



**Vereinte  
Dienstleistungs-  
gewerkschaft**

attac Deutschland | Der Paritätische Gesamtverband | ver.di Vereinigte Dienstleistungsgesellschaft

Bundesminister  
Hermann Gröhe  
Friedrichstraße 108  
10117 Berlin

attac Deutschland  
Bundesbüro  
Münchener Straße 48  
60329 Frankfurt a.M.  
Telefon 069 | 900 281-10

Der Paritätische Gesamtverband  
Oranienburger Str. 13-14  
10178 Berlin  
Telefon: 030 | 24 636-0  
Telefax: 030 | 24 636-110

## **Positionspapier - „PEPP verhindern: Für eine menschenwürdige Behandlung und ein gerechtes Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik“**

ver.di Vereinigte Dienstleistungs-  
gewerkschaft  
Paula-Thiede-Ufer 10  
10179 Berlin  
Telefon 030 | 6956-0

Sehr geehrter Herr Minister Gröhe,

die Unterzeichnenden appellieren erneut und mit großer Dringlichkeit an Sie, das geplante pauschalierende Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik (kurz: PEPP) zu beenden.

Hinter PEPP verbirgt sich eine grundlegende Neuausrichtung und ein Umbau der psychiatrischen Versorgungslandschaft mit gravierenden Folgen für die Versorgung insbesondere schwer(st) psychisch kranker Menschen.

Ferner wird sich durch den geplanten Wegfall der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) die Situation des Personals weiter verschärfen. Stellenkürzungen und somit weitere Überlastungen und Arbeitsverdichtungen, vor allem für das Pflegepersonal, werden die Folge sein.

Anstelle von PEPP muss endlich ein fachlich und sachlich fundiertes, gerechtes und menschenwürdiges Versorgungs- und Entgeltsystem vorbereitet und umgesetzt werden, das den realen Bedarf und den notwendigen Aufwand für Therapie und medizinisch-pflegerische Versorgung in der Psychiatrie und Psychosomatik abbildet und vergütet.

Als Anlage senden wir Ihnen ein Positionspapier, in dem wir unsere Hauptkritikpunkte an PEPP und die wichtigsten Anforderungen an ein geeignetes Entgeltsystem darlegen. Das Positionspapier haben wir am 1. September 2015 im Rahmen eines Pressegesprächs der Öffentlichkeit vorgestellt. In diesem Zusammenhang möchten wir auch auf das Alternativkonzept der 18 Fachverbände hinweisen.

Wir appellieren hiermit eindringlich an Sie, daran mitzuwirken, den fehlsteuernden PEPP-Prozess endgültig zu beenden. Die Prinzipien der Fallpauschalen (DRGs) aus dem somatischen Bereich lassen sich weder jetzt noch in Zukunft auf die Psychiatrie und Psychosomatik übertragen.

Wir hoffen, Sie mit den im Positionspapier ausgeführten Argumenten davon überzeugen zu können, dass es unvermeidlich ist, die Abkehr von dem in jeder Hinsicht ungeeigneten und letztlich ungerechten PEPP-System einzuleiten.

Mit freundlichen Grüßen



**Attac Deutschland**

Dagmar Paternoga, Attac-Ratsmitglied



**Paritätischer Gesamtverband e.V.**

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Vorsitzender



**ver.di Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft**

Herbert Weisbrod-Frey, Bereichsleiter Gesundheitspolitik

**Anlage**

## Die Frist nicht ungenutzt verstreichen lassen:

# PEPP verhindern – Für eine menschenwürdige Behandlung und ein gerechtes Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik

Hinter dem unauffälligen Begriff „Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik“ (kurz: PEPP) verbirgt sich eine grundlegende Neuausrichtung und ein Umbau der psychiatrischen Versorgungslandschaft mit gravierenden Folgen für die Versorgung insbesondere schwer(st) psychisch kranker Menschen.

Mit der Einführung des neuen Entgeltsystems vom Jahr 2013 würden die ärztlichen und pflegerischen Dokumentationen in den Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik zukünftig entscheidenden Einfluss auf die Höhe der Leistungsvergütung nehmen. Ziel des neuen Systems ist die Ablösung der bisherigen Bedarfsorientierung hin zu einer reinen Leistungsfinanzierung.

Trotz massiver Kritik und trotz ihrer Koalitionsvereinbarung mit dem Ziel, systematische Veränderungen des Vergütungssystems vorzunehmen, hält die große Koalition bisher noch an dem von der schwarz-gelben Vorgängerregierung auf den parlamentarischen Weg gebrachten neuen Psychiatrie-Entgeltsystem fest.

Durch den politischen Druck von Pflegepersonal, Ärzt/innen, Fachverbänden, Psychiatriebetroffenen, der Gewerkschaft ver.di, Attac Deutschland, dem Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte, medico international, dem Paritätischen Gesamtverband und vielen weiteren ist es gelungen, zunächst 2013 die Koalitionsvereinbarung und 2014 die verpflichtende Einführung des neuen Abrechnungssystems um zwei Jahre bis zum 31.12.2016 nach hinten zu schieben. Dieses erfreuliche Einlenken des Gesetzgebers und des Bundesministers für Gesundheit, Hermann Gröhe (CDU), war verbunden mit dem Interesse an der Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungslandschaft. Der Bundesgesundheitsminister hat dementsprechend im Mai dieses Jahres einen „strukturierten Dialog“ mit den Fach- und Wohlfahrtsverbänden begonnen, um über Alternativmodelle zu PEPP zu diskutieren.

## Negative Folgen von PEPP

Das pauschalierende Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) widerspricht der empirisch gesicherten Erfahrung, dass in der Psychiatrie mit der Diagnose nur ca. 20 Prozent des erforderlichen Behandlungsaufwands zusammenhängt. Jede psychische Erkrankung verläuft höchst individuell und ist von den besonderen Lebensumständen und dem Lebensumfeld der Patientinnen und Patienten abhängig.

Mit PEPP kann der größte Anteil des Personalaufwands für Patient/-innen mit schweren akuten Erkrankungen – wie die 24-stündige krankenpflegerische Behandlung – nicht gemessen werden und geht damit nicht in die Berechnungen ein.

Das neue Entgeltsystem schafft daher den Anreiz, in der Pflege und Therapie möglichst wenig aufwendige Patient/innen stationär aufzunehmen, was sich negativ auf die Behandlung schwer psychisch kranker Menschen auswirkt.

Wiederaufnahmen vor Ablauf eines Vierteljahres sollen mit einer Absenkung der Pauschale „bestraft“ werden. Dies wird den Besonderheiten psychiatrischer Krankheitsverläufe nicht gerecht und ist mit einer angemessenen Patientenversorgung nicht vereinbar.

PEPP stellt die stationäre Behandlung in den Vordergrund und vernachlässigt damit eine optimale Gesamtversorgung, die heutzutage eine Vielzahl ambulanter Dienste, Versorgungs- und Unterstützungsformen mit einschließt.

Die Institutsambulanzen stellen eine entscheidende Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor dar und sind insbesondere für die Versorgung schwer psychisch kranker Menschen von elementarer Wichtigkeit. Dennoch sind diese Einrichtungen bereits jetzt – neben dem Pflegepersonal – die Hauptbetroffenen der Kürzungen. Durch die Einführung von PEPP sind sie in ihrem Bestand gefährdet.

Die zu erwartenden negativen Folgen bei einer Einführung des neuen Entgeltsystems sind darüber hinaus:

1. Angesichts der nach der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) bereits bestehenden Unterbesetzung von 10 bis 15 Prozent ist ein weiterer Personalabbau zu erwarten. Aufgrund der Erfahrungen mit den Fallpauschalen (DRGs) im somatischen Bereich ist zudem bei notwendigen Leistungsausweitungen nicht mit einer entsprechenden Stellenvermehrung zu rechnen. Außerdem soll ab 01.01.2019 die PsychPV nicht mehr gelten, die heute das Verhältnis von Patient/innen zu ärztlichem, therapeutischem und pflegerischem Personal bestimmt. Dies wird zu einer darüber hinaus gehenden Verschlechterung der Personalsituation in den psychiatrischen Krankenhäusern führen. Es kommt zu einer Überlastung des Personals durch Stellenwegfall sowie durch den extrem hohen, zusätzlichen Dokumentationsaufwand.
2. Wir sehen durch die finanziellen Anreize Fehlsteuerungen zulasten schwer psychisch kranker Menschen, was zu vermehrten Zwangsmaßnahmen und Medikalisierungen, Traumatisierungen und Chronifizierungen führt. Durch Anreize für zu frühe Entlassungen, vor allem schwer kranker Menschen, könnten die ambulanten gemeindepsychiatrischen Dienste den Ansprüchen der Patient/innen mit den jetzigen getrennten Systemen nicht gerecht werden. Eine relevante Vermehrung von Heimunterbringungen wäre die Folge.
3. Es werden Anreize zum weiteren Ausbau von Betten für psychotherapeutisch-psychosomatische Stationen und Kliniken geschaffen, die bei koordinierter ambulanter Psychotherapie überhaupt nicht notwendig wären.

Aus diesen Gründen muss die Einführung eines vor allem auf ökonomische Anreize (oder Steuerung), auf Kürzungen des Personalaufwands und auf die Benachteiligung von schwer kranken Patient/innen abzielenden Systems unbedingt gestoppt werden.

## Forderungen

Wir fordern, endlich die Einführung eines fachlich und sachlich fundierten, gerechten und menschenwürdigen Versorgungs- und Entgeltsystems für die Psychiatrie und Psychosomatik vorzubereiten und umzusetzen, das die realen Bedarfe und den notwendigen Aufwand für Therapie und medizinisch-pflegerische Versorgung abbildet und vergütet.

Ein Entgeltsystem, das den besonderen Bedürfnissen psychisch kranker Menschen gerecht werden soll, muss ambulante Angebote flexibel ermöglichen. Zum Beispiel sind die vom Krankenbett losgelöste Behandlung im heimischen Umfeld – sogenanntes Hometreatment – oder eine intensive ambulante Behandlung im PEPP-System nicht vorgesehen, obwohl diese nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen sehr wirkungsvoll und nachhaltig sind.

### Übergreifende Ziele sind:

Die Schaffung eines settingübergreifenden Vergütungssystems in der Psychiatrie und Psychosomatik, das

1. schwerst psychisch erkrankte Menschen nicht benachteiligt,
2. eine sektorenübergreifende und koordinierte Behandlung endlich ermöglicht und
3. die Verweildauer therapeutisch sinnvoll verkürzt ohne Drehtüreffekte zu erzeugen.

Dafür ist ein Budgetsystem auf der Basis eines tagesbezogenen sich aus der Schwere der Störung ergebenden, individuell bedarfsgerechten Behandlungsaufwands notwendig, das auf der Grundlage der Beibehaltung der Psychiatrie-Personalverordnung und deren angemessener Weiterentwicklung gestaltet wird (Alternativmodelle liegen vor).

Über normative Vorgaben sind darüber hinaus räumliche und millieutherapeutische Anforderungen für eine gesicherte und überprüfbare Strukturqualität zu entwickeln und festzulegen.

Die regionale Morbiditäts- und Versorgungsstruktur muss im Budgetsystem berücksichtigt werden. Die wohnortnahe Versorgung muss auf der Basis des Ausbaus regionaler Vernetzung (z.B. gemeindepsychiatrischer Verbund oder Jugendhilfe-Kooperationen, Bereitschaftsdienste) weitergeführt werden.

### Unsere Kernforderungen lauten konkret:

1. Beendigung des fehlsteuernden PEPP-Prozesses.

Die Prinzipien der Fallpauschalen (DRGs) aus dem somatischen Bereich können nicht auf die Psychiatrie übertragen werden. Die psychiatrische Leistungserbringung bezieht sich auf das aktuelle individuelle Befinden und das gesamte Lebens- und Beziehungsgefüge der Patient/innen.

Es muss ein Prozess zur Weiterentwicklung eingeleitet werden, um das Entgeltsystem für die Psychiatrie und Psychosomatik zu überarbeiten. Insbesondere müssen die ambulante Versorgung und der Behandlungsbedarf von schwerst psychisch kranken Menschen sachgerecht abgebildet werden.

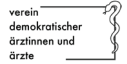
2. Einstellung des fehlsteuernden PEPP-Prozesses durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) aus fachlichen, methodischen, rechtlichen und wirtschaftlichen Gründen und Weiterentwicklung der Krankenhausbehandlung im Rahmen der Psychiatriereform.

3. Die Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) bleibt gültig. Ihre Umsetzung zu 100 Prozent wird in allen Krankenhäusern mit Pflichtversorgung durch ergänzende Auflagen und die verbindliche Kontrolle durch die Bundesländer sichergestellt. Die Psych-PV muss zudem weiterentwickelt und dem aktuellen wissenschaftlichen Standard entsprechen. Zur flächendeckenden Umsetzung der Psych-PV muss ein transparenter Kontrollmechanismus eingeführt werden. Im Falle der Nichterfüllung müssen Sanktionen greifen.
4. Streichung der den Mindeststandard der Strukturqualität Personal systematisch unterlaufenden Bedingungen der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV). Die Einschränkungen des Psych-Entgeltgesetzes (PsychEntgG) müssen aufgehoben werden (partielle Anpassung von Tarifsteigerungen, Mengengerichtungen).
5. Ermöglichung der Weiterentwicklung des Leistungsgeschehens durch sektorübergreifende und regional vernetzte, in das Budget integrierte Leistungen sowohl durch regionale Umsetzungen als auch durch ein strukturiertes Bundesmodellprogramm in allen Bundesländern.
6. Förderung der patientenzentrierten Behandlung durch die Überwindung der starren Grenzen von ambulanter, teilstationärer und stationärer Versorgung und besserer Vernetzung der Versorgungsstrukturen.
7. Umstellung von einem Preissystem für Teilleistungen auf ein Budgetsystem mit regionalen Verhandlungen der Selbstverwaltung auf der Basis bedarfsbezogener Relativgewichte, behandelten Patient/innen und regionaler Besonderheiten im Landesvergleich (wie auch der Besonderheiten von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik).
8. Gewährleistung fachlicher und systemischer Kompetenz durch eine unabhängige Expertenkommission, bestehend aus Sachverständigen aus den Bereichen Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik sowie nicht-ärztlichen Berufsgruppen. Gewährleistung der Einbeziehung von Patienten- und Angehörigenvertreter/innen, Psychiatrieerfahrenen und Selbstverwaltung. Die Sachverständigenkommission berät die Politik kontinuierlich und erarbeitet Empfehlungen.
9. Evaluation des Weiterentwicklungsprozesses durch eine umfassende, von der Selbstverwaltung unabhängige Begleitforschung.
10. Für Modellvorhaben nach § 64b SGB V (Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen) sowie durch die Anwendung bestehender Vorschriften zur Integrierten Versorgung nach § 140a ff. SGB V werden die Beteiligungspflicht aller gesetzlichen Krankenkassen und Qualitätsstandards festgelegt. Es wird sichergestellt, dass erfolgreiche Modellvorhaben in die Regelversorgung überführt und gemeinsam und einheitlich durch alle Krankenkassen finanziert werden.

## Zum Hintergrund

Mit der Verabschiedung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHRG) wurde im Jahr 2009 festgelegt, dass für psychiatrische und psychosomatische Fachkrankenhäuser sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie ein „durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten“ (PEPP) einzuführen ist.

Zudem wurde mit dem KHRG der Auftrag zur Prüfung einer Systementwicklung erteilt, sich auch auf andere sektorenübergreifende Vergütungseinheiten sowie die Einbeziehung von Institutsambulanzen zu beziehen.



Nach einer budgetneutralen Phase von 2013 bis 2016 sollte gemäß des Psychiatrie-Entgeltgesetzes (2012) eine Konvergenzphase von 2017 bis 2021 folgen, in der die vorher jeweils krankenhausindividuellen Preise vereinheitlicht werden. Für die Jahre 2013 und 2014 konnten die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen frei entscheiden, ob sie von dem neuen Entgeltsystem Gebrauch machen wollen oder nicht (optierende Kliniken).

Trotz der Verlängerung der budgetneutralen Phase bis Ende 2018, in der das Erlösbudget weiterhin krankenhausindividuell vereinbart wird, entscheiden sich immer mehr psychiatrische Kliniken dafür, das neue Entgeltsystem einzuführen. Hinter dieser Entscheidung steckt eine zusätzliche finanzielle Vergütung für die optierenden Kliniken und die Erwartung, durch auf das PEPP-System bezogene interne Umstrukturierungen in den nächsten Jahren stabile oder sogar höhere Einnahmen erzielen zu können. Zugleich nutzen einige Einrichtungen die Möglichkeit, mit dem Hinweis auf die Einführung von PEPP, Personalstellen insbesondere im Pflegebereich weiter zu reduzieren.

Berlin, den 01. September 2015



**Dachverband  
Gemeindepsychiatrie e.V.**



**Soltauer Initiative**



**Vereinte  
Dienstleistungs-  
gewerkschaft**

