

Berlin, den 01.12.2011

Stellungnahme zum Referentenentwurf über ein

„Gesetz zur Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen“

Allgemeine Anmerkungen

Finanzierungsgrundlagen:

Der Referentenentwurf deckt sich weitgehend mit der Systematik des KHEntgG für den Bereich der somatischen Erkrankungen. Für den Bereich der Somatik sind diese Regelungen des fallbezogenen Vergütungssystems bisher als durchaus geglückt zu bewerten und führten in der Vergangenheit in Verbindung mit dem pauschalierenden Entgeltsystem auch zu positiven Veränderungen in der Versorgung der Patienten. Dies zeigen z.B. die Verweildauerverkürzungen bei gleichzeitig gestiegener Behandlungsqualität, was sicherlich u.a. an der Einführung von Behandlungspfaden, Spezialisierungen und auch der Transparenz in der Leistungserbringung liegt.

Solche Effizienzsteigerungen durch Verweildauerverkürzungen sind im Bereich der stationären Behandlung von psychiatrischen und psychosomatischen Erkrankungen wegen stringenten krankenhausplanerischen Strukturvorgaben derzeit nicht möglich. Deshalb ist die Grundsatzentscheidung des Gesetzgebers für ein **tagesbezogenes** Vergütungssystem zu begrüßen.

Dennoch besteht große Sorge, dass sich durch die Einführung des neuen Entgeltsystems die finanzielle Situation der stationären Einrichtungen in der Psychiatrie und Psychosomatik deutlich verschlechtern wird. Deutlich wird dies zum Beispiel an der Absicht,

- zukünftig Mehrleistungen auf Hausebene nur zwischen 26,5% und 50% (2017-2021) finanzieren zu wollen. Dem unbestreitbaren Zuwachs an psychiatrischen und psychosomatischen Erkrankungen entspricht dies nicht. Das Morbiditätsrisiko für psychiatrische und psychosomatische Erkrankungen wird damit in unzumutbarer Weise auf die stationären Einrichtungen übertragen. Bei einer Personalkostenquote in der Psychiatrie von ca. 80% an den gesamten Behandlungskosten und unter

Berücksichtigung der vorgesehenen Mehrleistungsabschläge wird deutlich, dass eine Zunahme von diesen Erkrankungen ohne adäquate Gegenfinanzierung zu einer Verschlechterung der Versorgung der Patienten führen wird.

- Mehrleistungen durch die Versorgung zusätzlicher Patienten nur mit dem variablen Kostenanteil berücksichtigen zu wollen (§10 BPfIV n.F.). Der Basisentgeltwert sinkt in Folge von Mehrleistungen letztendlich nach unten. Diese Effekte führen im Ergebnis auf Landesebene zu einem „Hamsterradeffekt“, der sich auf der Hausebene fortsetzt.
- Die durch die BAT-Berichtigung (§6 Abs.2 BPfIV) teilweise mögliche Refinanzierung der Gehälter in Höhe von 50 % wird durch die in § 6 Abs.2 BPfIV gesetzlich vorgegebene 80%-ige Personalkostenquote begrenzt, was im Ergebnis erneut zu einer weiteren Öffnung „BAT-Schere“ führen wird.

Wettbewerbssituation der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen

Ein weiterer fundamentaler Unterschied zum System der Somatik besteht darin, dass im Gegensatz zur Somatik in der Psychiatrie die Versorgung in Pflichtversorgungs-Regionen aufgeteilt ist. Die Höhe des krankenhausindividuellen Budgets hängt somit unmittelbar auch von der Inanspruchnahme der Zwangseinweisungen ab. Pflichtversorgung in der Psychiatrie bedeutet, dass ein Krankenhaus **keinen** Patienten aus dem Pflichtversorgungsgebiet ablehnen darf. Die psychiatrischen Kliniken sind verpflichtet – im Gegensatz zur Somatik - zu jeder Zeit Patienten aus dem Pflichtversorgungsgebiet unabhängig von der Belegungssituation aufzunehmen. Dafür müssen die psychiatrischen Kliniken entsprechend der Größe ihres Pflichtversorgungsgebietes sozusagen „auf Vorrat“ immer genügend Personal vorhalten.

Im Gegensatz hierzu gibt es in der Somatik keine Pflichtversorgungsgebiete. Das heißt, somatische Krankenhäuser können z.B. dem Rettungsdienst gegenüber anzeigen, dass die Notfallkapazitäten ausgeschöpft sind und keine weiteren Patienten aufgenommen werden können. Zudem haben somatische Patienten innerhalb einer Versorgungsregion die Möglichkeit aus mehreren Krankenhäusern eine Auswahl zu treffen.

Unter diesen Voraussetzungen ist ein Wettbewerb – aufgrund unterschiedlich großer Pflichtversorgungsgebiete sowie der eingeschränkten Auswahlmöglichkeiten wohnortnaher Behandlungsalternativen - in der Psychiatrie nicht möglich. Die Einführung einheitlichen Landesbasisentgeltwerte je Bundesland wird schon mit der Einführung des neuen Entgeltsystems einen Wettbewerb unter den psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern bewirken, der mit den starren und stringenten krankenhausplanerischen Strukturvorgaben nicht harmonisierbar ist. Deshalb wird eine

Grundsatzentscheidung über die Einführung eines Konvergenzprozesses vom hausindividuellen Basisentgelten auf Landesbasisentgelte zum jetzigen Zeitpunkt für nicht möglich gehalten. Eine solche Entscheidung zum jetzigen Zeitpunkt, ohne dass man die Folgen übersehen könnte, wäre mehr als fahrlässig. Hingegen wäre es klug, über diese Frage rechtzeitig vor dem Jahr 2017 unter Berücksichtigung der entsprechenden Praxiserfahrungen mit dem neuen Entgeltsystem zu entscheiden.

Änderungsbedarf des Referentenentwurfs des BMG im Einzelnen:

1. Veränderungsrate/Orientierungswert

Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz wurde der Orientierungswert als krankenhausspezifischer Kostenindex eingeführt. Dieser soll insbesondere die spezifische Entwicklung der Krankenhauskosten und -strukturen berücksichtigen.

Die Personalkosten im Bereich der Psychiatrie liegen mit ca. 80 % erheblich über denen in der somatischen Krankenhäusern. Eine durch den Grundsatz der Beitragsatzstabilität induzierte Unterfinanzierung wirkt sich deshalb bei psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen noch viel stärker auf die Personaldecke aus, als in somatischen Krankenhäusern. Durch diese Tatsache führt die nicht kostenbasierte Anbindung an die Grundlohnsummensteigerungsrate zur weiteren Ausdünnung der Personaldecke und damit zu Verschlechterungen der Patientenversorgung in den Kliniken. Um eine adäquate und qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen ist es notwendig, dass die bisherige Budgetdeckung durch die Veränderungsrate entfällt und die realen Kostensteigerungen Berücksichtigung finden. Hierzu ist der vom Statistischen Bundesamt zu ermittelnde Orientierungswert - spätestens mit der optionalen Umstellung auf das neue Entgeltsystem ab dem Jahr 2013 - anzuwenden.

Änderungsvorschlag:

Die Vorgaben zur Anwendung der Regelung nach § 71 SGB V in den §§ 3, 4, 6 Abs. 3 und 10 BPflV n.F. sind entsprechend anzupassen. Weiterhin sind die Vorgaben zur Anwendung der Veränderungsrate durch die Anwendung des Orientierungswertes zu ersetzen.

2. Anreiz zur Nutzung des Optionsrechts in den Jahren 2013/2014

In den allgemeinen Anmerkungen haben wir auf die besondere Problematik der Entscheidung zur Einführung einer Konvergenzphase zum jetzigen Zeitpunkt hingewiesen. Aus unserer Sicht ist es fahrlässig, ohne Kenntnis der Auswirkungen, die sich durch die Einführung des neuen Entgeltsystems ergeben werden, in diesem Gesetz schon jetzt auch über die Notwendigkeit des Konvergierens von hausindividuellen Basisentgelten auf Landesbasisentgeltwerte zu entscheiden. Es wäre klug, über diese Frage zu einem späteren Zeitpunkt zu entscheiden, so dass entsprechende Regelungen zum 1.1.2017 mit in Kraft treten könnten.

Sollte, aus welchen Gründen auch immer, auf die Problematik nicht eingegangen werden, muss auf Folgendes geachtet werden: Bereits bei Einführung des DRG-Systems in der Somatik wurde den Optionshäusern, welche bereits im Jahr 2003 auf das pauschalierte Entgeltsystem umgestiegen sind ein Anreiz in Form veränderter Erlösausgleichssätze gesetzt. Im Jahr 2003 betrug der Mindererlösausgleichssatz 95 %.

Da sich der vorliegende Referentenentwurf in wesentlichen Teilen an der Einführung des DRG-Systems und der damaligen Fassung des KHEntgG orientiert, ist auch im Zuge der Einführung des Psych-Entgeltsystems für die Optionsjahre 2013 und 2014 ein Mindererlösausgleichssatz in Höhe von 95 % anzusetzen.

Lösungsvorschlag:

§ 3 Abs. 5 Satz 2 n.F. wird wie folgt gefasst

Mindererlöse werden für die Jahre 2013 und 2014 zu 95 Prozent und ab dem Jahr 2015 zu 20 Prozent ausgeglichen.

3. § 4 Abs. 3 BPfIV n.F. Finanzierung von Mehrleistungen auf Hausebene

In den allgemeinen Anmerkungen haben wir auf die besondere Problematik der Entscheidung zur Einführung einer Konvergenzphase zum jetzigen Zeitpunkt hingewiesen. Aus unserer Sicht ist es fahrlässig, ohne Kenntnis der Auswirkungen, die sich durch die Einführung des neuen Entgeltsystems ergeben werden, in diesem Gesetz schon jetzt auch über die Notwendigkeit des Konvergierens von hausindividuellen Basisentgelten auf Landesbasisentgeltwerte zu entscheiden. Es wäre klug, über diese Frage zu einem späteren Zeitpunkt zu entscheiden, so dass entsprechende Regelungen zum 1.1.2017 mit in Kraft treten könnten.

Sollte, aus welchen Gründen auch immer, auf die Problematik nicht eingegangen werden, muss auf Folgendes geachtet werden: Mehrleistungen auf Hausebene sollen nach dem BMG-Referentenentwurf in der Konvergenzphase zukünftig nur zwischen 25,6 % (2017) bis max. 50 % (2021) refinanziert werden. Diese Regelung greift für die Behandlung von psychisch kranken Patienten zu kurz. Aufgrund des hohen Personalkostenanteils in der Psychiatrie und Psychosomatik (ca. 80 %) und dem unmittelbaren Zusammenhang zwischen Mehrleistungen und zusätzlicher Inanspruchnahme von ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Leistungen sind diese Personalkosten zu 100 % als variabel anzusehen. Eine Hebung von zusätzlichen Ressourcen wie in der Somatik ist in der Psychiatrie nur eingeschränkt möglich.

Lösungsvorschlag:

Die durch Mehrleistungen entstehenden zusätzlichen Personalkosten müssen auch während der Konvergenzphase zu 100 % bei der Ermittlung des krankenhausesindividuellen Basisentgeltwertes finanziert werden. Durch die Vereinbarung des Landesbasisentgeltwertes ab dem Jahr 2017, in welchem zusätzliche Leistungen nur in Höhe des geschätzten Anteils der variablen Kosten berücksichtigt werden und die dadurch entstehende absenkende Berücksichtigung von Leistungs- und Fallzahlmehrunen ist bereits eine nur anteilige Finanzierung der durch Mehrleistungen entstehenden Kosten gewährleistet.

4. § 10 Abs. 4 BPfIV n.F. (Bestimmung der Obergrenze)

In den allgemeinen Anmerkungen haben wir auf die besondere Problematik der Entscheidung zur Einführung einer Konvergenzphase zum jetzigen Zeitpunkt hingewiesen. Aus unserer Sicht ist es fahrlässig, ohne Kenntnis der Rahmenbedingungen, die sich durch die Einführung des neuen Entgeltsystems gegeben werden auch noch eine solche existenzielle Grundsatzentscheidung zu befinden. Es wäre klug, über diese Frage so rechtzeitig zu entscheiden, dass entsprechende Regelungen zum 1.1.2017 mit Inkrafttreten könnten.

Ist dies aus politischen Gründen nicht gewollt müssen die besonderen Probleme dieser Regelung gesehen werden. § 10 Abs. 4 BPfIV n.F. eröffnet lediglich die Möglichkeit den Landesbasisentgeltwert jährlich um maximal die Veränderungsrate und die Tarifraten zu erhöhen.

Dagegen eröffnen die derzeit noch gültigen Regelungen der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) die Möglichkeit, zusätzlich zur Veränderungsrate und der Tarifraten auch die folgenden Tatbestände zu berücksichtigen:

- Veränderungen der medizinischen Leistungsstruktur oder der Fallzahlen
- Zusätzliche Kapazitäten für medizinische Leistungen auf Grund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes
- Vorgaben der Psych-PV zur Zahl der Personalstellen
- Zusätzliche Leistungen aufgrund des Abschlusses eines Vertrages zur Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137g Abs. 1 Satz 1 SGB V oder des Beitritts zu einem solchen Vertrag

Im BMG-Gesetzesentwurf fehlt darüber hinaus auch eine analoge Regelung zum Bereich des KHEntgG (§ 10 Abs. 4 Satz 3 KHEntgG), dass der Landesbasisentgeltwert auch über die o.a. Veränderungsrate steigen darf, wenn und insoweit die Summe der Bewertungsrelationen absinkt. Analog zu § 10 Abs. 2 Satz 2 BPfIV n.F. ist folgerichtig zu ergänzen, dass eine Fallzahlreduzierung bei der Vereinbarung des Basisentgeltwertes erhöhend zu berücksichtigen ist. Dabei wäre sicherzustellen, dass es durch diesen Effekt nicht zu Ausgabensteigerungen kommt.

Entgegen der allgemeinen Auffassung hat das bisherige Vergütungssystem –abweichend zur Somatik - sehr wohl einen Leistungsbezug. Dieser wird über die Psych-PV sichergestellt,

die im Bereich der Abteilungskosten den bei weitem größten Anteil an der Finanzierung hat.

Der damalige Hauptanstoß zu einer neuen Vergütungsregelung für die Psychiatrie durch die Fachverbände war die „Veralterung“ der Psych-PV. Über die Ausgestaltung des Entgeltkataloges ist sicherzustellen, dass der ursprüngliche Gedanke weiterverfolgt und die beabsichtigte Verbesserung der Leistungsqualität umgesetzt wird.

Lösungsvorschlag (ohne Konvergenzhase):

- Die Psych-PV wird überarbeitet und die aktuellen Behandlungs- und Erkrankungsformen werden adäquat eingearbeitet. Ebenso ist die Psychosomatik zu integrieren.
- Die Überarbeitung soll durch ein Expertengremium, welches vom BMG zu benennen ist, bis zum 31.12.2016 erfolgen. Evtl. Können auf die Erfahrungen des InEK zurück gegriffen werden.
- Bis dahin gilt die „alte“ Psych-PV weiter.
- Ab 2017 werden die Budgets auf Basis der aktuellen Bundespflegesatzverordnung und der „neuen“ Psych-PV vereinbart.
- Die budgetneutrale Phase (§3 BPfIV n.F.) von 2013 bis 2016 kann in der vorliegenden Form erfolgen.
- Ab 2017 sollten die Budgets weiterhin auf Basis der „alten“ BPfIV und der dann „neuen“ Psych-PV erfolgen.
- Die Abrechnung erfolgt verpflichtend ab 2015 (ab 2013 optional) über die neuen pauschalierten Entgelte.

Alternativer Lösungsvorschlag (mit Konvergenzphase):

„Entdeckelung“ der Obergrenze nach §10 unter analoger Fortschreibung der bestehenden Regelungen der Bundespflegesatzverordnung mit der Möglichkeit, den Landes-Basisentgeltwert jährlich - zusätzlich zur Veränderungsrate und der BAT-Berichtigungsrate - um folgende Tatbestände zu erhöhen:

- Auswirkungen der Psych-PV
- Erhöhung der Fallzahlen oder Änderung der medizinischen Leistungsstruktur
- Krankenhausplanerische Tatbestände

Vorteile:

- Die krankenhausesindividuellen Budgets werden leistungsorientiert auf Basis der Psych-PV verhandelt.
- Veränderungen der Fallschwere nach Psych-PV können im Budget berücksichtigt werden.
- Individuelle (mit den Krankenkassen und dem MDK abgestimmte) Behandlungskonzepte können berücksichtigt werden.
- Krankenhausplanerische Tatbeständen (z.B. auch solitäre Tageskliniken etc.) können krankenhausesindividuell umgesetzt und finanziert werden.
- Durch die Abrechnung über die pauschalierten Entgelte ist die geforderte Transparenz der Leistungen gegeben.
- Mit Unterstützung des neuen Entgeltsystems können Qualitätsstandards (Qualitätsindikatoren...) besser eingeführt und umgesetzt werden.
- Durch den MDK kann der Behandlungsinhalt –durch die höhere Transparenz der Leistungserbringung- effektiver geprüft werden.
- Keine finanziellen Hemmnisse bei der Vereinbarung von Modellen (§§16 BpflV und §64b SGB V) sowie von integrierten Versorgungsmodellen (§§140ff SGB V) in Richtung Landes-basisentgeltwert (siehe unten).

Wie bereits unter lfd. Nr. 1 ausgeführt, ist die Einführung des Orientierungswertes spätestens zum 01.01.2013 für die Einrichtungen, welche dem PsychEntgG unterliegen, dringend notwendig. Nur so ist es möglich die im Referentenentwurf genannten Ziele zu erreichen.

5. Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus und Laufzeit (§§ 11 und 15 BPfIV n.F.)

Aus dem Referentenentwurf geht grundsätzlich die Wiedereinführung der prospektiven Verhandlungen, Vereinbarungen und Genehmigungen hervor.

In der Praxis der vergangenen Jahre zeigt sich jedoch, dass der prospektive Abschluss von Vereinbarungen auch im BPfIV-Bereich nicht möglich ist. Dies liegt teilweise daran, dass sich die Krankenkassen in vielen Bundesländern weigern eine separate Vereinbarung für den BPfIV-Bereich abzuschließen, teilweise mit Verweis auf die Genehmigungsbehörden, die dieses Vorgehen unterstützen.

Des Weiteren kommt es in den letzten Jahren vermehrt zu teilweise wochenlangen Verzögerungen des Unterschriftenverfahrens auf Seiten der Krankenkassen.

Lösungsvorschlag:

Daher bedarf es der Entkoppelung des Genehmigungsverfahrens nach dem Krankenhausentgeltgesetz und der Bundespflegesatzverordnung.

§ 14 Abs. 1 Satz 4 (neu) BPfIV n.F.

Die zuständige Landesbehörde entscheidet über die Genehmigung der krankenspezifischen Basisentgeltwerte, des Erlösbudgets, der Erlössumme und der Zu- und Abschläge nach § 5 innerhalb von drei Wochen nach Eingang des Antrags.

§ 15 Abs. 2 Satz 4 (neu) BPfIV n.F.

Ein Ausgleich von Mehrerlösen entfällt, sofern die verspätete Genehmigung der Vereinbarung von den Krankenkassen oder ihren Verbänden zu vertreten ist.

6. Fehlenden Finanzierungsmöglichkeit gem. §6 Abs.4 BPfIV

Die eingeschränkte Geltendmachung (nur für Optionskrankenhäuser) von zusätzlichen Kosten im Rahmen des § 6 Abs. 4 BPfIV ist weder sachlogisch mit der Einführung des neuen Entgeltsystems verbunden noch führt sie zu einer verlässlichen Planungssicherheit für die Krankenhäuser.

Mit Beginn der Konvergenzphase wird der Landesbasisentgeltwert auf Grundlage der vereinbarten Budgets der Krankenhäuser vereinbart. Sind bis dahin die Zahl der Personalstellen nach der Psych-PV nach § 6 Abs. 4 BPfIV a.F. nicht vollständig finanziert, fehlen diese Kostenbestandteile bei der Überführung der kostenorientierten Budgets hin zur leistungsorientierten Vergütung.

Lösungsvorschlag:

- Vor Einführung der Konvergenzphase muss sichergestellt sein, dass die vereinbarte Zahl der Personalstellen gem. Psych-PV bzw. L2 (Anlage 1 zu § 17 Abs. 4 BPfIV a.F.) auch zu 100 % finanziert ist.
- Die Krankenhäuser müssen über eine Klarstellung in § 6 Abs. 4 BPfIV a.F. die Möglichkeit bekommen, bis zum Beginn der Konvergenzphase im Jahr 2017 die vollständige Finanzierung der vereinbarten Personalstellen bei der Vereinbarung oder Festsetzung des Gesamtbetrages berücksichtigen zu können.

7. Einführung der Möglichkeit für den Bereich der Psychosomatik Institutsambulanzen (PIA) zu betreiben (§118 Abs. 3 SGB V)

Die Möglichkeit der Leistungserbringung von PIA-Leistungen durch die Psychosomatik ist grundsätzlich positiv zu bewerten.

Lösungsvorschlag:

- Dies sollte durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene in Form einer Rahmenvereinbarung geschehen.
- Bei Nichteinigung kann die Schiedsstelle angerufen werden.

8. Berücksichtigung der Überlieger im Gesamtbetrag

Erfahrungen aus der Einführung des DRG-System haben gezeigt, dass trotz der Hinweise in den Fußnoten des E1-Formulares die Überlieger in den einzelnen Bundesländern bis heute unterschiedlich vereinbart und bewertet werden (Berücksichtigung der Überlieger am Jahresbeginn oder der Überlieger am Jahresende, sowie Bewertung der Überlieger mit Katalog des Aufnahmezeit- oder Entlassungszeitpunktes oder Einrechnung der Überlieger ohne expliziten Ausweis in die Gesamt-E1).

Um diese Vielfalt der Regelungen im Rahmen der Einführung des Psych-Entgeltsystems zu unterbinden, ist eine verbindliche gesetzliche Regelung in Anlehnung an die Fußnote 4 der E1 (Anlage zur BpflV n.F.) notwendig.

Lösungsvorschlag:

§ 3 Abs. 2 Satz 4 Nr. 3 (neu) BpflV n.F.

3. Für Überlieger am Jahresbeginn sind jeweils die Bewertungsrelationen für Entgelte nach § 7 Satz 1 Nummer 1, die Entgelte nach § 7 Satz 1 Nummer 2 und die Entgelte nach § 6 Abs. 1 nach dem zum Aufnahmezeitpunkt geltenden Entgeltkatalog im Gesamtbetrag zu berücksichtigen. Die Fälle der Überlieger werden immer dem Jahr der Entlassung zugeordnet. Dabei werden **alle** Berechnungstage des jeweiligen Falles auch dem Entlassungsjahr zugeordnet.

§ 4 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 (neu) BpflV n.F.

4. Für Überlieger am Jahresbeginn sind jeweils die Bewertungsrelationen für Entgelte nach § 7 Satz 1 Nummer 1 und die Entgelte nach § 7 Satz 1 Nummer 2 nach dem zum Aufnahmezeitpunkt geltenden Entgeltkatalog im Gesamtbetrag zu berücksichtigen. Die Fälle der Überlieger werden immer dem Jahr der Entlassung zugeordnet. Dabei werden **alle** Berechnungstage des jeweiligen Falles auch dem Entlassungsjahr zugeordnet.

§ 6 Abs. 3 Satz 1, 2. Halbsatz (neu) BpflV n.F.

(3) Werden krankenhausesindividuelle Entgelte für Leistungen oder besondere Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 vereinbart, ist für diese Entgelte in entsprechender Anwendung von § 6 Absatz 1 und 2 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden

Fassung eine Erlössumme zu bilden; bei fallbezogenen Entgelten sind die Überlieger am Jahresbeginn nach dem zum Aufnahmezeitpunkt geltenden Entgeltkatalog in die Erlössumme einzurechnen. Die Fälle der Überlieger werden –bis auf die Fälle/Tage der Besonderen Einrichtung- immer dem Jahr der Entlassung zugeordnet. Dabei werden **alle** Berechnungstage des jeweiligen Falles auch dem Entlassungsjahr zugeordnet.