



Vorbemerkung:

Der nachfolgende Beitrag beruht auf dem Vortrag zur Tagung der VKD-Fachgruppe Psychiatrie am 25. September 2014 in Remscheid

## **Risiken des PEPP-Systems für die Psychiatrie**

Dr. Josef Düllings, VKD-Präsident, 24.11.2014

Der frühere Vorstandsvorsitzende der Deutschen Bank Alfred Herrhausen sagte einmal: *„Die meisten Fehler machen Unternehmen, wenn es ihnen gutgeht, nicht wenn es schlechtgeht.“*

Dies schien mir die Ausgangssituation zu sein, als die Idee aufkam, auch für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen in Deutschland – weltweit einmalig – ein pauschalierendes Entgeltsystem zur Vergütung stationärer Leistungen einzuführen. Die Entscheidung liegt schon Jahre zurück, war schlecht überlegt und ebenso schlecht vorbereitet. Im Hau-Ruck-Verfahren und ohne substanziellen Dialog mit den Verbänden erschien als fast unbemerktes Nebenprogramm diese Idee im Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) Anfang 2009.

Die ganzen aufreibenden Diskussionen, Protestaktionen und auch Konflikte innerhalb der Krankenhausbranche sowie im Dialog mit der Politik in den Folgejahren müssen im Rückblick auf diesen „verkorksten Aufschlag“ von politischer und ministerieller Seite zurückgeführt werden. Das German-DRG-System wurde zu der Zeit als Supersystem mit Exportqualitäten in Richtung Schweiz und China überschätzt und dadurch unreflektiert als „Blaupause“ auch auf den psychiatrischen und psychosomatischen Bereich übertragen.

### **Exzellente Arbeit der Fachgruppe Psychiatrie**

Es ist zu einem Großteil der Fachgruppe Psychiatrie des VKD und ihrem erfolgreichen Engagement zu verdanken, dass viele Mängel und nicht zu Ende gedachte Re-

gelingen korrigiert werden konnten. Es konnte nur noch darum gehen, eine Fehlkonstruktion am Reibbrett zu korrigieren, obwohl die Bauleute schon die Fundamente gegossen und Mauern hochgezogen hatten. So wird Bauen schwierig. Zudem setzt man sich politisch dem Risiko aus, als Blockierer einer allgemein für nötig gehaltenen Entwicklung zu gelten.

Die Fachgruppe Psychiatrie hat an dieser Baustelle in den letzten Jahren exzellente Verbandsarbeit geleistet. Ich finde es bemerkenswert,

- dass es gelungen ist, zahlreiche weitere Psychiaterverbände, wissenschaftliche Gesellschaften, Angehörigen- und Patientenorganisationen zu gemeinsamen Standpunkten zusammen zu führen,
- dass es gelungen ist, auf die Koalitionsverhandlungen der jetzigen Bundesregierung Einfluss zu nehmen. So heißt es im Koalitionsvertrag vom 15. Dezember 2013: *„Ein neues Vergütungssystem in der Psychiatrie und Psychosomatik darf schwerst psychisch Erkrankte nicht benachteiligen (...). Dazu sind systematische Veränderungen des Vergütungssystems vorzunehmen.“*
- dass bei den neuen Mitgliedern des Bundestages und im Gesundheitsausschuss eine erhöhte Sensibilität für die Belange der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen erreicht werden konnte,
- dass der Gesetzgeber sich aufgrund dieser Interventionen zu einer Verlängerung der Optionsphase entschließen konnte,
- dass mit dem Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz vom Juni 2014 jetzt auch von Länderseite deutliche Nachbesserungen gefordert werden, unter anderem eine Experten-Kommission, die den weiteren Prozess begleiten soll.

All dies kann sich sehen lassen und zeigt die erfolgreiche Verbandsarbeit der Fachgruppe. Mein ausdrücklicher Dank, auch im Namen von Präsidium und Vorstand, gilt dem Vorsitzenden Holger Höhmann und seinen Kollegen in der Fachgruppe.

Ob wir hiermit auch sagen können gemäß dem Veranstaltungsmotto „Gefahr erkannt, Gefahr gebannt“, ist jedoch zu bezweifeln. Es gibt zu viele strukturelle Parallelen zwischen dem DRG-System und dem PEPP-System. Nachfolgend sollen nur die wesentlichen Punkte aus der Perspektive des DRG-Systems aufgegriffen und im Hinblick auf das PEPP-System bewertet werden, um den weiteren Nachbesserungsbedarf deutlich zu machen.

Auf einen Umstand muss mit Blick auf das jetzige Finanzierungssystem allerdings schon hingewiesen werden. In den VKD-Umfragen 2012 und 2013 zur Lage der Krankenhäuser zeigte sich – allerdings statistisch nicht repräsentativ und deshalb auch nicht veröffentlicht – für die psychiatrischen Krankenhäuser ein Anteil von unter 10 Prozent der Einrichtungen, die rote Zahlen schrieben. Für die Allgemeinkrankenhäuser mit „ausgereiftem“ DRG-System lag dieser Anteil 2013 bei rund 50 Prozent. Dies sollte zu denken geben.

### **Double Bind – Strukturelle Defizite des DRG-Systems**

Die aktuellen Probleme im Akutbereich der Krankenhausbranche entstehen nicht, weil es zu viele Krankenhäuser oder zu viele Betten gibt oder weil Krankenhäuser zu viele Fehler machen und zu schlechte Qualität abliefern. Dies wird in den Medien und von Kassenseite so kolportiert. Aber aus Sicht der Praxis stellt sich das ganz anders dar. Das Kernproblem liegt in einem „strukturellen Dilemma“, aus dem sich die Krankenhäuser selbst nicht befreien können. Eine Metapher aus der Psychiatrie ist ein gutes Bild für.

Mitte der 1950er Jahre entwickelte Gregory Bateson das Double-Bind-Konzept (Bateson et al. 1956; Gibney 2006). Damit wird eine widersprüchliche Kommunikation insbesondere in Familien beschrieben, die zu psychischen Erkrankungen bei Kindern führen kann. Der Sender kommuniziert eine Doppelbotschaft, bei der verbale und non-verbale Ebene im Widerspruch zueinander stehen und es für den Empfänger aufgrund emotionaler Abhängigkeit meist keinen Ausweg gibt. Ein Beispiel: „Wasch mir den Pelz, aber mach mich nicht nass.“

Das Double Bind ist eine gute Metapher, um die Situation zu beschreiben, in der sich die Akutkrankenhäuser aktuell befinden: Sind Krankenhausleistungen ein Angebot der öffentlichen Daseinsvorsorge wie Schulen und Feuerwehren oder sind sie ein Produkt von Unternehmen, die im ökonomischen Wettbewerb stehen und sich dann auch so verhalten dürfen?

Sollte die aktuelle Gesetzeslage bestehen bleiben, werden sich die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen mit dem PEPP-System auch in diese Richtung bewegen.

### **Mikroebene und Makroebene im Widerspruch**

Auf der Mikroebene der somatischen Krankenhausversorgung herrscht ein überhitzter Wettbewerb um Patienten und Geld. Die DRGs haben nicht zur Schließung von

Krankenhäusern geführt, wie von Einigen erhofft, sondern wie in jedem anderen Wettbewerbssystem auch, zu einer Vervielfältigung der Angebote, zu mehr Wahlmöglichkeiten für die Patienten, aber auch zu Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies ist die praktische Verwirklichung des theoretischen Diktums "Geld folgt der Leistung".

Auf der Makroebene gilt – dem völlig entgegengesetzt – weiterhin ein Versorgungssystem. Die Leistungen dürfen nur ausreichend, zweckmäßig und notwendig sein. Sie dürfen aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht zu viel kosten. Und es dürfen auch nicht zu viele Leistungen angeboten werden („ungebremste Mengendynamik“).

Man fragt sich: Wie blauäugig ist diese Vorstellung, wenn man den Wettbewerb ausgerufen hat? Glauben Politik und Krankenkassen, dass der Weihnachtsmarkt nur solche Leistungen anbietet, die nur ausreichend, zweckmäßig und nötig sind? Dann kann man gleich an den Weihnachtsmann glauben.

Wettbewerb ist ein Verfahren, das nicht Mangel, sondern Überfluss erzeugt. Die Frage der Bezahlung muss man ordnungspolitisch davon trennen. Politik und Krankenkassen werfen diesen Punkt jedoch in einen Topf und skandalisieren die Leistungen der Krankenhäuser.

Insgesamt stecken die Akutkrankenhäuser in einem gesetzgeberischen Dilemma, das nur gesetzgeberisch aufgelöst werden kann. Eine Strukturpolitik der "unsichtbaren Hand", diese Fantasie, auf die Einige mit der Einführung des DRG-Systems gehofft hatten, hat sich nicht erfüllt.

Der Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen muss vor einer solchen Struktur geschützt werden. Aber auch hier gilt als Ordnungsrahmen derzeit „Geld folgt der Leistung“. Somit steht zu befürchten, dass auch hier nach Ende der Budgetneutralität und Konvergenzphase die gleichen Mechanismen wirken wie in der Akutversorgung.

### **Wechselseitige Kannibalisierung**

Die in der Akutversorgung weiterhin bestehende „doppelte Degression“ (Abstaffelung der Kollektivpreise auf Landesebene durch kollektive Mehrmengen bei gleichzeitigen Vergütungsabschlägen vor Ort durch individuelle Mehrmengen) führt zum sogenannten Hamsterrad-Effekt. Durch einen auch ab 2015 vorgesehenen Versorgungszuschlag wird dieser Effekt nur abgemildert. Die Regelung steht weiterhin im Gesetz.

Der Hamsterrad-Effekt treibt die Krankenhäuser in eine konsequente Marktstrategie, die nicht bei den Mengen haltmacht, sondern im Grunde vier Bereiche umfasst: Leistungsmengen, Leistungsspektren, Erlöse und Personal. Alle vier Faktoren sind auf Wachstum programmiert.

Aufgrund der Personalknappheit im ärztlichen Dienst und zunehmend auch in der Fachpflege sowie insbesondere aufgrund der Deckelung der Erlöse auf der Makroebene ist die Folge eine wechselseitige Kannibalisierung der Akutkrankenhäuser, bei der nicht mehr die Patientenversorgung im Vordergrund steht, sondern die beste Positionierung am Markt.

So überbieten sich Krankenhäuser bei der Abwerbung von Personal und dem Aufbau neuer Strukturen. Dies geht so weit, dass diese Strukturen personell oft nicht ausreichend besetzt werden können, die Leistung aber trotzdem angeboten wird. Alle machen alles. Klassische Grundversorger stellen Herzkatheter-Messplätze auf, bieten Wirbelsäulen- und Gefäßchirurgie sowie neurologische Komplexbehandlungen an und investieren vermehrt auch aus Betriebsmitteln in neue Leistungsangebote, obwohl Investitionsanteile in den Fallpauschalen derzeit nicht abgebildet sind. Wenn die Abschöpfung des erwarteten Marktpotenzials gelingt, kann sich ein Krankenhaus gut entwickeln. Wenn nicht sind „rote Zahlen“ die Folge.

Angesichts der derzeitigen Rechtslage des PEPP-Systems sind dies die Folgen, die nach Ende von Budgetneutralität und Konvergenz auch in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung drohen. Ob dies eine vernünftige versorgungspolitische Zielsetzung ist, muss vor dem Hintergrund der Erfahrungen der Akutkrankenhäuser mehr als bezweifelt werden. Hier gibt es eindeutigen gesetzgeberischen Handlungsbedarf.

### **Fortschreitender Bürokratismus für mehr Transparenz**

Mehr Transparenz ist das Zauberwort der Zeit, fast genauso positiv besetzt wie Qualität. Aus Sicht der Praxis ist es jedoch der „Wolf im Schafspelz“. Im Schnitt müssen heute rund vier von zehn Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus allein für Dokumentations- und Verwaltungsarbeiten abgestellt werden. Netto verbleiben somit nur rund sechs Ärzte für die Patientenversorgung.

Hintergrund ist eine Misstrauenskultur, die sich über die vergangenen zehn bis fünfzehn Jahre immer weiter ausgeprägt hat. So verband man mit der Entscheidung über die Einführung des DRG-Systems Ende der 1990er Jahre das Ziel, die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser transparenter zu machen. Den Krankenkassen sollte mit dem DRG-System ein Instrument an die Hand gegeben werden, das bessere Ver-

gleiche zwischen den Krankenhäusern erlaubt und dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen bessere Anhaltspunkte liefert, die Notwendigkeit und auch Dauer einer stationären Behandlung gezielter zu hinterfragen.

Genau das hat sich in den letzten Jahren stärker ausgeprägt – sekundiert durch Leistungsverweigerungen von Kassenseite, Hinterfragung des vom Land festgesetzten Versorgungsauftrages in den Budgetverhandlungen und auf der Krankenhausseite durch vermehrtes Einklagen von bereits erbrachten Leistungen. Mit dem DRG-System ist das Krankenhausgeschäft schwieriger geworden und hat auch im Management neue Kompetenzen erforderlich gemacht, um die Position der Krankenhäuser zu stärken, allerdings alles mit Aufwand, der der Patientenversorgung entzogen wird.

Der fortschreitende Bürokratismus in deutschen Krankenhäusern ist eine „Tumor-Entität“, die nur noch behandelt werden kann durch eine Volldigitalisierung der Krankenhäuser, vor allem in den Kernprozessen des ärztlichen und pflegerischen Dienstes.

Gleiches wird angesichts der derzeitigen Rechtslage des PEPP-Systems nach Ende der Budgetneutralität und Konvergenzphase auch auf die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen zukommen. Auch hier wird sich das Ausmaß vergrößern. Insofern sollte schon jetzt durch engagierte Lobbyarbeit der Managementebene, idealerweise über die VKD-Fachgruppe, gegengesteuert werden. Inwieweit dies angesichts dieser Herausforderungen gelingt, bleibt abzuwarten.

### **Erosion der Grund- und Pflichtversorgung**

Die Kalkulation des PEPP-Entgeltsystems erfolgt wie im DRG-System nach dem Motto „Durchschnitt trifft auf Realität“. Die aufgrund der Kalkulationshäuser ermittelten durchschnittlichen Bewertungsrelationen sichern eine kostendeckende Finanzierung der Durchschnittshäuser. Vor allem der Fixkostenanteil ist hier definitionsgemäß kostendeckend kalkuliert.

Dies gilt aber nicht für Krankenhäuser der Grundversorgung. Hier ist der Fixkostenanteil pro Leistung höher. Die Bewertungsrelationen des Entgeltsystems stellen für diese Häuser also systemisch bedingt keine tragfähige Finanzierung dar.

Das weiß man heute schon. Deshalb soll es für die Akutkrankenhäuser einen Sicherstellungszuschlag geben, nachdem man Jahre gebraucht hat für diese Erkenntnis. Insofern muss es für die politisch gewollte Sicherstellung einer Grund- und Pflicht-

versorgung auch in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung einen Sicherstellungszuschlag für die betroffenen Einrichtungen geben.

Dieser Zuschlag hat nichts mit einem Selbstkostendeckungsprinzip zu tun, sondern gewährleistet die Umsetzung des politischen Willens zur Vorhaltung einer Grund- und Pflichtversorgung in der Region. Wer dies nicht will, kann nicht erwarten, dass die Krankenhäuser und Träger dies freiwillig tun und auf den Kosten sitzen bleiben. Krankenhausversorgung ist in Deutschland immer noch eine grundgesetzlich verankerte Pflicht des Staates gegenüber seinen Bürgern (Daseinsvorsorge). Ohne eine solche Regelung liefe dies auf eine Enteignung hinaus, wie sie bei den Trägern der Akutversorgung bereits seit Jahren festzustellen ist.

### **Was ist zu tun?**

Geht man von den obigen Überlegungen aus, dann sind vor allem folgende Korrekturen am bestehenden PEPP-System einzufordern:

1. Die „Doppelte Degression“ muss bei der Preisbildung abgeschafft werden. Die Absenkung der Kollektivpreise auf Landesebene durch Berücksichtigung kollektiver Mengensteigerungen ist zu streichen. Insbesondere werden Krankenhäuser benachteiligt, die keine Möglichkeit haben über zusätzliche Patienten den schwächeren Anstieg der Preise im Verhältnis zum Anstieg der Tarife zu kompensieren. Hinzu kommt, dass die doppelte Degression in Wirklichkeit kein Instrument zur Mengensteuerung ist, sondern ein schlichtes Abschöpfungsinstrument. Die Argumentation von Kassenseite ist an dieser Stelle ideologisch und hat ausschließlich fiskalische Zwecke.
2. Ziel muss eine Verbesserung der Systematik des PEPP-Systems im Sinne der Positionierung der Psychiatrieverbände sein. Dies hat die VKD-Fachgruppe Psychiatrie zuletzt im Schreiben von Holger Höhmann am 15.09.2014 gegenüber Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe dargelegt. Einige Punkte sind auch in diesem Beitrag enthalten.
3. Ebenso wichtig wie die Reform des PEPP-Systems ist eine Reform des Finanzierungsrahmens und hier insbesondere der Investitionsfinanzierung. Pro Jahr fehlen nachgewiesen mindestens drei Milliarden Euro. Dies reißt ein gewaltiges Loch in die gesamte Krankenhausfinanzierung und hat negative Rückwirkungen auch auf die Betriebskostenfinanzierung. Ohne eine Lösung dieses Problems bleiben die übrigen Maßnahmen reine Kosmetik. Hier ist vor allem die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Vorbereitung der Krankenhausreform 2015 gefordert.

4. Wichtig ist eine Reform des Ordnungsrahmens. Der Widerspruch zwischen Marktsystem auf der Mikroebene und Versorgungssystem auf der Makroebene schadet der Patientenversorgung und macht die Krankenhäuser krank. Hinzu kommt eine unnötige Ressourcenverschwendung, die sich das System mit Eintritt der Babyboomer in die versorgungsrelevanten Altersgruppen nicht mehr leisten können. Sie wird ohne Korrektur zur Überforderung des Gesamtsystems führen. Die Strukturentwicklung darf nicht dem freien Spiel der Kräfte überlassen bleiben. Vom Land müssen ggf. wieder Versorgungsstufen festgelegt werden, für die auch eine tragfähige Finanzierung vorzusehen ist. Insbesondere muss die Pflichtversorgung kostendeckend finanziert sein, da sie ebenso wie Feuerwehren eine ständig vorzuhaltende Sicherheitsfunktion, ggf. auch ohne Inanspruchnahme, erfüllt.
5. Schließlich sollte eine unabhängige Expertenkommission, mit maßgeblicher Beteiligung des VKD, den Einführungs- und Umsetzungsprozess des Entgeltsystems kritisch begleiten und konstruktive Verbesserungsvorschläge einbringen. Gerade die im VKD zusammengeschlossenen Kolleginnen und Kollegen haben die tägliche Praxis vor Augen und können hier entscheidende Hinweise geben.

## **Literatur**

- Bateson, Gregory; Don D. Jackson, Jay Haley, John Weakland 1956: Toward a Theory of Schizophrenia, Behavioral Science 1(4): 251-254.
- Gibney, Paul 2006: The Double Bind Theory: Still Crazy-Making After All These Years, Psychotherapy in Australia 12, 3, 48-55.

Zeichen inkl. LZ 17.236