

## **Stellungnahme zum Referentenentwurf einer Neunten Verordnung zur Änderung der Bundesbeihilfeverordnung**

Mit dem vorliegenden Entwurf soll die beihilferechtliche Ermittlung des Höchstbetrages für Krankenhausleistungen nach § 26a Absatz 1 Nummer 2 Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) auf eine neue Berechnungsgrundlage gestellt werden. Für psychiatrische und psychosomatische Privatkliniken ohne Versorgungsvertrag sollen die Preise an das neue Psych-Entgeltsystem für Plankrankenhäuser angeglichen werden. Die Neuregelung führt zu erheblichen Folgeproblemen und beeinträchtigt nach unserer Auffassung die Versorgung beihilfeberechtigter Patienten.

Um das bestehende Versorgungsangebot psychiatrischer und psychosomatischer Privatkliniken und die Versorgung beihilfeberechtigter Patientinnen und Patienten auf dem bisherigen Niveau ohne Zuzahlung der Patienten zu gewährleisten, sind aus unserer Sicht folgende Nachbesserungen bzw. Klarstellungen notwendig:

- 1. Die Ermittlung des Höchstbetrags für entstandene Aufwendungen für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen sollte sich jährlich am durchschnittlichen Pflegesatz von Universitätsklinika orientieren.**
- 2. Den verpflichtenden Bezug auf das PEPP-System als Berechnungsgrundlage für Aufwendungen in psychiatrischen Privatkliniken lehnen wir ab. Für die Privatkliniken findet das PEPP-Abrechnungssystem keine Anwendung. Demzufolge verfügen die Kliniken nicht über die notwendige und kostspielige IT-Infrastruktur.**

Über den Referentenentwurf hinaus besteht weiterer Nachbesserungsbedarf in Bezug auf die Beihilfefähigkeit von Anschlussheilbehandlungen (§ 34 Abs. 1 BBhV):

- 3. Berücksichtigung von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen gemäß § 111c SGB V als Leistungserbringer, bei denen entstandene Aufwendungen zur AHB beihilfefähig sind**

**Ad 1.:** Der im vorliegenden Entwurf festgelegte pauschalisierte Basisentgeltwert von 280 Euro als Obergrenze ist für Privatkliniken nach § 30 GewO nicht sachgerecht. Auch in Plankrankenhäusern der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung fungiert dieser Wert nicht als Obergrenze, sondern wird ausschließlich als Ersatzbetrag für Abrechnungszwecke bis zum Abschluss der Budgetvereinbarung herangezogen. In § 10 Abs. 3 Satz 3 der PEPPV wurde entsprechend eine Ausgleichsregelung aufgenommen, wonach die aus der Abrechnung eines vorläufigen Basisentgeltwertes entstehende Mehr- oder

Mindererlöse vollständig auszugleichen sind. Der vergleichbare Pflegesatz kann entsprechend je nach Patientenklientel bzw. Personalausstattung oder Lage der Klinik auch bei Plankrankenhäusern höher ausfallen.

Mit der Neuausrichtung des PEPP-Entgeltsystem als Budgetsystem durch das PsychVVG, auf die ja auch der vorliegende Entwurf abstellt, nahm der Gesetzgeber Abstand von dem Ziel, das Psych-Entgeltsystem als Preissystem auszugestalten.

PEPP-Entgeltsystem	Psych-Entgelt nach PsychVVG
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preissystem               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tagesbezogene Kalkulation und Abrechnung</li> <li>• Fallbezogene Gruppierung</li> </ul> </li> <li>• Konvergenz zu landesweit einheitlichem Basisentgeltwert ab Ende der budgetneutralen Phase</li> <li>• Leistungssteuerung mit Problemen des DRG-Systems (bspw. doppelte Degression)</li> <li>• G-BA Personalvorgaben?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Budgetsystem               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schwerpunkt Verhandlungen Ortsebene</li> <li>• Leistungsorientierte normative Elemente (Psych-PV, G-BA)</li> </ul> </li> <li>• Krankenhausvergleich als „Konvergenzersatz“</li> <li>• Kalkulation wird weiter durchgeführt</li> <li>• Nachweis Personalerfüllung</li> <li>• Leistungssteigerungen aber mit Begründungspflicht</li> </ul>

In Plankrankenhäusern der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung gibt es nach wie vor unterschiedliche Höhen der Pflegesätze. Die Konvergenz zu einem landesweit einheitlichen Basisentgeltwert ab Ende der budgetneutralen Phase ist entfallen.

Reine Privatkliniken erhalten außerdem im Vergleich zu Plankrankenhäusern keine Investitionszuschüsse durch die Bundesländer, sondern müssen notwendige Investitionskosten zusätzlich zu ihren Betriebskosten ausschließlich aus den Pflegesätzen refinanzieren. Pflegesätze in psychiatrischen Privatkliniken sind deshalb notwendigerweise höher als in Plankrankenhäusern.

Duale Finanzierung gem. § 4 KHG:



§ 108 SGB V

Monistische Finanzierung:



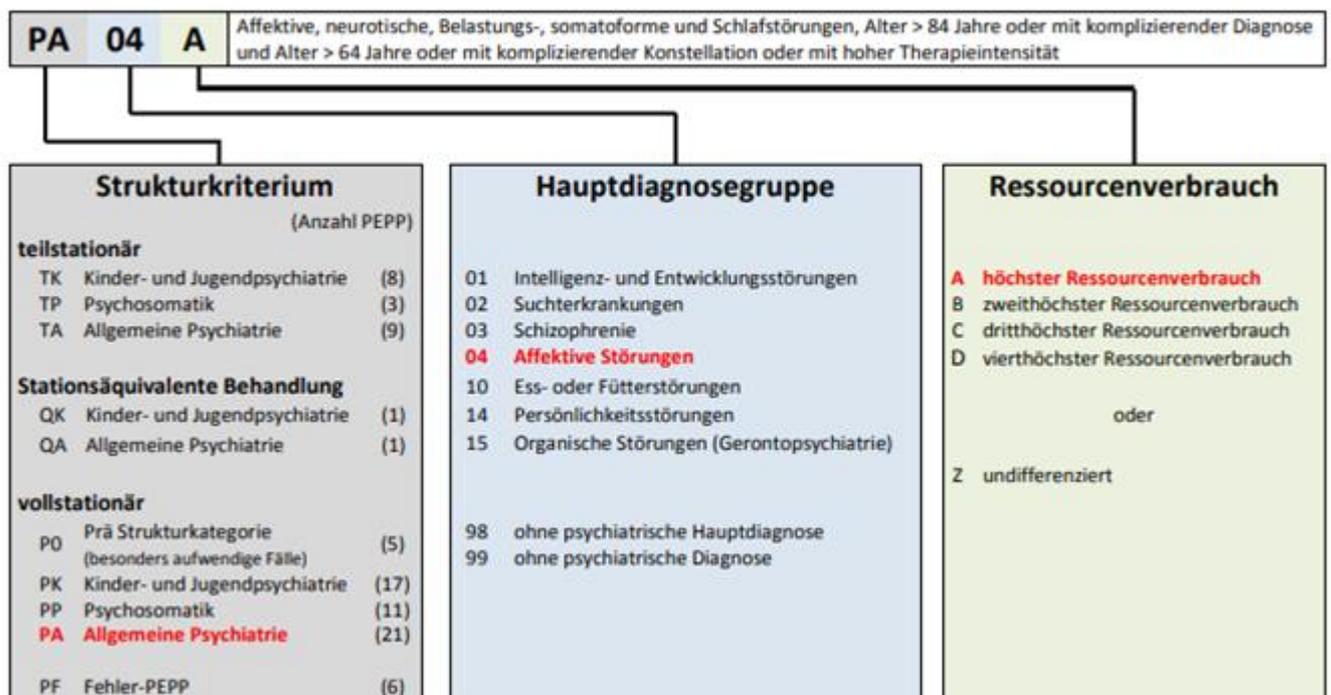
§ 30 GewO

### Änderungsvorschlag:

Bei der Ermittlung des Höchstbetrags sollte nicht auf den Ersatzbetrag von 280 Euro, sondern auf den durchschnittlichen und jährlich angepassten Pflegesatz der Universitätsklinik Bezug genommen werden. Für Investitionskosten müssen entsprechende Ausgleichs geschaffen werden. Diese Regelung ist in Anbetracht des überdurchschnittlich spezialisierten Therapieangebots und des damit einhergehenden höheren Personalaufwands in Privatkliniken gegenüber Plankrankenhäusern sachgerecht.

**Ad 2.:** Die verpflichtende Anwendung des PEPP-Abrechnungssystems für Aufwendungen in Privatkliniken der Psychiatrie und Psychosomatik ist aus folgenden Gründen nicht sachgerecht:

- Für den Großteil der Privatkliniken findet das PEPP-Abrechnungssystem keine Anwendung. Demzufolge verfügen sie nicht über notwendige und kostspielige IT-Infrastruktur.
- Die Eingruppierung nach PEPP kann nicht allein auf Basis der Hauptdiagnose gewährleistet werden. Für die PEPP-Ermittlung ist nicht nur die Hauptdiagnose von Relevanz, sondern zahlreiche zusätzliche Informationen, u. a. Nebendiagnosen und auch erbrachte Therapieeinheiten.



**Änderungsvorschlag:**

**Der verpflichtende Bezug auf das PEPP-System als Berechnungsgrundlage für Aufwendungen in psychiatrischen und psychosomatischen Privatkliniken ist abzulehnen. Wenn an einer Orientierung am PEPP-System festgehalten werden soll, müssen notwendige Investitionen der Privatkliniken in die entsprechende IT-Infrastruktur vollständig refinanziert werden und Privatkliniken ist für die Umstellung eine Übergangsfrist von mindestens einem Jahr zu gewähren.**

**Ad 3.:** Es gibt keinen sachlichen Grund, weshalb Einrichtungen, die ausschließlich ambulante Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen erbringen, nicht unter die Rehabilitationseinrichtungen fallen sollten, in denen Aufwendungen für ärztlich verordnete Anschlussheilbehandlungen beihilfefähig sind. Wir plädieren für eine Gleichstellung der ambulanten Rehabilitation.

Ergänzungsvorschlag in § 34 Abs. 1 BBhV:

*„Aufwendungen für ärztlich verordnete Anschlussheilbehandlungen, die als medizinische Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 Satz 1 oder § 111c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht, durchgeführt werden, sind beihilfefähig.“*