

Weg mit PEPP ?

04. Juni 2016 | Erstellt von Dagmar Paternoga (Attac Ratsmitglied) und Manfred Fiedler

Initiative gegen die geplante Einführung der Fallpauschale für Psychiatrie und Psychosomatik

Als Attac 2002 die Kampagne „Gesundheit ist keine Ware“ startete mit den Forderungen „Gesundheit darf nicht vom Geldbeutel abhängen“, „gegen die Ökonomisierung im Gesundheitswesen“, gegen Privatisierung und Marktkonkurrenz und für eine „demokratisch organisierte Gesundheitsversorgung für alle als öffentliche Aufgabe“, stieß sie in weiten Teilen der Öffentlichkeit auf Unverständnis. Vielen erschienen diese Aussagen absurd. Unser Gesundheitssystem war doch in Ordnung, oder?

Das deutsche Gesundheitswesen unterliegt seit vielen Jahren einem tiefen Wandel hin zu einer „Gesundheitswirtschaft, also einem Gesundheitssystem, in dem das (markt-)wirtschaftliche Potenzial anstelle der Aufgabe der sozialen Daseinsvorsorge, im Vordergrund steht (siehe etwa die Position von Heinze/Hilbert 2015) Die Umstrukturierung zur Gesundheitswirtschaft wurde mit zahlreichen Reformen durchgeführt, die mit der Kostenexplosion im Gesundheitswesen begründet wurden. Dabei liegen die deutliche Entwicklung der Gesundheitsausgaben und die marktwirtschaftlichen Reformen zeitlich nah beieinander. Während zwischen 1975 und 1990 die Gesundheitsausgaben in (West-) Deutschland als Anteil am Bruttoinlandsprodukt nahezu unverändert blieben, stiegen sie einerseits durch die deutsche Einheit, aber verstärkt mit der marktwirtschaftlichen Umstrukturierung ab Mitte der 90er Jahre (Gesundheitsstrukturgesetz) deutlich an (von 1990 8,3 % auf 9,6 % in 1993 und bis 2013 auf 11,7 % (OECD 2013 sowie Weltbank 2016)). Bereits 1992 wurden im Gesundheitswesen 140 Mrd. Euro ausgegeben, heute sind es fast doppelt so viel (GBE 2016). Krisen, allgemeine Marktsättigung, die wirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitsausgaben aber auch die wirtschaftlichen Aussichten angesichts der allgemeinen Alterung der Gesellschaft machen das Gesundheitswesen zu einem Objekt profitorientierter Begierden. Der „Gesundheitsmarkt“ hatte bereits um die Jahrtausendwende einen weltweiten Umsatz von 3,5 Billionen Dollar. Die Deutsche Bank hat 2010 hierzu Überlegungen veröffentlicht, die einiges deutlich machen: „Die Gesundheitswirtschaft in Deutschland wächst mit dreifacher Schubkraft. Der demografische Wandel, der medizinisch-technische Fortschritt und das zunehmende Gesundheitsbewusstsein sorgen dafür, dass die Branche weiterhin deutlich stärker expandiert als das Bruttoinlandsprodukt.“ und „...im Strukturwandel werden die privaten Krankenhäuser weiter Marktanteile gewinnen.“ Die sogenannten Reformen dienen also nicht der Verbesserung der Versorgung von kranken Menschen, sondern einer Geschäftsidee. So hat in den letzten Jahren die Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland nahezu dramatisch zugenommen. Private haben von Mitte 1990 bis 2014 die Zahl ihrer Krankenhäuser um 50 % erhöht. Die Zahl der öffentlichen KH ist gleichzeitig um etwa 40 % zurückgegangen, absolut doppelt so stark wie der Anstieg der Zahl privater KH.

Aber auch die sogenannten freigemeinnützigen haben Anteile und Häuser verloren. (knapp 20 %, 180 Häuser). Die Zahl der aufgestellten Betten legte bei For-Profit Häusern um 130 % zu, während insgesamt die Zahl um mehr als ein Viertel abnahm. Die Fallzahlen der For-Profit-Häuser nahm um ca. 400 % zu, während sich insgesamt die Fallzahl nur um etwa 20 % erhöhte (GBE 2016, eigene Berechnungen). Die Ökonomisierung im Krankenhausbereich meint offensichtlich nicht die wirtschaftliche Verbesserung der betrieblichen Prozesse, um die Leistungen besser zu koordinieren und preiswerter für kranke Menschen zu erbringen, sondern bedeutet die Schaffung von Bedingungen, besser Profite erwirtschaften zu können.

Bis in die 1990er Jahre war die Krankenhausversorgung öffentliche Aufgabe. Es galt das Selbstkostendeckungsprinzip, Gewinne waren nicht vorgesehen. Bereits mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1992 wurde dieser Grundsatz aufgeweicht. Mit Einführung des Diagnosis Related Groups-Systems (DRG) in 2004 wurde das an den hausspezifischen Kosten eines Krankenhauses orientierte Finanzierungssystem zugunsten des diagnosebezogenen Fallpauschalensystem mit einheitlichen Preisen aufgegeben mit dem Ziel, mehr Leistungsgerechtigkeit (gleiches Geld für gleiche Behandlung) zu erreichen. Außerdem sollte die Eindämmung der Kostensteigerung des stationären Sektors erreicht werden, was jedoch verfehlt wurde. Sowohl Leistungen als auch Ausgaben nahmen deutlich stärker zu als vor der Marktreform.. Dieses Finanzierungssystem bietet finanzielle Anreize für bestimmte Behandlungsverfahren. Der Einsatz technisch aufwendiger Therapiemethoden wird wegen günstiger Erlöskalkulation im DRG-Katalog belohnt, während zeitaufwendige personelle Zuwendung durch Ärzte oder Pflegekräfte nicht erlössteigernd wirken (Dohmen et al 2014). Das hat Folgen. Vor allem private Kliniken bauen bestimmte Fachzentren auf, die hohe Gewinne versprechen und andere nicht so lukrative werden eingestellt. Der ärztliche und pflegerische Arbeitsalltag wird auf Gewinnmaximierung ausgerichtet und menschlicher Beistand für Kranke wird zu einer Sekundäretugend. . Vor allem in der Pflege wird der Arbeitsalltag durch Hetze und dem Gefühl, keine Zeit mehr für die Patienten zu haben, bestimmt, gleichzeitig nimmt die Zahl der immer kürzer behandelten Patienten zu. Hinzu kommt, dass die Verweildauer möglichst kurz gehalten wird (Stichwort: blutige Entlassung). Durch die Schließung nicht lukrativer Krankenhäuser oder Krankenhausabteilungen im ländlichen Bereich kommt es tendenziell zur Unterversorgung.

Nicht nur bei den Fachleuten, sondern auch in der Politik herrschte Einvernehmen, dass die psychiatrischen Krankenhäuser vom DRG-Fallpauschalensystem ausgenommen werden sollten. Unabhängig von der grundsätzlichen Sinnhaftigkeit eines solchen Systems war man sich einig darin, dass aufgrund des sehr individuellen Krankheits- und Therapieverlauf bei psychischen Erkrankungen der Behandlungsaufwand nicht sinnvoll durch Fallpauschalen auf der Grundlage von diagnosebezogenen Patientenklassifikationen, wie DRG, dargestellt und vergütet werden kann.

Dieser Konsens endete 2009. Trotz der geschilderten negativen Erfahrungen mit dem DRG-Fallpauschalensystems in den somatischen Krankenhäusern, wie stärkere Fallzahl- und Ausgabensteigerungen, Krankenhausprivatisierungen usw., wurde von der damaligen

Gesundheitsministerin der großen Koalition, Ulla Schmidt (SPD), mit dem Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG) vom 17. März 2009 die verbandliche Selbstverwaltung aus Kassen und Krankenhausgesellschaft beauftragt, bis zum Jahr 2013 ein „leistungsorientiertes und pauschalierende“ Entgeltsystem zu vereinbaren. Nachdem diese Vereinbarung nicht zustande kam wurde vom damaligen Gesundheitsminister Bahr (FDP) gegen den Protest und Widerstand fast aller Fachverbände, einschließlich vieler Psychiatrie-Erfahrenen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft, per Ersatzvornahme auf dem Verordnungswege ohne weitere Anhörung und Erörterung im Bundestag: das Pauschalierende Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) auf der Basis eines Vorschlags des Institut für die Entgelte im Krankenhaus InEK) und entsprechend der Ermächtigung aus dem Jahr 2009 und ohne Zustimmung des Bundesrats eingeführt.

Von der Idee zur Kampagne

Wir, attac, vdää, medico international fragten uns, wo bleibt der Widerstand gegen die Ökonomisierung im Krankenhausbereich? Es hatte in der Vergangenheit Proteste von allen Fachverbänden, Pflegepersonal und Psychiatrieerfahrenen sowie der deutschen Krankenhausgesellschaft gegeben, die durch die Ersatzvornahme durch Minister Bahr entmutigt, allmählich verstummten. Da wir die Chancen, kurzfristig eine erfolgreiche Kampagne gegen die DRGs durchzuführen, aufgrund der nur spärlichen Proteste und verbreiteter Resignation unter den Beschäftigten in den somatischen Krankenhäusern, als gering einstufen, entschieden wir uns, eine Kampagne gegen PEPP zu starten. Zielgruppe sollte vor allem die Fachöffentlichkeit und die Fachpolitik sein. Wir standen kurz vor der Bundestagswahl 2013 und fanden den Zeitpunkt für geeignet. Schnell fanden sich auf Ansprache neben Attac, vdää und medico international weitere Partner für eine solche Kampagne, wie die Gewerkschaftverdi, der Paritätische Wohlfahrtsverband (DPWV), die Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie und die Soltauer Initiative zusammen.

Protest wird gebündelt: „Weg mit PEPP“

Im Juli 2013 bündelte diese Initiative den Protest der Fachwelt mit der Idee, im Wahlkampf Druck aufzubauen mit dem Ziel, bei den kommenden Koalitionsverhandlungen eine Rücknahme von PEPP zu erreichen.

So starteten wir einen Aufruf vor allem unter Klinikleitungen und Chefärzten, Fachverbänden unter dem Motto: „Vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit den DRGs (Fallpauschalen) fordern wir die kommende Bundesregierung auf, PEPP nicht einzuführen“ und erhielten innerhalb einer Woche über 5000 Unterschriften. Daraus ergab sich ein breit aufgestelltes lockeres Bündnis aus sozialen Bewegungen, unterstützt von Klinikleitungen, Chefärzten, Psychotherapeuten, Sozialverbänden, Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und der Gewerkschaft Verdi .

Kurzfassung der Kritikpunkte:

Wie bei den DRGs dominieren auch im PEPP- System betriebswirtschaftliche statt fachliche Motive.

- Der Diagnosebezug führt in die Irre. Die besonderen Bedürfnisse psychisch kranker Menschen werden nicht berücksichtigt. Nur ca. 20 Prozent des Behandlungsaufwandes hängen mit der Diagnose zusammen.
- Der notwendige Personalaufwand wird nicht (mehr) abgebildet. Die bisher als Maßstab geltende Psychiatrie- Personalverordnung (PsychPV) wurde abgeschafft.
- Insgesamt werden durch die systembedingte und politisch gewollte Wettbewerbs- und Profitorientierung Anreize zur finanziellen Leistungssteuerung zu Lasten von von PatientInnen, Angehörigen und GesundheitsarbeiterInnen gesetzt.
- So ist eine verstärkte Medikalisierung anstelle personalintensiver Begleitung zu befürchten.
- Zu frühe Entlassungen noch behandlungsbedürftiger, aber zu „teurer“ Patienten sind voraus zusehen. Drehtüreffekte werden verstärkt.
- Flexible Übergänge zwischen stationärer und ambulanter Behandlung sind nicht möglich.
- Der schon jetzt schon hohe administrative Aufwand wird noch einmal deutlich aufgebläht (Dokumentation, Codierung)

Aktivitäten der Initiative „Weg mit PEPP“

Ab dem Sommer 2013 begann die Kampagne. Den Auftakt bildete im August 2013 eine gemeinsame Pressekonferenz in Berlin. Alle GesundheitspolitikerInnen des Bundestags wurden durch an sie versandte Briefe aufgefordert, bei den kommenden Koalitionsverhandlungen nach den Wahlen ihre Zustimmung zu PEPP neu zu überdenken. Schließlich fand im Oktober 2013 eine „Fachanhörung“ mit ausführlichen Stellungnahmen von Fachleuten und Betroffenen in Berlin statt. Eingeladen waren die Gesundheitspolitikerinnen der Parteien. Außer CDU/CSU waren alle Bundestagsfraktionen der Einladung gefolgt. Im Anschluss an die „Fachanhörung“ veranstaltete die Initiative eine Protestdemo vor dem Gebäude, in dem die Koalitionsverhandlungen stattfanden."

Erste Erfolge

Nach der Bundestagswahl kam es zur CDU/CSU und SPD-Koalition. Bei den Koalitionsverhandlungen wurde auch PEPP verhandelt und als erster Erfolg für das Kampagnenbündnis vereinbart, die bisherigen Regelungen zu PEPP gesetzgeberisch zu überdenken.

Auszug aus dem Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD:

„Ein neues Vergütungssystem in der Psychiatrie und Psychosomatik darf schwerst psychisch Erkrankte nicht benachteiligen, muss die sektorenübergreifende Behandlung fördern und die Verweildauer verkürzen, ohne Drehtüreffekte zu erzeugen. Dazu sind systematische Veränderungen des Vergütungssystems vorzunehmen. An dem grundsätzlichen Ziel, mehr Transparenz und Leistungsorientierung und eine bessere Verzahnung ambulanter und stationärer Leistungen in diesen Bereich zu bringen, halten wir fest.“

In 2014 gab es drei Anhörungen im Gesundheitsausschuss, bei der die Kritikerinnen aus dem Bündnis „Weg mit PEPP“ sowie anderer Fach- und Angehörigenverbände ihre Stellungnahmen abgeben konnten. Dagmar Paternoga, Attac, wies als geladene Sachverständige vor allem auf die Gefahr hin, dass insbesondere private-profitorientierte Krankenhäuser versuchen werden, wenig lukrative, vor allem schwer psychisch Kranke an die öffentlichen Krankenhäuser mit Pflichtversorgung abzuschieben, und sich selbst auf die erlösrelevanten, gewinnträchtigen Behandlungen zu konzentrieren. Die Koalition legte einen Gesetzentwurf vor, der nur geringfügige Änderungen gegenüber dem alten PEPP-Entgeltsystem vornahm. Allerdings wurde die Phase des Optierens, also die Phase in der die betriebliche Anwendung des neuen Entgeltsystems freiwillig erfolgt, um zwei Jahre verlängert und damit auch die endgültige Einführung um zwei Jahre verschoben. Ein Zuckerbrot in Form eines dicken Bonus erhielten jedoch die Kliniken, die „freiwillig“ frühzeitig optierten (mitmachten). Viele Klinikleitungen sahen sich gegen ihre Überzeugung aus wirtschaftlichen Gründen gezwungen zu optieren, um ihre Häuser aus den roten Zahlen zu bekommen. Es wurden auf unsere Anregung hin etliche Briefe von Klinikleitungen an Gesundheitsminister Gröhe geschrieben, in denen dieser auf diese Konsequenz hingewiesen wurde.

Unterstützt wurden unsere Proteste durch die Fraktionen von Bündnis90/DieGrünen- und Linkspartei im Deutschen Bundestag. Letztendlich beschloss auch die SPD-Fraktion, obwohl Koalitionspartner der CDU/CSU, dass PEPP weg müsse. Teile von CDU und CSU waren ebenfalls mit PEPP nicht mehr einverstanden. Die Mehrheit der Landesgesundheitsministerien war gegen PEPP und unterstützte unsere Forderungen.

Am 18. Februar 2016 legte das Bundesgesundheitsministerium und damit die große Koalition ein Fünfpunkte-Eckpunktepapier vor, das zunächst auf wesentliche Elemente des Vorschlags der Kritikerinnen an PEPP einging:

- Abkehr vom Preissystem der Fallpauschalen,
- Ausgestaltung als Budgetsystem,
- Unterstützung des „Home Treatment“ (aufsuchende ambulante Behandlung im häuslichen Bereich),
- Neuregelungen zur verpflichtenden Personalausstattung (bisher Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV)),
- Stärkung der regionalen Versorgung psychisch Kranker, verbindliche Einführung für 2017, Grundlagen sollen noch in 2016 verankert werden.

Zusammenfassend enthielten die Regierungseckpunkte zwar gute Ansätze für die Schaffung eines neuen Entgeltsystems, aber auch eine Reihe mehrdeutiger Festlegungen, so dass entscheidend für den Erfolg der Richtungsänderung die konkrete Umsetzung durch Gesetze und Verordnungen sein würden.

Die nächste Runde – der Referentenentwurf

Seit Ende Mai 2016 liegt nun der im Eckpunktepapier angekündigte Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vor. Der Entwurf macht deutlich, dass das gebetsmühlenartige Mantra der Leistungsorientierung und Transparenz, das sich aus Sicht der Regierungsparteien durch PEPP abbilden lässt, ein zu starkes Abgehen vom ursprünglichen Konzept verunmöglicht. Der unzweifelhafte Erfolg, dass eine Bundesregierung, die als große Koalition noch 2009 für ein pauschalierendes, leistungsorientiertes eingetreten ist, nun auf ihre Kritiker zugegangen ist und wesentliche Teile ihres Vorhabens verändert hat, stellt aber nun die Kritiker auf die Probe. Es stellt sich in sehr kurzer Zeit die Frage, ob die Veränderungen als zielführende Zugeständnisse zu werten sind oder ob sie nicht, wie einige meinen, eine „Verschlimmbesserung“ darstellen. Und das sind die Eckpunkte

1. In den Jahren 2017 bis 2018 soll ein leistungsbezogenes Budget auf der Basis der hausbezogenen Kosten gebildet. Neben den bereits gesetzlich definierten pauschalierten Leistungsentgelten sollen weitere leistungsbezogene Entgelte vereinbart werden, die die besonderen Strukturen des Hauses sachgerecht abbilden.
2. Es wird keinen einheitlichen Preis werden, damit fällt auch die bisher vorgesehene Konvergenzphase weg. Stattdessen werden auch nach 2018 hauseigene Basisentgeltwerte zwischen Krankenhaus und Krankenkassen vereinbart, auf deren Basis die fall- und strukturbezogenen Leistungsentgelte bepreist werden. Ab 2019 werden diese mit einem Landesbasisentgeltwert verglichen, der nur unter begründeter Ausnahme überschritten werden darf, bei erheblicher Abweichung von mehr als einem Drittel nur in sehr begründeten Ausnahmefällen.
3. Die PsychPV gilt bis 2019 einschließlich weiter. Das bereits in 2009 gesetzlich formulierte Ziel der flächendeckenden Umsetzung wird erneut formuliert. Ab 2020 soll eine verbindliche gesetzliche Vorgabe für die Personalmindestbesetzung die PsychPV ablösen.
4. Das Hometreatment wird als stationsäquivalente Leistung in den Entwurf eingearbeitet. Wie schon im Eckpunktepapier formuliert, soll es aus dem stationären Budget finanziert werden. Formuliertes Hauptziel ist der Abbau von stationären Betten, dessen Reduktion sogar Gegenstand der bilateralen Vereinbarung von jeweiligem Krankenhaus und Krankenkassen werden soll, außerhalb der Krankenhausplanung des Landes.

Die Sicherung einer verbindlichen Personalbesetzung kann als wichtiger Erfolg bewertet

werden, gerade mit Blick auf das Chaos in der somatischen Versorgung. Auf der anderen Seite sind Fortschritte in einer sektorübergreifenden Versorgung und auch Finanzierung, trotz der Betonung des Hometreatment, nicht erkennbar. Die Beibehaltung eines pauschalierenden Entgeltsystems, mit strukturbezogenen Zusatzentgelten und, unter Einführung eines Richtpreises (Landesbasisentgeltwert), bei freier hausindividueller Preisaushandlung kann auf den ersten Blick nicht befriedigen.

Die Diskussion hat gerade erst begonnen. Eine gemeinsame Positionsfindung im Bündnis der Kritiker ist zwingend erforderlich.

Literatur / Links

- [Mensch statt Pauschale](#)
- [Gesundheit für Alle!](#) Edition kritik und utopie, Mandelbaum Verlag, Wien 2013
- [Attac Basis Text 43:](#) Dohmen/Fiedler/Rätz/Schüßler: Gesundheit ist (k)eine Ware, VSA-Verlag, Hamburg, 2013
- **[PDF]** [Krankenhäuser und Betten nach Trägerschaft 1991 – 2013](#)