleibt der Verstoß ohne Sanktionen.

Die Umsetzung wird voraussichtlich so geregelt sein, dass Bezug auf die Vorquartale genommen wird.

- **Beginn der Evaluation**

Zwischenbericht zum 31.12.24, Endbericht zum 31.12.2027.

- **Stations- und monatsbezogenes Nachweiseverfahren**

Die stations- und monatsbezogene Datenerhebung wird für 3 Jahre ausgesetzt.

Es sind nur noch 5% der Einrichtungen in Form einer Stichprobe lieferpflichtig.

Die Stichprobe wird vom IQTIG gezogen – jährlich neu

Das Konzept zur Stichprobe gibt es noch nicht. Vermutlich kann die Stichprobe daher nicht mehr pünktlich zum 1.1.23 umgesetzt werden

Konsequenz??!?

Erstmal müssen alle weitermachen wie gehabt. Zudem werden die Daten sicherlich auch im Rahmen von MD Prüfungen notwendig werden ... viel Entlastung wird nicht zu erleben sein.

- **Stichtageeinstufung**

Ab 1.1.2024 wird auf die 14-tägige Patienteneinstufung verzichtet. Der Schweregrad der behandelten Patienten soll künftig aus den dokumentierten OPS-Leistungen (laut Kassen „Routinedaten“) abgeleitet werden.

Der Mehraufwand für die Häuser (EDV technische Umsetzung?) oder die Auswirkungen der veränderten Einstufungslogik sind **nicht erprobt**. Es fanden keine Gespräche mit KIS Anbietern statt um die grundsätzliche Umsetzbarkeit vorab abzufragen.

Details zu der Veränderung liegen noch nicht vor. Es ist lediglich bekannt, dass die Einstufungen A/S/G 4 und 5 entfallen sollen.

Alle anderen Einstufungen werden ab 1.1.2024 durch OPS und ggf. ICD (für Sucht) und Alter (für Geronto) hergeleitet.

Es soll nicht nur die Stichtagserhebung ersetzt werden, sondern es soll dadurch konkret die Berechnung der Behandlungstage (nach PPP-RL) erfolgen. Wie, ist noch nicht abschließend geklärt...

- **Weitere Anpassung der Richtlinie (§ 14)**

Bislang gab es eine Terminvorgabe für die Anpassungen. Diese wird ersetzt durch eine offeneren Formulierung, wodurch der G-BA mehr Zeit für die Umsetzung hat. Zeit, die den Krankenhäusern oftmals nicht (freiwillig) gewährt wird.

Prüfung und ggf. Anpassung oder Neuregelung nachfolgender Themen:

- Mindestvorgaben für die Psychosomatik
- Regelaufgaben und Minutenwerte (generell)
- Mindestvorgaben für dezentrale, kleine Standorte (*neu*)
- Minutenwerte, insb. für Ärzte und Psychotherapeuten, auf Basis der Nachweisdaten
- Einfluss der Regionalen Pflichtversorgung
- Mindestvorgaben für den pflegerischen Nachtdienst
- Personalausstattung in besonders sensiblen Versorgungsbereichen

Agenda

1. Umsetzungsstand in den Häusern – Status Quo

2. Weiterentwicklung vom 15.09.2022 – Wird jetzt alles besser?

3. Worauf müssen sich die Einrichtungen in 2023 einstellen?

4. Gute Versorgung trotz PPP-RL? Neuregelungsbedarf aus Praxissicht

Worauf müssen sich die Einrichtungen in 2023 einstellen?

Fehlende Planbarkeit der Mindestvorgaben

Eigentlicher Regelfall: Ermittlung der VKS-Mind auf Basis des **Vorjahresquartals**

→ Planbarkeit der zu erfüllenden Mindestpersonalvorgaben

Aber: 2,5-Prozent Ausnahmeregelung (§6 Abs. 4)

(4) Liegt in einem Quartal des laufenden Jahres **die tatsächliche Anzahl der Behandlungstage in den Behandlungsbereichen um mehr als 2,5 Prozent über oder mehr als 2,5 Prozent unter** der nach Absatz 3 ermittelten Anzahl der Behandlungstage, erfolgt die Berechnung der Behandlungswochen abweichend von Absatz 3 auf der Basis der tatsächlichen Anzahl der Behandlungstage des laufenden Quartals.

Worauf müssen sich die Einrichtungen in 2023 einstellen?

Nachweisfähiges Personal

Personal verfügbar?

Fachkräftemangel

Konkurrenz:
Vollfinanzierung in
der Somatik

Personal anrechnungsfähig?

Problem:
Begrenzte Anrechnungsmöglichkeit von
Personal für Hilfstätigkeiten
(z.B. Pflegehelfende)

Was bleibt?

Leihpersonal: Uneingeschränkt
anrechnungsfähig

Worauf müssen sich die Einrichtungen in 2023 einstellen?



Sanktionen / Durchsetzungsmaßnahmen ab 2024

	VKS-Mind				VKS-Ist		
	100%	90%			2021	2022	2023
Ärztlicher Dienst	19.500,0	17.550,0	20.500,0	105,1%	Erfüllt	Erfüllt	Erfüllt
Psychologen	4.500,0	4.050,0	6.000,0	133,3%	Erfüllt	Erfüllt	Erfüllt
Pflegedienst	98.500,0	88.650,0	85.000,0	86,3%	Erfüllt	Nicht erfüllt	Nicht erfüllt
Spezialtherapeuten	10.250,0	9.225,0	9.000,0	87,8%	Erfüllt	Nicht erfüllt	Nicht erfüllt
Physiotherapeuten	2.800,0	2.520,0	2.550,0	91,1%	Erfüllt	Erfüllt	Erfüllt
Sozialpädagogen	8.000,0	7.200,0	7.250,0	90,6%	Erfüllt	Erfüllt	Erfüllt
Summe	143.550,0	129.195,0	130.300,0				

Summe der Unterschreitung: VKS-Mind bei 90% / . VKS-Ist		3.875,0
Prozentfaktor der Unterschreitung gemessen an der Summe VKS-Mind bei 90%		3,0%
Straffaktor nach § 13 Abs. 5 PPP-RL		1,7
Sanktionsfaktor		2,6% 5,1%
Quartalsbudget der betroffenen Einrichtung (Standort + Fachbereich)		12.500.000 €
Sanktionszahlung		449.901 € 637.360 €
Überschlagsrechnung: Nicht in VKS umgesetzte Bruttopersonalkosten (hier: Pflege/Spezialtherap.)		155.000 €
Tatsächlicher Sanktionierender Faktor (Beispielrechnung)		2,9 4,1

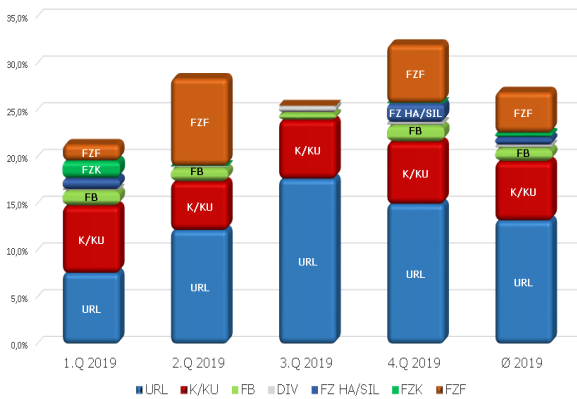
Günther - Kögler 21 04.11.2022

Worauf müssen sich die Einrichtungen in 2023 einstellen?



Erschwerte Personaleinsatzplanung

Ausfallzeiten waren immer wichtig, gewinnen aber nun an Bedeutung – vor allem da sie nicht mehr jahresdurchschnittlich betrachtet werden können.




URL = Urlaub
 K/KU = Krank
 FB = Fortbildung
 DIV = Mutterschutz, Elternzeit, etc.
 FZ HA/SIL = Freizeit Heiligabend/Silvester
 FZK = Freizeitausgleiche Karneval
 FZF = Freizeitausgleiche Feiertage

Günther - Kögler 22 04.11.2022

Worauf müssen sich die Einrichtungen in 2023 einstellen?

- Die Einhaltung von Qualitätsrichtlinien des G-BA ist zu überprüfen.
- Die Vorgehensweise wird in der MD-QK-RL geregelt.



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Richtlinie

des Gemeinsamen Bundesausschusses
nach § 137 Absatz 3 SGB V zu Kontrollen des Medizinischen
Dienstes nach § 275a SGB V

(MD-Qualitätskontroll-Richtlinie, MD-QK-RL)

in der Fassung vom 21. Dezember 2017
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 12.12.2018 B2)
in Kraft getreten am 13. Dezember 2018

zuletzt geändert am 2. Dezember 2021
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 22.12.2021 B5)
in Kraft getreten am 2. Dezember 2021

Teil A – Allgemeiner Teil

→ Regelungen bereits bekannt

Teil B - Besonderer Teil

→ Für PPP-RL: Erst am 20.01.22 beschlossen

Worauf müssen sich die Einrichtungen in 2023 einstellen?

Kernbotschaften der Beschlussfassung:

- Die Datenlieferungen für **2021** sind **nicht rückwirkend überprüfbar**, voraussichtlich werden die **Q1/Q2 2022** die ersten geprüften Quartale
- Teil der MD-Prüfung werden **nicht nur die Einhaltung der Mindestvorgaben** (Teil A) sondern alle Nachweis- und Dokumentationspflichten (**auch Teil B**)
- Rückwirkend überprüfbar ist (bei entsprechendem Anlass) immer **das letzte Nachweis-Quartal sowie die drei davorliegenden Quartale** (→ ein Jahr)
- In den Jahren 2022 – 2026 wird über eine **Stichprobe von 20% pro Jahr** eine **Prüfung aller Krankenhäuser** (bzw. Standorte) sichergestellt

→ Beschluss vom 19.05.22: Stichprobenprüfung erst **ab 2023** (bis 2027 erhöhte Stichpr.)

Worauf müssen sich die Einrichtungen in 2023 einstellen?

Möglichkeiten/Anlässe der Prüfung

1. Kontrollen aufgrund von Anhaltspunkten
 2. Kontrollen aufgrund von Stichprobenziehung
 3. **Anlassbezogene Kontrollen**
- Unabhängig von Anhaltspunkten oder der Stichprobenziehung ist eine Prüfung aus folgenden Anlässen möglich (§ 61 Abs. 2 MD-QK-RL):

(...)

3. Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen bei einer vorherigen Kontrolle festgestellt



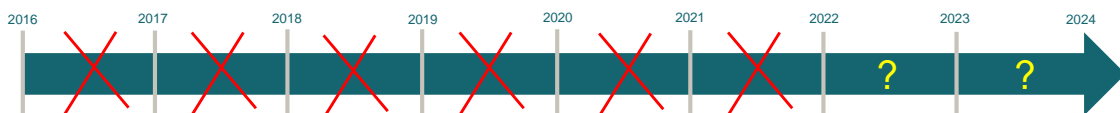
Worauf müssen sich die Einrichtungen in 2023 einstellen?

Fehlende Refinanzierungsbereitschaft

- Bereits seit 2020 sollte der notwendige Personalaufbau zur jederzeitigen Einhaltung der PPP-RL und darüber hinausgehend notwendiger Bedarfe starten.
- Passiert ist vieles, aber nicht in dem Umfang, wie es notwendig gewesen wäre.

➤ Warum? Wollen die Krankenhäuser nur nicht?

- 2020/21 wurden kaum Budgetvereinbarungen abgeschlossen, die PPP-RL entsprechend berücksichtigen. Die Kassen wollen die Umsetzung hinauszögern und möglichst keine Präzedenzen schaffen. Aber Krankenhäuser können nur bei Refinanzierung Stellen besetzen. Ein Teufelskreis.
- Fachkräftemangel, Corona...



Agenda



1. Umsetzungsstand in den Häusern – Status Quo
2. Weiterentwicklung vom 15.09.2022 – Wird jetzt alles besser?
3. Worauf müssen sich die Einrichtungen in 2023 einstellen?

4. Gute Versorgung trotz PPP-RL? Neuregelungsbedarf aus Praxissicht

Gute Versorgung trotz PPP-RL? Neuregelungsbedarf aus Praxissicht

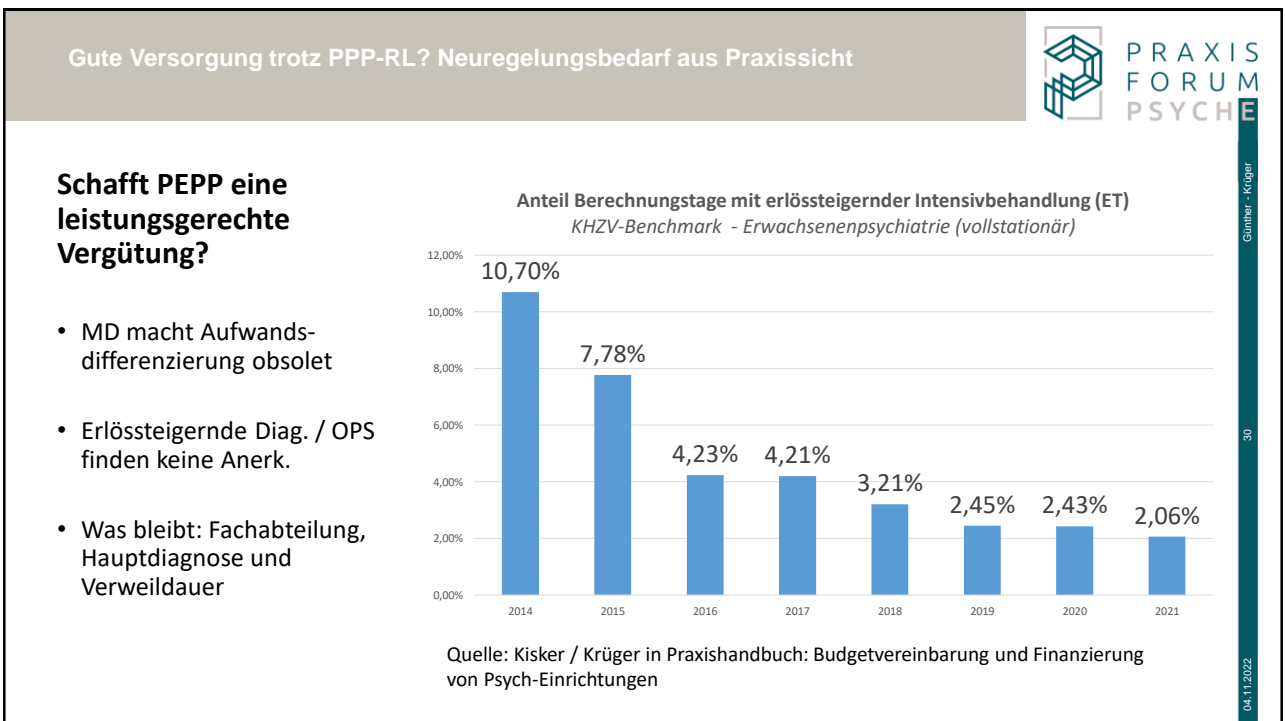
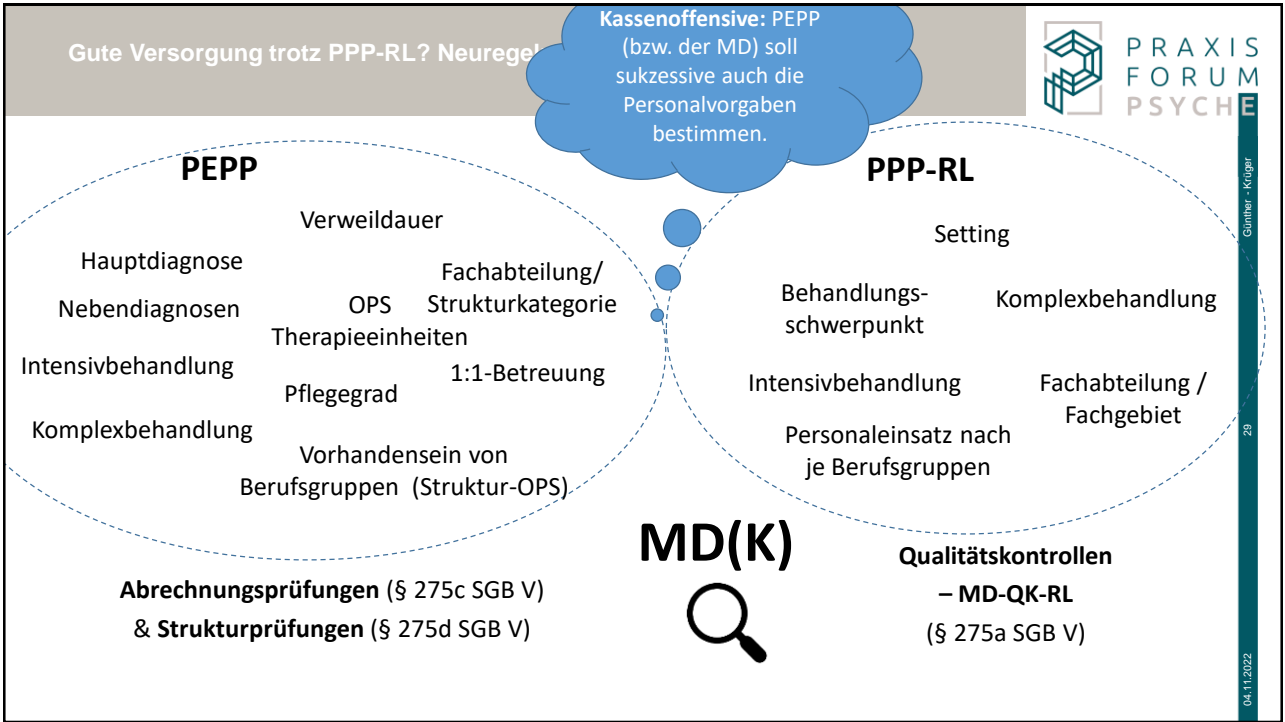


PEPP

- Hochgradig ausdifferenziertes System der Leistungsbeschreibung auf Kalkulationsbasis
- Ziel: leistungsorientierte Vergütung
- Hauptaufwandstrenner:
 - Strukturkategorie (FAB & vst./tst.)
 - Hauptdiagnose
- Psychiatrische Leistungsmerkmale
 - Intensivbehandlung (7 Merkmale)
 - 1:1-Betreuung
 - Komplexbehandlung
- Systematische Trennung der Settings

PPP-RL

- System zur leistungsorientierten Beschreibung des notwendigen Personalaufwands (Basis: Psych-PV)
- Ziel: Ermittlung des notwendigen (Mindest-) Personalaufwand
- Hauptaufwandstrenner:
 - Fachabteilung /- Fachgebiet
 - Art-, Schwere- und Setting der Behandlung
- Psychiatrische Leistungsmerkmale
 - Intensivbehandlung
 - Fachgebiete (A,S,G)
 - Komplexbehandlung
- (Geringere) Settingunterschiede



Schafft PEPP eine leistungsgerechte Vergütung?

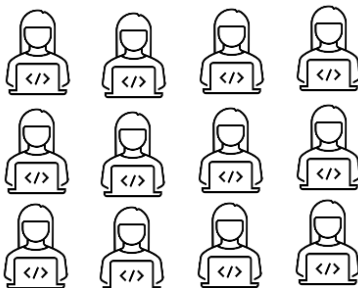
- Auch auf der Budgetebene keine (nennenswerte) Differenzierung durch PEPP
- Für 60% der Einrichtungen ergibt sich DMI-bedingt ein Unterschied von **max. 10 €/Tag**
- Dem gegenüber stehen tats. Unterschiede im Basisentgeltwert von **> 100 € / Tag**
- **PEPP hat (quasi) keinen Einfluss auf die Finanzierung**
→ reines „Transportinstrument“

Veränderungen des Basisentgeltwerts bei (modellhafter) Projektion auf tatsächliche DMI-Unterschiede (Erwachsenenpsych., vollst.)

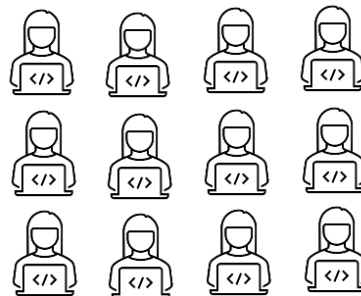
	Unteres Quintil	Mittelwert	Oberes Quintil
Budget	10 Mio. €	10 Mio. €	10 Mio. €
Berechnungstage	33.000	33.000	33000
DMI	0,9891	1,0043	1,0233
Basisentgeltwert	306,37 €	301,73 €	296,13 €
Differenz in % zu Mittelwert	1,54%		-1,86%

Quelle: Kisker / Krüger in Praxishandbuch: Budgetvereinbarung und Finanzierung von Psych-Einrichtungen

Konsequenz: „Verbesserte“ Personalausstattung im Gesundheitswesen



Krankenhäuser



Krankenkassen

Wie könnte eine einheitliche Leistungs- und Personalbedarfsermittlung aussehen?

1. **(Therapeutische) Leistungs-/Aufwandsunterschiede sind an wenigen, objektiven Kriterien festzulegen**, die (möglichst) nicht in jedem Einzelfall/-tag zu überprüfen sind.
 - z.B. Alter, Hauptdiagnosegruppe (sehr grob), Behandlungsschwerpunkt
2. Neben einer (pauschalen) Basisfinanzierung und Personalbemessung ist **besonderer (quantifizierbarer) Personalaufwand über tages-/fallbezogene Zusatzpauschalen** (Finanzierung = Personalbedarf) abzubilden
 - z.B. 1:1-Betreuung, Pflegegrad, bes. therap./diagn. Maßnahmen
3. **Setting-unabhängige** Vergütung/Personalbemessung der therapeutischen Leistung in Abhängigkeit vom „**Behandlungstag**“ (auch „halbtag“). Separate Vergütung/Personalbemessung für **Setting-bezogenen Aufwand**
 - z.B. Rund-um-die-Uhr Versorgung, Verpflegung, Räumliche Infrastruktur **vs.** Fahrtkosten/ Fuhrpark

Ziele eines einheitlichen Ansatzes zur qualitäts- und bedarfsorientierten Leistungsbeschreibung

- Einheitliche Leistungsbeschreibung zur Vergütung und Personalbedarfsermittlung → damit auch konsequentere Verbindung zur Budgetermittlung
- Reduzierung des Dokumentations- und Misstrauensaufwand
- Aufhebung rein finanzierungsinduzierter Setting-Grenzen
- Flexibilisierung von Behandlung (Warum immer 5 bzw. 7 Tage)
- Anreize zu hoher Leistung, indikationsspezifischer, bedarfsorientierter und lebensraumzentrierter Behandlung
- Ressourcenschonender, bedarfsorientierter Einsatz des verfügbaren Personals
- Anreize zur Ambulantisierung der Krankenhausbehandlung



Das bestehende System wird nur noch „verschlimmbessert“ eine grundlegende Reform der (Regel-) Finanzierung und Vergütung erscheint unumgänglich.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Stefan Günther
Stefan.Guenther@ppp-rl.de

Referent des Direktors & Leiter Controlling
Geschäftsbereich Wirtschaft und Finanzen
Medizinische Einrichtungen des Bezirks Oberpfalz

Wissenschaftlicher Mitarbeiter
Lehrstuhl für Psychiatrie
und Psychotherapie
Universität Regensburg



Ramon Krüger
Ramon.Krueger@ppp-rl.de



Fachbereichsleiter
Wirtschaftliche Steuerung
Klinikverbund und Verbund HPH
Landschaftsverband Rheinland (LVR)