



Christliche Krankenhäuser  
in Deutschland

Zukunftsweisend menschlich.

## **Stellungnahme (Entwurf)**

**des Katholischen Krankenhausverbands  
Deutschlands e. V. (KKVD)**

**und**

**des Deutschen Evangelischen  
Krankenhausverbandes e. V. (DEKV)**

**zum Referentenentwurf**

**eines Gesetzes zur Einführung eines pauschalierten Entgelt-  
systems für psychiatrische und psychosomatische Einrich-  
tungen**

**(Erörterung des Referentenentwurfs im BMG am 5.12.11)**

Berlin und Freiburg i. Br., 2. Dezember 2011

Für die Gelegenheit zur Stellungnahme zum Referentenentwurf und für die Einladung zur Erörterung des Entwurfs am 5.12.2011 im BMG danken wir.

Grundsätzlich begrüßen wir, dass der Gesetzgeber frühzeitig die Weichen für die Umstellung des Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen stellt, um den Besonderheiten der Psychiatrie und Psychosomatik Rechnung zu tragen.

Dem entspricht auch die vorgesehene lange Einführungsphase des neuen Entgeltsystems bis 2022. Bis 2016 ist eine budgetneutrale Umsetzung vorgesehen. Angesichts der bestehenden Unklarheit, wie das Entgeltsystem konkret ausgestaltet sein wird, ist zumindest fraglich, ob dieser Zeitraum ausreicht. Hinsichtlich der Budgetneutralität wäre sicherzustellen, dass der voraussichtlich steigende Behandlungsbedarf angemessen berücksichtigt wird und dafür die nötigen zusätzlichen Mittel bereitgestellt werden.

Hinsichtlich der Ausgestaltung des neuen Entgeltsystems halten wir eine klärende Vorgabe des Gesetzgebers für erforderlich, dass unterschiedliche therapeutische Behandlungskonzepte der Kliniken angemessen berücksichtigt werden. Gerade Krankenhäuser in kirchlicher Trägerschaft setzen anerkannte, nachweislich wirksame ganzheitliche Behandlungskonzepte um, in denen spirituelle Elemente und die Zusammenarbeit mit der Seelsorge eine wesentliche Rolle spielen. Den dafür aufzubringenden Kosten stehen Einsparungen in anderen Bereichen, etwa im Sozialdienst, gegenüber. In den bisherigen Kostenmodulen wird dieser Sachverhalt bisher nicht berücksichtigt, so dass entsprechende Kliniken ihre Kosten weder sachgerecht in die Kalkulation einfließen lassen können, noch mit einer leistungsgerechten Vergütung rechnen können.

Aus vielfältigen Gründen lässt sich das für den somatischen Bereich entwickelte DRG-System in den Strukturen und Abrechnungsgrundlagen nur partiell auf die Psychiatrie und Psychosomatik übertragen. Dies liegt zum einen in unterschiedlichen Behandlungsansätzen und einem besonderen Leistungsgeschehen. Die im somatischen Bereich zugrunde liegende Konstruktion, über Diagnosen und Therapieprozeduren kostenhomogene Gruppierungen vorzunehmen, ist auf die Psychiatrie und Psychosomatik nicht übertragbar. Die Tagespauschalierung – wie sie im Referentenentwurf vorgesehen ist – halten wir deshalb für den sachgerechten Weg.

Im somatischen Bereich hat die Einführung des DRG-Systems insgesamt gesehen zu einer Verweildauerverkürzung geführt, die aufgrund des medizinischen Fortschritts und optimierter Prozesse nachvollziehbar ist. In der Psychiatrie und Psychosomatik dagegen hängt der Behandlungserfolg ent-

#### **CHRISTLICHE KRANKENHÄUSER IN DEUTSCHLAND**

Jedes dritte deutsche Krankenhaus wird in konfessioneller Trägerschaft geführt. Etwa 300.000 Beschäftigte versorgen im Jahr über sechs Millionen Patienten, jeder zweite Ausbildungsplatz in der Pflege ist an ein christliches Krankenhaus gebunden.

#### **FACHVERBÄNDE DER DIAKONIE UND CARITAS**

Der Deutsche Evangelische Krankenhausverband e.V. (DEKV) und der Katholische Krankenhausverband Deutschlands e.V. (KKVD) vertreten rund 620 Krankenhäuser. Der DEKV ist selbständiger Fachverband des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland. Der KKVD ist anerkannter Fachverband im Deutschen Caritasverband, der Wohlfahrtsorganisation der katholischen Kirche. Beide kirchlichen Krankenhausverbände verfolgen ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige und kirchliche Zwecke.

scheidend von einer ausreichenden Behandlungszeit und einem zielorientierten Behandlungsverlauf ab. Ein Behandlungserfolg stellt sich dabei erfahrungsgemäß auch bei gleicher Diagnose und gewählter Therapie bei unterschiedlichen Patienten nach unterschiedlich langer Behandlungsdauer ein, ist also wesentlich personenabhängig. Daher sehen wir die Notwendigkeit, die Tagespauschalen nicht an eine von vornherein festgelegte, medizinisch nicht validierte Verweildauer zu koppeln.

Darüber hinaus muss beachtet werden, dass der seit Jahren und nach Einschätzung der Experten weiterhin steigende Versorgungsbedarf in der Bevölkerung und die damit verbundenen, notwendigen Leistungsausweitungen in der Psychiatrie und Psychosomatik ungeschmälert Berücksichtigung finden und nicht vergleichbaren Vergütungsabsenkungen wie in der Somatik unterworfen werden dürfen. Eine Kostendegression bei steigenden psychiatrischen oder psychosomatischen Fallzahlen ist, durch die Natur der Sache bedingt, anders als im somatischen Bereich, kaum gegeben.

Es ist nicht akzeptabel, geht zu Lasten der Versorgungsqualität und damit der Patienten und zu Lasten der Mitarbeiter, die Berücksichtigung der gemäß PsychPV vorzuhaltenden Stellen und deren Finanzierung an eine Option zur Anwendung des neuen Entgeltsystems bis spätestens 2014 zu binden. Eine zentrale Forderung ist deshalb, dass den Krankenhäusern bis zum Ende der budgetneutralen Phase, d. h. bis einschließlich 2016, die vollständige Umsetzung der PsychPV ermöglicht wird. Anderenfalls würde ein aktuell defizitärer Zustand zur normativen Basis der zukünftigen Krankenhausausrüstung gemacht. Die jetzt vorgeschlagene Regelung würde vermutlich dazu führen, dass die nicht optierenden Krankenhäuser ohne die rechtliche Verpflichtung der PsychPV bzw. deren Durchsetzungsmöglichkeit in der budgetneutralen Phase Personal abbauen müssen. Daraus würde sich nicht nur für diese Häuser ein geringeres individuelles Krankenhausbudget ergeben, auch der Landesbasisentgeltwertes 2016 würde entsprechend niedrig ausfallen und sich damit auch absenkend auf die Budgets der Optionskrankenhäuser auswirken.

**CHRISTLICHE KRANKENHÄUSER IN DEUTSCHLAND**

Jedes dritte deutsche Krankenhaus wird in konfessioneller Trägerschaft geführt. Etwa 300.000 Beschäftigte versorgen im Jahr über sechs Millionen Patienten, jeder zweite Ausbildungsplatz in der Pflege ist an ein christliches Krankenhaus gebunden.

**FACHVERBÄNDE DER DIAKONIE UND CARITAS**

Der Deutsche Evangelische Krankenhausverband e.V. (DEKV) und der Katholische Krankenhausverband Deutschlands e.V. (KKVD) vertreten rund 620 Krankenhäuser. Der DEKV ist selbständiger Fachverband des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland. Der KKVD ist anerkannter Fachverband im Deutschen Caritasverband, der Wohlfahrtorganisation der katholischen Kirche. Beide kirchlichen Krankenhausverbände verfolgen ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige und kirchliche Zwecke.

Zu folgenden Punkten möchten wir besonders ausführen:

## **I. Regelungen zum Ausgleich von Minder- und Mehrleistungserlösen für die Jahre 2013 bis 2016**

Die derzeit gültigen Minder- und Mehrleistungsausgleiche sind nach unserer Erfahrung aus betriebswirtschaftlicher Sicht nicht nachvollziehbar. Da die variablen Kosten pro Patient weitaus höher sind als die derzeit verbleibenden 10 bzw. 15 Prozent, würde das dazu führen, dass die Krankenhäuser mit jedem Berechnungstag, der über das vereinbarte Budget hinaus entsteht, Verluste schreiben. Die Möglichkeit zum Gegensteuern besteht kaum, da komplementäre Dienste oft fehlen und eine Aufnahmeverpflichtung besteht. Die im Referentenentwurf genannten Mindererlösausgleiche von 75 Prozent für Optionshäuser sind ohne nachvollziehbare Begründung geringer als die seinerzeit mit 90 Prozent angesetzten Ausgleiche für Optionshäuser im DRG-Bereich. Um die gerade in der Optionsphase noch erhöhten Risiken abzufedern und einen echten Anreiz sicherzustellen, sollte der Mindererlösausgleich für die Optionshäuser wie seinerzeit in der Somatik bei 90 Prozent liegen.

Die Regelungen zu den Mehrerlösausgleichen von 85 bzw. 90 Prozent scheinen rein politische Vorgaben zu sein und entsprechen nach unserer Auffassung nicht dem Gedanken einer leistungsorientierten Vergütung. Der größte Teil der Leistungen, die in der Psychiatrie erbracht werden, ist die Pflege- und Therapiezeit direkt am Patienten. Mehrleistungen stehen somit in direktem Zusammenhang mit mehr Zeitaufwand für die Patienten. Dieses "Mehr" an Zeit soll weiterhin nur mit 10 bis 15 Prozent vergütet werden, was den real entstehenden Aufwendungen bei weitem nicht gerecht wird, da das zusätzlich eingesetzte Personal natürlich eine 100%ige Vergütung erhält. Unter Berücksichtigung der anders gelagerten Verhältnisse in der Psychiatrie und Psychosomatik kann hier nur ein deutlich niedrigerer Ausgleichssatz als die 65 Prozent der Somatik, sachgerecht sein, 65 % sollten den Krankenhäusern verbleiben.

## **2. Berücksichtigung der Kosten der Umsetzung der PsychPV und der tarifbedingten Personalkostensteigerungen**

In der Psychiatrie ist der Anteil der Personalkosten an den Gesamtkosten des Krankenhauses mit bis zu 80 Prozent wesentlich höher als in den somatischen Krankenhäusern. Deshalb hat die Berücksichtigung der Tarifveränderungen einen noch weitaus größeren Einfluss auf die Refinanzierung der Kosten. Die derzeit festgelegte Grundlohnsummensteigerung von 1,98 Prozent abzüglich 0,5 Prozent führt z. B. dazu, dass die für manche Häuser erst vor der Schiedsstelle mühsam erkämpfte Umsetzung des § 6 Abs. 4 BPfIV bereits wieder ausgehöhlt wird und für das Jahr 2012 ein Personalabbau vorge-

### **CHRISTLICHE KRANKENHÄUSER IN DEUTSCHLAND**

Jedes dritte deutsche Krankenhaus wird in konfessioneller Trägerschaft geführt. Etwa 300.000 Beschäftigte versorgen im Jahr über sechs Millionen Patienten, jeder zweite Ausbildungsplatz in der Pflege ist an ein christliches Krankenhaus gebunden.

### **FACHVERBÄNDE DER DIAKONIE UND CARITAS**

Der Deutsche Evangelische Krankenhausverband e.V. (DEKV) und der Katholische Krankenhausverband Deutschlands e.V. (KKVD) vertreten rund 620 Krankenhäuser. Der DEKV ist selbständiger Fachverband des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland. Der KKVD ist anerkannter Fachverband im Deutschen Caritasverband, der Wohlfahrtorganisation der katholischen Kirche. Beide kirchlichen Krankenhausverbände verfolgen ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige und kirchliche Zwecke.

nommen werden muss, um zumindest ein ausgeglichenes Ergebnis erreichen zu können. Eine Verhinderung des Personalabbaus ist trotz Mehrerlösen nicht möglich, zumal wenn es bei dem derzeit vorgesehenen, vorstehend kritisierten Mehrerlösausgleich von 85 bzw. 90 Prozent bleiben sollte. Schon aus diesem Grund ist es absolut notwendig, mindestens die Finanzierung der auf Basis der PsychPV vereinbarten Personalstellen bis zur vollständigen Umsetzung des neuen Entgeltsystems gesetzlich zu gewährleisten, um die negative Personalentwicklung der Vergangenheit nicht wieder entstehen zu lassen. Der Verweis auf die Nachverhandlungsmöglichkeit als evtl. Optionshaus nach § 6 Abs. 4 BPfIV reicht nicht aus, da sich die Krankenkassen in den Nachverhandlungen wie in der Vergangenheit auf die bereits im Budget vereinbarten Personalstellen zurückziehen werden. Es ist zu erwarten, dass die Krankenkassen die Finanzierung der Differenz zwischen Grundlohnsummensteigerung und realer Tarifsteigerung ablehnen werden. Um dies zu verhindern, muss die Verpflichtung zur Finanzierung der vereinbarten Stellen und der tarifbedingten Personalkostensteigerungen eindeutig geregelt werden. Eine Vereinbarung nur über die Anzahl von Vollkräften würde wie in der Vergangenheit ins Leere laufen.

### **3. Einführungskosten**

Die Einführung des neuen Entgeltsystems wird mit hohen finanziellen Aufwendungen in den Krankenhäusern verbunden sein. Die im Referentenentwurf des Gesetzes veranschlagten Aufwendungen pro Einrichtung liegen mit ca. 10.000 bis 30.000 Euro p.a. weit unter den Erfahrungswerten aus dem somatischen Bereich, die bei rund 350.000 Euro pro Krankenhaus liegen. Neben den Aufwendungen für die Einführung neuer Formulare, die einen Bruchteil der Aufwendungen ausmachen, müssen insbesondere die Kosten für die Bewältigung der neuen Kodieraufgaben durch Kodierassistenten, Schulungen und die Einführung neuer IT-Systeme in den Krankenhäusern berücksichtigt werden. Die Kosten der Teilnahme an der Kalkulation sind dabei noch nicht einmal berücksichtigt. Eine Berücksichtigung der Kosten für die Einführung muss zumindest in den Jahren 2013 bis 2016 unbedingt erfolgen, da ausgehend von den bisherigen Mehrerlösausgleichsregelungen keinerlei Refinanzierungsmöglichkeiten dieser Kosten bestehen.

### **4. Psychiatrische Institutsambulanz – Psychosomatik**

Das Angebot der Psychiatrischen Institutsambulanzen wurde ursprünglich für Patienten geschaffen, die im ambulanten Bereich schlecht bzw. unterversorgt waren. Es betrifft Patienten, die aufgrund besonderer Art, Schwere und Dauer ihrer Erkrankung einer krankenhaunahen Versorgung bedürfen. Die Einhaltung dieser Einschränkung der Behandlungsmöglichkeiten durch die PIA ist einer stän-

#### **CHRISTLICHE KRANKENHÄUSER IN DEUTSCHLAND**

Jedes dritte deutsche Krankenhaus wird in konfessioneller Trägerschaft geführt. Etwa 300.000 Beschäftigte versorgen im Jahr über sechs Millionen Patienten, jeder zweite Ausbildungsplatz in der Pflege ist an ein christliches Krankenhaus gebunden.

#### **FACHVERBÄNDE DER DIAKONIE UND CARITAS**

Der Deutsche Evangelische Krankenhausverband e.V. (DEKV) und der Katholische Krankenhausverband Deutschlands e.V. (KKVD) vertreten rund 620 Krankenhäuser. Der DEKV ist selbständiger Fachverband des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland. Der KKVD ist anerkannter Fachverband im Deutschen Caritasverband, der Wohlfahrtsorganisation der katholischen Kirche. Beide kirchlichen Krankenhausverbände verfolgen ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige und kirchliche Zwecke.

digen kritischen Prüfung durch den MDK unterworfen. Gerade in der Psychosomatik werden Patienten behandelt, die eben nicht so schwer erkrankt sind, dass sie im akutpsychiatrischen Bereich versorgt werden müssen. Dies sind auch keine Patienten, die im Anschluss oder im Vorfeld einer stationären Aufnahme nicht in der Lage wären, einen Facharzt aufzusuchen und aufgrund der eingeschränkten Wartezimmerfähigkeit usw. eine Institutsambulanz aufsuchen müssen. Deshalb ist die PIA gem. § 118 Abs. 1, 2 SGB V nicht einfach auf Patienten der Psychosomatik übertragbar. Eine Konkurrenzsituation mit niedergelassenen Fachärzten ist bei der Einführung von PIA's an psychosomatischen Kliniken geradezu herausgefordert und passt nicht zur bisherigen inhaltlichen Ausgestaltung der PIA's. Falls sich allerdings eine neue inhaltliche Ausgestaltung der PIA's ergeben würde, die die bisherigen eingeschränkten Behandlungsmöglichkeiten einer PIA erweitern, sollte diese auch den bisherigen PIA's nach § 118 Abs. 1, 2 SGB V ermöglicht werden.

### **5 . Aufnahme- und Entlasstag**

Die Regelungen in § 8 Abs. 2 BPfIV in Bezug auf die Abrechnung des Entlass- oder des Verlegungstages stehen im Widerspruch zu der Schaffung eines leistungsorientierten Vergütungssystems, da gerade die Kosten am Aufnahme-, Entlass- und Verlegungstag in der Psychiatrie höher sind als die durchschnittlichen Kosten pro "normalem" Behandlungstag. Diesen Sachverhalt haben patientenbezogene tagesgenaue Kalkulationsdaten im Rahmen der Probekalkulation in Krankenhäusern unserer Verbände eindeutig gezeigt. Die Aufnahme- und Entlasstage sind immer teurer als die übrigen Behandlungstage. Der Entlasstag muss deshalb bei einem leistungsorientierten System gesondert berechenbar sein und darf gerade deshalb nicht wegfallen.

### **6. Zuschläge für Zentren und Schwerpunkte in der psychiatrischen Versorgung analog zu den Zentren in der Somatik (Brust-, Darm-, Onkologie usw.)**

Ähnlich wie in der Somatik sind in der Psychiatrischen Versorgung heute schon hochspezialisierte Angebote vorhanden oder werden sich in der Zukunft noch weiter herausbilden. Es wäre wünschenswert, wenn sich im Gesetz Regelungen zur Vereinbarung entsprechender Zuschläge für Zentren und Schwerpunkte bereits heute schon verankern ließen (Dies könnten z. B. Zentren für Schizophrenie, Borderline-Patienten usw. sein.).

### **7. Zuschläge für besondere Aufgaben im Rahmen der regionalen Pflichtversorgung**

Kliniken, die sich als Pflichtversorger in ihrer Region an unterschiedlichsten gemeindenahen psychiatrischen Netzen beteiligen, die nicht zuletzt mit Kirchengemeinden und ihren speziell auf die Beglei-

#### **CHRISTLICHE KRANKENHÄUSER IN DEUTSCHLAND**

Jedes dritte deutsche Krankenhaus wird in konfessioneller Trägerschaft geführt. Etwa 300.000 Beschäftigte versorgen im Jahr über sechs Millionen Patienten, jeder zweite Ausbildungsplatz in der Pflege ist an ein christliches Krankenhaus gebunden.

#### **FACHVERBÄNDE DER DIAKONIE UND CARITAS**

Der Deutsche Evangelische Krankenhausverband e.V. (DEKV) und der Katholische Krankenhausverband Deutschlands e.V. (KKVD) vertreten rund 620 Krankenhäuser. Der DEKV ist selbständiger Fachverband des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland. Der KKVD ist anerkannter Fachverband im Deutschen Caritasverband, der Wohlfahrtorganisation der katholischen Kirche. Beide kirchlichen Krankenhausverbände verfolgen ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige und kirchliche Zwecke.

tung psychisch kranker ausgerichteten Strukturen zusammenarbeiten, entsteht ein zusätzlicher Aufwand der gerade daraus resultiert, dass sie Netzwerkstrukturen bei sektorenübergreifender Versorgung sicherstellen. Einzelne Kliniken sind z. B. mit entsprechendem Fachpersonal in Suchthilfenetzen, Psychiatrie-Arbeitskreisen, Fallkonferenzen usw. entsprechend den verschiedenen zu versorgenden Landkreisen eingebunden. Für die Übernahme dieser Aufgaben ganz im Sinne des Gesetzes wäre es wichtig, wenn auch hier Regelungen zur Vereinbarung entsprechender Zuschläge in das Gesetz aufgenommen werden könnten.

Ähnliches gilt für die Notfallversorgung, die im Rahmen der Pflichtversorgung 24 Stunden vorgehalten wird. Gleiches gilt für Patienten, die nach dem Unterbringungsgesetz jederzeit versorgt werden müssen. Auch hier wäre eine entsprechende Regelung notwendig (evtl. auch Abschlag bei Nichtteilnahme an der Notfallversorgung).

### **8. Absenkende Berücksichtigung zusätzlicher Fälle gem. § 10 BPfIV**

Im somatischen Bereich werden der sog. "Hamsterrad-Effekt" und seine Konsequenzen immer deutlicher. Viele Häuser der Grund- und Regelversorgung schaffen es nicht mehr, die zur Kompensation von Lohnsteigerungen und sinkendem Landesbasisfallwert notwendigen Fallzahlsteigerungen zu realisieren. Verluste sind vorprogrammiert, die eine Abwärtsspirale nach sich ziehen und die Grund- und Regelversorgung in der Fläche gefährden.

Da in der Psychiatrie gerade in ländlichen Strukturen kleine Einheiten zur Sicherstellung einer gemeindenahen Versorgung (wie z. B. Satellitenstationen oder Tageskliniken) vorgehalten werden, ist bei einem ähnlichen gesetzlichen Vorgehen ein vergleichbarer, aber deutlich stärker ausgeprägter Effekt wie bei den Grund- und Regelversorgern zu erwarten. Die kleinen gemeindenahen Einrichtungen werden entsprechende notwendige überdurchschnittliche Fallzahlensteigerungen zur Kompensation von nicht finanzierten Lohnsteigerungen und Landesbasis-Entgeltwertabsenkungen nicht realisieren können. Deshalb wird die gesetzliche Vorgabe, eine sektorenübergreifende gemeindenahen Versorgung zu schaffen, durch diese absenkende Berücksichtigung von steigenden Fallzahlen konterkariert. Eine bereits bestehende gemeindenahen sektorenübergreifende Versorgung wird dadurch gefährdet.

Das gilt umso mehr, weil, wie in der Einleitung bereits ausgeführt, bei der psychiatrischen Behandlung der Faktor "Zeit für den Patienten" die entscheidende Rolle spielt. In der Somatik kann z.B. durch neue Operationstechniken, bessere bildgebende Verfahren usw. Zeit eingespart werden, die dann wieder zur Bewältigung von Mehrfällen eingesetzt werden kann. Vergleichbare technische Möglichkei-

#### **CHRISTLICHE KRANKENHÄUSER IN DEUTSCHLAND**

Jedes dritte deutsche Krankenhaus wird in konfessioneller Trägerschaft geführt. Etwa 300.000 Beschäftigte versorgen im Jahr über sechs Millionen Patienten, jeder zweite Ausbildungsplatz in der Pflege ist an ein christliches Krankenhaus gebunden.

#### **FACHVERBÄNDE DER DIAKONIE UND CARITAS**

Der Deutsche Evangelische Krankenhausverband e.V. (DEKV) und der Katholische Krankenhausverband Deutschlands e.V. (KKVD) vertreten rund 620 Krankenhäuser. Der DEKV ist selbständiger Fachverband des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland. Der KKVD ist anerkannter Fachverband im Deutschen Caritasverband, der Wohlfahrtsorganisation der katholischen Kirche. Beide kirchlichen Krankenhausverbände verfolgen ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige und kirchliche Zwecke.

ten, um in der Psychiatrie am Patienten Zeit einsparen zu können, gibt es nicht. Mehrleistungen müssen deshalb in deutlich höherem Maße refinanziert werden als in der Somatik.

### **9. Modellvorhaben gem. § 16 BPfIV und § 64b SGB V**

Da die Laufzeiten für Modellvorhaben in beiden Paragraphen sehr lang angesetzt sind, besteht die Gefahr, sich über diese Modellvorhaben einer Konvergenz im Sinne des § 4 BPfIV möglichst lange zu entziehen. Die Laufzeit der Modellvorhaben und deren budgettechnische Berücksichtigung entsprechend § 3 BPfIV sollten deshalb bis zum Jahr 2016 begrenzt werden. Ab diesem Zeitpunkt, auch bei Verlängerung dieser Projekte, sollten die Modellprojekte dann im Landesentgeltwert mit den entsprechenden Regelungen gem. § 4 BPfIV mit berücksichtigt werden und somit nicht aus dem dann gültigen Erlösbudget herausgerechnet werden. Dies würde sicherstellen, dass auch Modellprojekte ab 2017 in die Leistungsorientierung des Gesamtsystems mit einbezogen werden. In § 64b SGB V wird insbesondere auf die sektorenübergreifende Versorgung durch die Einbeziehung der PIA's hingewiesen. Die meisten psychiatrischen Kliniken verfügen bereits heute schon über PIA's, so dass dies keinen eigentlichen Modellcharakter mehr hat und nicht herausgehoben werden muss. Echten Modellcharakter hätten Versorgungsmodelle, die den niedergelassenen Bereich, SGB V, SGB VI, XI, XII usw. in ein Gesamtversorgungsmodell mit einbeziehen würden.

#### **CHRISTLICHE KRANKENHÄUSER IN DEUTSCHLAND**

Jedes dritte deutsche Krankenhaus wird in konfessioneller Trägerschaft geführt. Etwa 300.000 Beschäftigte versorgen im Jahr über sechs Millionen Patienten, jeder zweite Ausbildungsplatz in der Pflege ist an ein christliches Krankenhaus gebunden.

#### **FACHVERBÄNDE DER DIAKONIE UND CARITAS**

Der Deutsche Evangelische Krankenhausverband e.V. (DEKV) und der Katholische Krankenhausverband Deutschlands e.V. (KKVD) vertreten rund 620 Krankenhäuser. Der DEKV ist selbständiger Fachverband des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland. Der KKVD ist anerkannter Fachverband im Deutschen Caritasverband, der Wohlfahrtsorganisation der katholischen Kirche. Beide kirchlichen Krankenhausverbände verfolgen ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige und kirchliche Zwecke.