

Antrag

der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Elisabeth Scharfenberg, Maria Klein-Schmeink, Kordula Schulz-Asche, Dr. Franziska Brantner, Katja Dörner, Kai Gehring, Ulle Schauws, Tabea Rößner, Doris Wagner, Beate Walter-Rosenheimer, Corinna Rüffer, Britta Haßelmann und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Gute Versorgung, gute Arbeit – Krankenhäuser zukunftsfest machen

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Krankenhäuser haben eine zentrale Bedeutung bei der Sicherstellung der gesundheitlichen Daseinsvorsorge. Durch ihre Leistungen gewährleisten sie eine vielfach gute und bedarfsgerechte stationäre Versorgung in Deutschland. Zudem übernehmen sie zunehmend Verantwortung auch in der ambulanten Versorgung etwa durch ambulantes Operieren oder durch medizinische Versorgungszentren (MVZ). Stationäre Einrichtungen sind darüber hinaus bedeutsame Arbeitgeber. Weit über 1 Millionen Menschen sind dort als medizinisches oder nichtmedizinisches Personal beschäftigt.

Der demographische Wandel führt jedoch zu einer zunehmenden Zahl älterer und chronisch kranker Patientinnen und Patienten und sich ändernden Bedürfnissen. Es ist beispielsweise damit zu rechnen, dass im Jahr 2020 jeder fünfte Krankenhauspatient an einer Demenz erkrankt ist. Die Krankenhäuser werden sich dieser Entwicklung stellen müssen. In Zukunft kommt es vor allem auf eine stärkere Verzahnung mit der ambulanten Versorgung, eine bessere Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Gesundheitsberufen und eine Aufwertung der Pflege an. Nötig sind darüber hinaus insbesondere in ländlichen Räumen flexiblere Konzepte, die auch die ambulante Versorgung durch Krankenhäuser ermöglichen.

Allerdings ist insbesondere aus der Perspektive der Patientinnen und Patienten sowie der Beschäftigten in den Krankenhäusern unübersehbar, dass es massive Probleme gibt. So steigt etwa durch den erheblichen Personalabbau der letzten Jahre insbesondere für Pflegekräfte die Arbeitsbelastung immer mehr. Sie haben immer weniger Zeit, sich um die Patientinnen und Patienten zu kümmern und ihnen die notwendige Versorgung und Zuwendung zukommen zu lassen. Abstimmungsprobleme zwischen Krankenhaus und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten treten immer häufiger und deutlicher zutage. Die Zahl von Krankenhausinfektionen ist aufgrund der steigenden Anzahl multiresistenter Keime und oftmals mangelnder Hygienemaßnahmen auf einem hohen Niveau. Die Bevölkerung beobachtet diese Entwicklungen mit großer Sorge. Die verständlichen Ängste der Patientinnen und Patienten vor einem Krankenhausaufenthalt werden unter diesen Bedingungen noch stärker.

Diese Problemanzeigen offenbaren einen erheblichen Reformbedarf, auf den seitens der Bundesregierung bislang nur unzureichend und zögerlich reagiert wurde. Zwar

hat sich laut Krankenhaus Rating Report 2015 die Ertragslage der Häuser im Vergleich zum Vorjahr leicht verbessert; nach wie vor besteht aber ein Investitionsstau von mindestens 12 Milliarden Euro. Die Investitionsmittel der Länder, die für Krankenhäuser bereitgestellt werden, sind demgegenüber seit Jahren nicht bedarfsgerecht. Dies ist vor allem für Häuser in kommunaler Trägerschaft ein erhebliches Problem. Viele Häuser finanzieren ihre notwendigen Investitionen aus den laufenden Betriebseinnahmen, was dazu führt, dass das Geld an anderer Stelle fehlt. An der Problematik der unzureichenden Investitionsmittel der Länder wird sich auch angesichts der Schuldenbremse nichts ändern.

Die Krankenhausplanung der Länder erfolgt weiterhin losgelöst von den Strukturen im niedergelassenen Bereich und kann daher – je nach Region – auch zu erheblichen Überkapazitäten oder Versorgungslücken führen.

Die Personalausstattung vor allem im pflegerischen Bereich ist in vielen Häusern so niedrig, dass nicht mehr sichergestellt ist, alle notwendigen Tätigkeiten auch durchführen zu können. Davon sind nicht zuletzt auch Hygienemaßnahmen betroffen. Die unzureichende Personalausstattung gefährdet nicht nur Patientinnen und Patienten, sondern führt auch zu unattraktiven Arbeitsbedingungen.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

1. einen Gesetzentwurf vorzulegen, der die Investitionsfinanzierung für Krankenhäuser reformiert, durch eine hälftige Beteiligung der Krankenkassen auf eine stabile Basis stellt und den Krankenkassen zugleich Mitsprache bei der Krankenhausplanung ermöglicht;
2. gemeinsam mit den Ländern die Krankenhausplanung hin zu einer bedarfsgerechten und sektorübergreifenden Versorgungsplanung weiterzuentwickeln, die auf gründlichen und vorausschauenden regionalen Versorgungsanalysen sowie einer Differenzierung nach Versorgungsstufen beruht und zu einer besseren Verzahnung mit den ambulanten Strukturen führt;
3. einen Gesetzentwurf vorzulegen, durch den dem akuten Personalnotstand kurzfristig begegnet wird, im Pflegebereich der Krankenhäuser verbindliche Personalbemessungsregelungen eingeführt werden und mittel- und langfristig ein transparentes und leistungsbezogenes System der Pflegefinanzierung entwickelt und eingeführt wird;
4. auf Verbesserungen bei den Arbeitsbedingungen der Beschäftigten im Krankenhaus wie etwa einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf und einer besseren Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe untereinander hinzuwirken;
5. einen Gesetzentwurf vorzulegen, der die Geltung der Psychiatrie-Personalverordnung verlängert und zu verbindlichen Personalstandards führt sowie ein alternatives Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik vorsieht, das schwerstpsychisch Erkrankte nicht benachteiligt, die sektorenübergreifende Behandlung fördert und die Verweildauer verkürzt, ohne Drehtüreffekte zu erzeugen.

Berlin, den 30. Juni 2015

Katrin Göring-Eckardt, Dr. Anton Hofreiter und Fraktion

Begründung

Union und SPD haben sich in ihrem Koalitionsvertrag auferlegt, die Patientinnen und Patienten in das Zentrum ihrer Gesundheitspolitik zu stellen. Dazu gehört auch, den Bürgerinnen und Bürgern eine gute und bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung zur Verfügung zu stellen. Darin inbegriffen ist zweifelsohne auch die stationäre Versorgung.

Krankenhäuser haben in letzten Jahren mit vielen Herausforderungen zu kämpfen. Dazu gehören eine unzureichende Investitionsfinanzierung seitens der Länder und eine wenig abgestimmte Versorgungsplanung von stationärem und ambulantem Bereich mit der Folge, dass regional teilweise erhebliche Überkapazitäten oder Versorgungslücken bestehen. Auch haben das DRG-Vergütungssystem und der Stellenabbau insbesondere beim Pflegepersonal im Krankenhaus zu einer immer höheren Arbeitsverdichtung vor allem in der Pflege geführt.

Bislang ist kaum erkennbar, dass die derzeitige Regierungskoalition der Aufgabe gerecht wird, nachhaltige Lösungen für diese Probleme zu finden. Der von der Koalition vorgelegte Entwurf für ein Krankenhausstrukturgesetz nimmt die notwendigen Reformen im Krankenhaussektor überwiegend nicht in Angriff. Vielmehr beschränkt er sich auf weitgehend zusammenhanglose Einzelmaßnahmen, ohne grundsätzlich etwas an den finanziellen und strukturellen Rahmenbedingungen zu ändern. Geplante Maßnahmen wie etwa das erneute Pflegestellen-Förderprogramm und die beabsichtigte Expertenkommission zeigen, dass die Koalition die bestehenden Probleme zwar erkannt hat, vor nachhaltigen und verbindlichen Lösungen aber zurückschreit. An zahlreichen Stellen des Gesetzentwurfes überträgt die Koalition der Selbstverwaltung umfangreiche Aufgaben, unterlässt es aber, wenigstens die notwendige politische Zielsetzung zu definieren. Das betrifft beispielsweise die beabsichtigten Zu- und Abschläge für „besonders gute“ oder „besonders schlechte“ Qualität. Dabei zeigen internationale Erfahrungen, dass vermeintliche Details bedeutsam für den Erfolg des Instrumentes sind. Doch die Regelung dieser vermeintlichen Details überlässt die Koalition allein der Selbstverwaltung, was die Wirksamkeit der Regelung fraglich erscheinen lässt.

Zu Nummer 1

Der Investitionsstau an Krankenhäusern wird seit Jahren kritisiert. Selbst vorsichtige Schätzungen gehen von einem Investitionsbedarf von mindestens 12 Milliarden Euro aus. Zwar müssen manche Investitionsentscheidungen kritisch hinterfragt werden, beispielsweise weil durch sie Doppelstrukturen bei der Ausstattung mit medizinischen Großgeräten aufgebaut wurden. Gleichwohl sind aus verschiedenen Gründen auch künftig erhebliche Investitionen nötig. Durch den größeren Anteil älterer Patientinnen und Patienten müssen die stationären Einrichtungen verstärkt in eine funktions- und altersgerechte Krankenhausarchitektur investieren. Einen großen Bedarf gibt es ferner absehbar bei der IT-Ausstattung der Krankenhäuser. Auch steigende Energiepreise und die Anforderungen klimagerechten Bauens verlangen erhebliche Investitionen. Zugleich spielt eine dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende apparative Ausstattung der Krankenhäuser eine wichtige Rolle bei der Versorgung der Patientinnen und Patienten. Vor diesem Hintergrund ist die bislang praktizierte Regelung zur Investitionsfinanzierung von Krankenhäusern nicht mehr zukunftsfähig. Aktuellen Zahlen zufolge stammen mehr als die Hälfte der Investitionsmittel der Krankenhäuser nicht aus der Investitionsförderung der Länder. Die wirtschaftlich schwierige Lage vieler Krankenhäuser ist daher auch auf den Umstand zurückzuführen, dass sie die notwendigen Mittel für die Investitionsfinanzierung aus den eigentlich nur für die Betriebs- und Personalkosten vorgesehenen Fallpauschalen erwirtschaften müssen.

Die Investitionsfinanzierung für Krankenhäuser muss grundlegend reformiert werden. Dabei sollen die Länder nicht aus der Verantwortung für die Investitionsfinanzierung entlassen werden. Die Bundestagsfraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN hat bereits in der 16. Wahlperiode einen Vorschlag für ein Modell vorgelegt, nach dem Krankenkassen und Ländern die Möglichkeit eröffnet wird, gemeinsam die Verantwortung für die Investitionsförderung und Planung zu übernehmen (BT-Ds. 16/9008). Dabei sollen Krankenkassen und Länder die Option erhalten, die Investitionsfinanzierung gemeinsam zu schultern. Dazu soll auf Landesebene ein jeweils hälftig getragener Fonds eingerichtet werden, aus dem die Investitionspauschalen finanziert werden. Die Höhe der Landesmittel bestimmt die Höhe der Mittel, die von den Krankenkassen gestellt werden. Im Gegenzug sollen die Krankenkassen bei der Krankenhausplanung einbezogen werden, so wie dies in Ostdeutschland seit 1990 erfolgreich praktiziert wird. Es muss zudem gewährleistet sein, dass die Länder ihre Investitionsmittel aufgrund des Fonds nicht weiter reduzieren.

Zu Nummer 2

Die bisherige Krankenhausplanung hat es nicht vermocht, die im internationalen Vergleich deutlich erkennbaren und zum Teil erheblichen Überkapazitäten zu vermeiden. Die bestehende Planung ist überdies eine der zentralen Ursachen für die Trennung zwischen den Sektoren und den daraus resultierenden Brüchen und Doppelstrukturen in der Versorgung. Es fehlt eine vorausschauende Planung der Versorgungsstrukturen, in der Qualität und Patientenbedürfnisse berücksichtigt werden.

Ziel muss daher eine grundlegende Reform der Krankenhausplanung sein. Dadurch entsteht ein wirksamer Handlungsrahmen für Selbstverwaltung, Länder und andere regionale Akteure.

Kernbestandteil einer solchen Reform ist die Zusammenführung von stationärer und ambulanter Planung in einem Landesversorgungsplan. Hierzu gehört eine gründliche sektor übergreifende Analyse des tatsächlichen Versorgungsbedarfs einer Region.

Stärker als bisher müssen bei der Versorgungsplanung unterschiedliche Versorgungsstufen sowie unvorhersehbare Krankenhausleistungen (Notfalleleistungen) und planbare Leistungen (Elektivleistungen) unterschieden werden. Während etwa für Leistungen der medizinischen Notfall- bzw. Grundversorgung (Primärversorgung) kleinräumiger geplant werden muss, ist für bestimmte fachärztliche Angebote bzw. Leistungen der stationären Maximalversorgung wie zum Beispiel Universitätskliniken großräumiger zu planen. Dabei halten wir es für notwendig, anstelle einer auf Bettenzahlen abstellenden Planung künftig Kriterien der Raumordnung wie etwa Erreichbarkeiten sowie vorhandene Einrichtungen zum Beispiel in der Rehabilitation und Schnittstellen zur Pflege einzubeziehen. Einfluss auf die notwendige Zahl der stationären Einrichtungen hat im Übrigen auch ein flexibel und bedarfsgerecht ausgebautes Krankentransportwesen.

Für hochspezialisierte Leistungen wie etwa seltene Erkrankungen oder Organtransplantationen ist länderübergreifende bzw. bundesweit abgestimmte Planung geboten. Der Notwendigkeit einer Spezialisierung stationärer Einrichtungen sollte durch intensivere Zentrenbildung Rechnung getragen werden.

Eine solche erreichbarkeitsorientierte Versorgungsplanung könnte einem sektor übergreifenden Versorgungsausschuss auf Landesebene übertragen werden, der neben Vertretern der Leistungserbringer auch Land, Kommunen und Patientenverbände einbezieht. Dem Versorgungsausschuss soll eine unabhängige Institution zugeordnet werden, die auf Landesebene anhand bundesweiter Kriterien Versorgungsanalysen vornimmt und mittels objektiver Daten sowie Szenarien der künftigen Entwicklung der Morbidität Empfehlungen bei der Definition von Versorgungszielen ausspricht. In eine solche Versorgungsplanung müssen im Übrigen auch regionale Gesundheitskonferenzen beratend einbezogen werden. Auch hierzu hat die Bundestagsfraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bereits ihre Vorstellungen eingebracht (BT-Ds. 18/4153).

Zu Nummer 3

Seit der Abschaffung der so genannten Pflegepersonalregelung (PPR) gibt es keinen wirksamen Mechanismus mehr, der Kosteneinsparungen zulasten der Pflege wirksam verhindert. Zwischen 1996 und 2012 wurden rund 11 Prozent der Vollzeitstellen in der Krankenhauspflege abgebaut. Die Vergütung durch Fallpauschalen (DRGs) hat zudem zu einer Konzentration auf wirtschaftlich attraktive ärztliche Leistungen geführt, die zulasten der Pflege gingen. Dazu kommen die zunehmende Finanzierung von Investitionen aus den für die Betriebsmittel vorgesehenen Fallpauschalen sowie eine verspätete „Einpreisung“ von Personalkostensteigerungen in das DRG-System.

Die Personalquote der pflegerischen Berufsgruppen in deutschen Krankenhäusern befindet sich im internationalen Vergleich auf einem ausgesprochen niedrigen Niveau. So werden pro Schicht durchschnittlich 9,9 Patientinnen und Patienten von einer Pflegekraft betreut. Im Vergleich dazu müssen Pflegekräfte in den Niederlanden oder Norwegen deutlich weniger Patientinnen und Patienten versorgen. Häufig ist in Deutschland nicht gewährleistet, dass alle notwendigen pflegerischen Maßnahmen tatsächlich durchgeführt werden können. Das betrifft etwa notwendige Hygienemaßnahmen zur Vermeidung von Krankenhausinfektionen, die im pflegerischen Alltag auch mit einem entsprechenden Zeit- und damit Personalaufwand verbunden sind. Auch vermehrte Sturzereignisse und größere Sterblichkeit werden mit der unzureichenden Personalausstattung assoziiert. Die Situation in der Pflege gefährdet somit die Sicherheit von Patientinnen und Patienten.

Zugleich führt die unzureichende Personalausstattung in der Pflege zu schlechten und unattraktiven Arbeitsbedingungen. An Beschäftigte in Pflegeberufen werden überdurchschnittlich hohe psychische und physische An-

forderungen gestellt, was sich u. a. in Überforderung, Stresszunahme und krankheitsbedingten Fehlzeiten widerspiegelt. Dies belegen auch die geringe Verweildauer von Krankenpflegekräften im Beruf von durchschnittlich 13,7 Jahren und der geringe Anteil älterer Pflegenden, die im Beruf mehr als 20 Jahre verbleiben (vgl. u. a. Berufsgenossenschaft Gesundheitsschutz und Wohlfahrtspflege, www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/Fachartikel/2011-Symposium-Hackmann.pdf?__blob=publicationFile). Im europäischen Vergleich, neben Großbritannien und Italien, besteht bei deutschen Pflegekräften der größte Ausstiegswunsch. In einer älter werdenden Gesellschaft, in der nicht nur der Pflegebedarf, sondern auch das Durchschnittsalter der Pflegenden steigt, muss die Gestaltung guter Arbeitsbedingungen für Pflegenden deutlich mehr Beachtung gewinnen (vgl. www.baua.de/dok/5479728, 9/2014).

Untersuchungen deuten darauf hin, dass die aus den DRGs resultierenden Zuweisungen zu gering sind, um den tatsächlichen notwendigen Bedarf an Pflegepersonal zu decken und eine adäquate pflegerische Versorgung der Patientinnen und Patienten sicherzustellen (vgl. Thomas, Wasem et al. 2014). Der 2012 eingeführte Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) greift überdies nur bei einem sehr kleinen Teil der Krankenhausfälle (ca. 0,5 Prozent) und wurde bislang nicht weiterentwickelt. Auch vor diesem Hintergrund werden die PKMS von Experten als „gescheitert“ angesehen (vgl. Thomas, Wasem et al. 2014). Die von der Bundesregierung bislang geplanten Maßnahmen sind vor allem aus mittel- bis langfristiger Perspektive unzureichend, um die Situation nachhaltig zu verbessern.

Es muss daher zügig ein verbindliches Instrument zur objektiven Bemessung des notwendigen Personalbedarfs in der akutstationären Pflege eingeführt werden. Der Personalbedarf muss sich dabei aus dem tatsächlichen Pflegebedarf der Patientinnen und Patienten ableiten. Als Sofortmaßnahme ist ein Pflegestellenprogramm nötig, das sich mindestens an den Größenordnungen der 1997 abgeschafften Pflegepersonalregelung (PPR) orientiert. Um sicherzustellen, dass das Instrument auch zu einer besseren Personalausstattung führt, sollte eine Zweckbindung der DRG-Zuweisungen für den Pflegebereich vorgesehen werden.

Für die mittel- bis langfristige Perspektive ist eine leistungsbezogene Pflegepauschale (Nursing Related Groups) denkbar. Ein vergleichbares Instrument zur besseren Abbildung des Pflegebedarfs im stationären Vergütungssystem und zur Entwicklung von Pflegeindikatoren hatte beispielsweise 2008 der Deutsche Pflegerat ins Gespräch gebracht (Bartholomeyczik, Sabine: Adäquate Abbildung des Pflegeaufwands im G-DRG-System. Witten-Herdecke, Berlin 2008). Bei der Entwicklung müsste zwingend auch pflegepraktischer und pflegewissenschaftlicher Sachverstand an zentraler Stelle einbezogen werden. Auch eine unabhängige Begleitforschung wäre vor dem Hintergrund der Erfahrungen bei der Einführung der DRGs notwendig.

Zu Nummer 4

Zusätzlich zu einer ausreichenden Personalausstattung sind auch motivierende Arbeitsbedingungen und teamorientierte Organisationsstrukturen wichtige Voraussetzungen für eine qualitativ hochwertige Versorgung. Dazu gehören eine familienfreundliche Arbeitszeitorganisation ebenso wie auskömmliche und langfristige Anstellungsverhältnisse und Betreuungsmöglichkeiten für Kinder. Die besonderen Anforderungen an Beschäftigte im Krankenhaus machen es notwendig, dass gerade in diesem Bereich dafür Sorge getragen wird, dass sie langfristig gute Arbeit leisten können.

Vor allem vor dem Hintergrund eines zunehmenden Anteils älterer, mehrfach erkrankter und chronisch erkrankter Patientinnen und Patienten hat der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen wiederholt eine stärkere Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe angemahnt. Dies gilt nicht nur für den ambulanten Sektor, auch im Krankenhaus sind teamorientierte und multiprofessionelle Ansätze notwendig. Untersuchungen zeigen überdies, dass Behandlungsfehler häufig aus unzureichender Zusammenarbeit resultieren.

Gerade die stationäre Versorgung beispielsweise dementer Patientinnen und Patienten verlangt eine enge Zusammenarbeit unterschiedlicher Gesundheitsberufe mit der Konsequenz einer Aufwertung und Differenzierung der Pflege- und Gesundheitsberufe. Sobald bspw. Pflegekräfte, PhysiotherapeutInnen oder LogopädInnen die notwendigen Qualifikationen erworben haben, müssen sie bestimmte Tätigkeiten selbstständig ausüben dürfen (so genannte Pool-Kompetenzen). Hierfür ist eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der pflegerischen Ausbildung und des pflegerischen Berufsbildes sowie der weiteren Gesundheitsberufe notwendig – einschließlich stärker akademisierter Aus-, Fort- und Weiterbildung. Zudem verlangt ein solches System interdisziplinäre Behandlungsleitlinien, die auch gemeinsam von den Gesundheitsberufen entwickelt werden.

Zu Nummer 5

Die Versorgungsqualität in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen hängt maßgeblich von Anzahl und Qualifikation des therapeutischen Personals ab. Die 1991 eingeführte Psychiatrie-Personalverordnung hat erstmalig einen verbindlichen Rahmen für eine angemessene berufsübergreifende Personalausstattung in den psychiatrischen Krankenhäusern geschaffen. Mit dem geplanten Wegfall der Psych-PV ab 2019 ist ohne eine verbindliche Anschlussregelung mit einer Verschlechterung der Personalsituation in den psychiatrischen Krankenhäusern zu rechnen. Der in § 137 Abs. 1c SGB formulierte Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss, Personalstandards zur Sicherung der Qualität in den Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik zu erarbeiten, ist nicht hinreichend konkret und verbindlich, weswegen die Beratungen stagnieren und insbesondere Unsicherheit darüber herrscht, ob die Standards empfehlenden oder verbindlichen Charakter haben.

Es ist daher gesetzlich klarzustellen, dass die Anforderungen an die Personalausstattung verbindliche Mindestanforderungen sind, die so ausgestaltet sein müssen, dass dem Krankenhaus ausreichend Personal für eine leitliniengerechte Versorgung zur Verfügung steht. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass sich in den letzten Jahrzehnten die Intensität der stationären Behandlung in der Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie durch kürzere Liegezeiten und gestiegene Fallzahlen massiv verdichtet und die Versorgung psychisch kranker Menschen sich seit der Verabschiedung der Psych-PV weiterentwickelt hat.

Die Große Koalition hat es bislang versäumt, das Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik entsprechend der Koalitionsvereinbarung zwischen CDU, CSU und SPD weiterzuentwickeln. Doch die im Oktober 2014 beschlossene Verlängerung der Optionsphase muss jedoch dazu genutzt werden, dieses Entgeltsystem zu reformieren. PEPP kann als Instrument zur Schaffung von Transparenz aufrechterhalten bleiben, ist aber für die Budgetfindung nicht geeignet, weil es sich auf ein Sparmodell beschränkt, anstatt die notwendige Weiterentwicklung der Versorgung zu unterstützen und flexible patientenorientierte Versorgungsformen zu ermöglichen.

Es ist ein Entgeltsystem zu entwickeln, das eine sektorübergreifende Versorgungsstruktur unterstützt. Am Ende des Prozesses muss eine am individuellen Bedarf ausgerichtete Vergütung stehen, die während und nach einer stationären, teilstationären oder ambulanten Krankenhausbehandlung und gegebenenfalls einer Behandlung durch eine Institutsambulanz die Überleitung in die gemeindenahen sozialpsychiatrischen Hilfen, die Einbeziehung von Angehörigen sowie die ambulante Krisenbegleitung ermöglicht. Dabei sind neuere Erkenntnisse zur Ausweitung von Psychotherapie, zur Einbeziehung des familiären Umfeldes, von Peer-to-Peer-Ansätzen einzubeziehen.

