



Grundsätze zur Ausgestaltung des ordnungs-  
politischen Rahmens zur Einführung eines  
pauschalierenden Entgeltsystems für psychia-  
trische und psychosomatische Einrichtungen  
nach § 17 d Krankenhausfinanzierungsgesetz  
(KHG)

GKV-Spitzenverband  
und Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Berlin und Köln, den 29.03.2011

## Zusammenfassung: Leistungsorientierte Vergütung in einem finanziell stabilen Rahmen

Der in § 17 d Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) vorgegebene Übergang von einer einrichtungsbezogenen zu einer krankheitsgruppenbezogenen Vergütung psychiatrischer Leistungen folgt dem Muster einer leistungsorientierten Vergütung im DRG-Bereich (§ 17 b KHG) – allerdings mit Tages- und nicht mit Fallbezug. Die Dominanz des Tagesbezugs und die vom neuen OPS ausgehenden Anreize bergen die Gefahr, dass die Überhospitalisierung psychisch Kranker in Deutschland perpetuiert wird, weil die Ausweitung von Krankenhaustagen verstärkt werden könnte. Der GKV-Spitzenverband und der Verband der privaten Krankenversicherung sprechen sich deshalb für eine längere budgetneutrale Phase aus, in der der OPS sowie die vom Gesetz als Prüfauftrag genannten alternativen Entgeltformen und ambulanten Versorgungsformen unter insgesamt stabilen finanziellen Rahmenbedingungen entwickelt werden können. Die Ausgestaltung des gesetzlichen Ordnungsrahmens für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (im Weiteren als psychiatrische Einrichtungen bezeichnet) sollte den folgenden Leitlinien folgen.

1. Die Entwicklung der Vergütungssystematik erfordert einen zügigen Umstieg auf die neue leistungsbezogene Abrechnungssystematik im Rahmen einer längeren budgetneutralen Entwicklungsphase.
2. Die Heterogenität psychiatrischer Krankheitsbilder erfordert eine Vielfalt von Vergütungsformen (Tages-, Fall- und möglicherweise auch Zeitpauschalen), die aber alle Teil eines einheitlichen Relativgewichtssystems sind.
3. Die Versorgung durch psychiatrische Institutsambulanzen bedarf bundesweit einer nach Leistung differenzierten Vergütung. Dringlich ist eine bundeseinheitliche Dokumentation des Leistungsgeschehens ab 01.01.2012.

4. Gesetzestechnisch sollte eine Integration psychiatrischer Einrichtungen in ein einheitliches Krankenhausvergütungssystem erfolgen: Die Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) wird außer Kraft gesetzt und dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) werden Übergangsregelungen angehängt. Im Übrigen wird das KHEntgG um fallbezogene Formulierungen bereinigt und um Regelungen im Bereich der Versorgung psychisch kranker Menschen erweitert.
5. Langfristig werden die Entgeltsysteme für psychiatrische und somatische Einrichtungen in einem einheitlichen Vergütungssystem mit einheitlichem Landesentgeltwert vereint.
6. Um alternative Vergütungsformen wie die sogenannten „Regionalbudgets“ weiterhin zu ermöglichen, wird die Ausgliederung aus dem Landesentgeltvolumen gesetzlich vorgegeben.
7. Vorerst werden keine selektivvertraglichen Modelle in der psychiatrischen Versorgung vorgesehen.
8. Bei der Konvergenz aller einrichtungsbezogenen Tagessätze zu einem Landesentgeltwert sind die Fehler der DRG-Einführung (Divergenz, Finanzierung von Upcoding, ...) zu vermeiden.
9. Der gesamte Prozess der Entgeltentwicklung bedarf einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung und einer stärker medizinisch geprägten Prozedurenklassifikation.
10. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität unter Berücksichtigung von Zusatzbeiträgen ist insgesamt zu wahren und über den Landesentgeltwert durchzusetzen.

Im Folgenden seien die Leitlinien näher erläutert.

## 1 Budgetneutrale Entwicklungsphase

Die Einführung eines leistungsbezogenen und pauschalierenden Entgeltsystems bietet die Möglichkeit, durch erhöhte Transparenz und verbesserte Anreize die bestehenden Strukturen für eine bessere Versorgung der Versicherten weiterzuentwickeln.

Die Erfahrungen bei der Einführung von Fallpauschalen im somatischen Bereich müssen bei der Einführung von tagesbezogenen Pauschalen im Bereich der psychiatrischen Einrichtungen berücksichtigt werden. Die gesetzliche Neuordnung sollte den Kostenträgern funktionierende Steuerungselemente zur Gewährleistung einer hohen Qualität und Effizienz zur Verfügung stellen. Die Ausgabensteigerungen müssen nachhaltig begrenzt werden. Insbesondere Ausgabensteigerungen durch unberechtigtes Upcoding stationärer Leistungen oder nicht sachgerechte stationäre Behandlung bei auch ambulant durchführbaren Leistungen müssen verhindert werden.

Beim gegenwärtigen Entwicklungsstand des neuen Entgeltsystems für psychiatrische Einrichtungen besteht die Gefahr, dass die Anreize zur Maximierung der Krankenhaustage verstärkt werden. Diese wäre eine Entwicklung, die möglicherweise von Krankenhausträgern erwünscht wird, jedoch gleichermaßen schlecht für Patienten und Kostenträger wäre. Das traditionelle einrichtungsbezogene Budget muss deshalb solange erhalten bleiben, bis es gelungen ist, diesen Anreizen unter anderem durch alternative Vergütungsformen jenseits des Tagesbezuges zu begegnen und funktionierende ambulante Versorgungsformen zur Substitution stationärer Leistungen aufzubauen. Anders als bei der DRG-Einführung bedarf es deshalb einer längeren budgetneutralen Entwicklungsphase. Der Entwicklungsstand des neuen Entgeltsystems erlaubt derzeit keine Prognose zur Länge der budgetneutralen Phase.

Aufgrund der finanziellen Absicherung durch Budgetneutralität für das einzelne Krankenhaus kann und sollte die Einführung der neuen leistungsorientierten Entgelte zügig und flächendeckend zum 01.01.2013 erfolgen. Da die

technischen Abläufe (Groupier-Zertifizierung, Datenaustausch, ...) inzwischen routiniert erfolgen, ist kein Optionsjahr notwendig - es würde den Entwicklungsprozess lediglich verzögern.

In der budgetneutralen Phase kann es allerdings zu Belastungsverschiebungen zwischen den Krankenkassen kommen. Solche Verschiebungen sind zeitnah im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigen.

## 2 Vergütungsvielfalt: Tages-, Fall- und Zeitpauschalen

Im Gegensatz zum Fallbezug im somatischen Bereich ist im neuen Entgeltsystem für psychiatrische Einrichtungen grundsätzlich ein Tagesbezug vorgesehen. Dies erscheint notwendig, da keine ausreichende Homogenität der Diagnosegruppen angenommen wird. Durch geeignete Instrumente muss aber eine medizinisch nicht gerechtfertigte Verlängerung stationärer Behandlungsabschnitte vermieden werden. Grundsätzlich wird eine leistungsgerechte Vergütungstreppe bei stationären Behandlungen höhere Entgelte als bei ambulanten Behandlungen vorsehen. Gleichzeitig muss die Wahl der im Behandlungsabschnitt aus Qualitäts- und Effizienzgesichtspunkten geeigneten Versorgungsstufe gewährleistet sein. Die durch den Tagesbezug resultierenden Anreize führen zu einem zu hohen stationären Versorgungsgrad und behindern den Übergang zu ambulanten Behandlungsalternativen. Daher müssen parallel Anreize für Krankenhäuser und Instrumente für Kostenträger geschaffen werden, die stationäre Behandlung zu vermeiden bzw. so kurz wie medizinisch geboten zu halten.

Die Ausdifferenzierung des Vergütungssystems im psychiatrischen Bereich ist derzeit noch nicht absehbar. Sie ist Teil des „lernenden Systems“. Da das Spektrum psychischer Erkrankungen ausgesprochen inhomogen ist, ist grundsätzlich eine Vielfalt unterschiedlicher Vergütungsformen wahrscheinlich. Tagesbezogene Vergütungen, aber auch Fall- und Zeitpauschalen bestehen für jeweils unterschiedliche Patientengruppen und Behandlungsepi-

den nebeneinander. Sie alle basieren auf unterschiedlichen Fallkonstellationen (ICD, OPS, weitere Patienten- und Fallmerkmale). Sie alle werden in einem einheitlichen Gruppierungsprozess geordnet und sie lassen sich in einem gemeinsamen System von Relativgewichten ausdrücken.

Psychiatrische Krankenhäuser und psychiatrische Abteilungen mit einer regionalen Versorgungsverpflichtung sind gesetzlich verpflichtet, psychisch erkrankte Patienten aus einer bestimmten Region stationär aufzunehmen. Diese Versorgungsverpflichtung muss auch im neuen Entgeltsystem gewährleistet sein. Die Kalkulation im Rahmen der InEK-Entgeltsystementwicklung wird ermitteln müssen, ob die regionale Versorgungsverpflichtung eher ein einrichtungsbezogenes Merkmal ist, das entsprechend einem Zuschlag zu berücksichtigen wäre, oder ob überhaupt eine vergütungstechnisch relevante Kostendifferenzierung besteht.

### 3 Abgrenzungsproblematik zur ambulanten Versorgung – der PIA-Prüfauftrag

Die Übergänge zwischen stationärer und ambulanter Versorgung stellen in der Psychiatrie ein zurecht stark diskutiertes Problem dar. Sie sind allerdings auch in der Somatik Gegenstand von Reformdebatten, die gegenwärtig unter der Überschrift „Spezialärztliche Versorgung“ diskutiert werden. Ein Großteil der Probleme ergibt sich daraus, dass Teile der ambulanten Versorgung von Krankenhäusern erbracht werden, aber im Konstrukt der vertragsärztlichen Gesamthonorierung noch die Fiktion eines umfassenden Sicherstellungsauftrages inklusive Gesamthonorierung mit befreiender Wirkung aufrecht erhalten wird.

Einer der beiden Prüfaufträge des Gesetzgebers zur Entwicklung des neuen Entgeltsystems betrifft die Einbeziehung der psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) in das „stationäre Vergütungssystem“. Während das Dokumentationsproblem im stationären Bereich durch die Weiterentwicklung des OPS-Kataloges prinzipiell auf den Weg gebracht ist, gibt es im Bereich der ambu-

lanten Versorgung durch PIAs keine vergleichbare Entwicklung. Derzeit fehlt die notwendige Transparenz zu Diagnosen und Leistungen.

Vor einer Neustrukturierung der PIA-Vergütung ist eine bundesweit einheitliche Leistungsabbildung und Datenübermittlung erforderlich. Diese war in § 8 der Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17 d KHG (Psych-Entgeltsystem) vom 30.11.2009 festgeschrieben worden. Der Konsens wurde jedoch von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) aufgekündigt. Es bedarf deshalb eines klaren (mit Ersatzvornahme bewehrten) gesetzlichen Auftrages mit Wirkung zum 01.01.2012, Leistungen der PIAs bundesweit einheitlich zu erfassen und zu übermitteln. Die Dokumentation sollte auf der in Bayern entwickelten Systematik aufbauen, um bei jenen, die bereits differenziert erfassen, eine Paralleldokumentation zu vermeiden.

Grundprinzip der späteren PIA-Vergütung sollte eine Differenzierung nach Schweregrad und Behandlungsaufwand sowie ein Bezug zur stationären Behandlung des Patienten sein. Bei der Entwicklung kann auf die Erfahrungen des InEKs zurückgegriffen werden.

Eine Einbeziehung der PIA-Vergütung in die „stationäre Vergütung“, wie dies bei einer Integration in einen Landesentgeltwert (vgl. Abschnitt 5) geschehen würde, wäre ein Fremdkörper in der gegenwärtigen und wohl auch künftigen Struktur der Versorgung. Die PIA ist dem spezialärztlichen Versorgungsbereich zuzuordnen, der gleichermaßen von niedergelassenen Ärzten und Krankenhausambulanzen geleistet würde. Entsprechend wäre hier zwischen Kassen einerseits sowie Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhausgesellschaften andererseits in „G-BA-Parität“ zu verhandeln.

Gegen eine vergütungstechnische Trennung wird in der Regel das Erfordernis der Behandlungskontinuität vorgebracht. Dies ist jedoch irreführend. Die Frage, ob Behandlungskontinuität (z. B. im Sinne von Behandlerkontinuität

und einem übergreifenden Therapieplan) existiert, ist eine Frage der Organi-  
sation der Prozesse, nicht der Vergütung. Eine stationär-ambulant-  
übergreifende Vergütung garantiert keineswegs eine Behandlerkontinuität.  
Umgekehrt kann die Behandlerkontinuität auch mit zwei unterschiedlichen  
Vergütungssystemen realisiert werden.

Diskutiert wird gegenwärtig auch, inwieweit eine Erweiterung des Leistungs-  
spektrums in den häuslichen Bereich der Patienten (Hometreatment) erfolgen  
sollte. Da eine solche Ausweitung des Tätigkeitsfeldes in die ambulante Ver-  
sorgung der Substitution stationärer Leistungen dienen soll, wäre sie auch  
strikt an eine solche Substitution zu koppeln: Das Finanzvolumen für eine  
erweiterte PIA-Tätigkeit muss direkt abhängig sein von der Verringerung sta-  
tionärer Vergütung.

#### 4 Gesetzestechnische Integration von Psychiatrie und Somatik

Die Integration der Psychiatrie kann einem einfachen gesetzestechnischen  
Ablaufschema folgen: Die BpflV wird außer Kraft gesetzt, dem KHEntgG wer-  
den einige Übergangsregelungen angehängt und ansonsten wird das  
KHEntgG um fallbezogene Formulierungen bereinigt sowie um Regelungen  
im Bereich der psychiatrischen Versorgung erweitert.

Das Konzept einer Reintegration vereinfacht die Diskussionen über den ord-  
nungspolitischen Rahmen deutlich. Es gibt dann künftig

- einheitliche Kodierrichtlinien,
- einen einheitlichen Grouper,
- ein einheitliches Kalkulationshandbuch,
- ein einheitliches Schema für Investitionsbewertungsrelationen,
- einen einheitlichen Landesentgeltwert,
- eine einheitliche Summe der Bewertungsrelationen sowie
- ein einheitliches KHEntgG.

Sinnvollerweise würden einige sprachliche Anpassungen im KHEntgG erfolgen, so z. B. die Transformation des Landesbasisfallwertes zur umfassenden Preiskomponente, dem Landesentgeltwert. Eine Doppelung des ordnungspolitischen Rahmens speziell für den psychiatrischen Bereich sollte vermieden werden. Damit würde auch die stigmatisierende Wirkung eines Sonderbereiches, wie der derzeitigen BPfIV, vermieden.

## 5 Landesentgeltwert

Entscheidend für die Integration aller bestehenden Vergütungssysteme in eine einheitliche Verhandlungsstruktur ist, alle Entgelte als Relativgewichte auszudrücken und die Preiskomponente einheitlich auf Landesebene zu verhandeln. Derzeit ist die Summe der Bewertungsrelationen die entscheidende Größe für das Mengenvolumen in somatischen Einrichtungen auf Landesebene. Sie enthält im Wesentlichen die nach Schweregrad gewichteten Fallmengen, aber auch tagesbezogene Elemente. Tagesbezogene Vergütungsbestandteile sind insbesondere die Zuschläge jenseits der oberen Grenzverweildauer oder auch die Abschläge unterhalb der unteren Grenzverweildauer. Die Summe der Bewertungsrelationen enthält also schon jetzt sowohl fall- als auch tagesbezogene Bestandteile. Dies ermöglicht die problemlose Einbeziehung der Psychiatrie, die zwar maßgeblich durch tagesbezogene Entgelte gekennzeichnet ist, die aber möglicherweise in Zukunft auch fallbezogene oder auch zeitraumbezogene Bestandteile enthalten wird. Entscheidend ist, dass alle Bestandteile als Relativgewicht und damit als Bestandteil der Summe der Bewertungsrelationen ausgedrückt werden können.

Die Integration der Psychiatrie ist ein unkomplizierter Vorgang: Die Gesamtsumme der Bewertungsrelationen wird um die Summe der psychiatrischen Bewertungsrelationen erweitert, das Vergütungsvolumen ebenfalls. Der Landesbasisfallwert wird zu einem umfassenden Landesentgeltwert transformiert. Eine aufwändige Doppelung der Verhandlungen auf Landesebene wird vermieden.

Der klare Zielpunkt „Integration in das bestehende Krankenhausentgeltgesetz“ erübrigt einige ansonsten schwierige Diskussionen. So wäre z. B. zu diskutieren, welchen Sinn eine Konvergenz innerhalb der Psychiatrie auf Landesebene macht, wenn in Bremen nicht einmal eine Handvoll psychiatrische Einrichtungen existieren. Andererseits würde eine bundesweite Konvergenz mindestens ebensoviele Diskussionen auslösen. Bei einer Integration würde eine Annäherung der psychiatrischen Einrichtungen an einen Landesentgeltwert (in der Nähe der jetzigen Landesbasisfallwerte) erfolgen. Für die Konvergenz von Landesbasisfallwerten gibt es bereits Regeln, die nicht neu geschaffen werden müssen.

## 6 Ausgliederungsregeln für gesonderte Vertragsformen (sogenannte Regionalbudgets)

In den vergangenen Jahren wurden Modellprojekte nach § 24 BPfIV zu Regionalbudgets im Versorgungsbereich der Psychiatrie initiiert. Zentrales Ziel dieser alternativen Finanzierung psychiatrischer Klinikleistungen ist, die bisherige stationäre Versorgung in Anlehnung an die integrierte Versorgung nach §§ 140 a ff. SGB V um eine ambulante Versorgung zu erweitern. Dies geschieht in der Regel in mehrjährigen einrichtungsbezogenen Budgetvereinbarungen mit implizitem Regionalbezug.

Das sogenannte Regionalbudget umfasst die vollstationäre, teilstationäre und institutsambulante Behandlung. Die ambulante vertragsärztliche Versorgung wird in den bisherigen Projekten nicht berücksichtigt. Positiv zu bewerten sind die bisherigen Erfahrungen aus den Modellprojekten, insbesondere die Enthospitalisierung. Noch untersucht werden müssen die langfristigen Auswirkungen, die Übertragbarkeit auf städtische Gebiete und Regionen mit mehreren Leistungserbringern.

Da solche Regionalbudgets möglicherweise ein geeignetes Transformationsinstrument zu neuen, langfristig orientierten Versorgungskonzepten darstellen, sollten sie in Form von vertraglichen Optionen in die gesetzlichen Rege-

lungen eingefügt werden. Zu regeln wäre insbesondere die korrekte Herauslösung aus der Landesentgeltsumme, die Aufrechterhaltung der einheitlichen Kodierungsanforderungen sowie die Berücksichtigung von bundeseinheitlichen qualitätssichernden Maßnahmen.

## 7 Vorerst keine selektivvertraglichen Regelungen

Für die Ausgestaltung eines zukunftsfesten Gesundheitssystems sehen die Grundsatzpositionen der GKV für die Krankenhausversorgung eine stärkere Wettbewerbsorientierung vor. Für ein definiertes Spektrum von ausgewählten Krankenhausleistungen soll die Möglichkeit geschaffen werden, dass Krankenkassen selektive Verträge abschließen. Die Versorgung kann damit in Bal lungszentren auf ausgewählte Vertragspartner mit messbar höherer Behand lungsqualität konzentriert werden. Durch die verpflichtende Berücksichtigung von Qualitätsindikatoren in den Verträgen können Effizienz- und Qualitäts- anreize kombiniert werden. Der Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik ist derzeit durch die mangelnde Standardisierung der Behandlungsprozesse für selektive Verträge ungeeignet und sollte auch weiterhin kollektivvertrag- lich geregelt werden. Allerdings sollten selektivvertragliche Optionen für Mo- dellvorhaben vorgesehen werden.

## 8 Konvergenz

Die Überführung in den zukünftigen gesetzlichen Rahmen sollte in einer mehrjährigen Einführungsphase erfolgen, deren Dauer später festzulegen wäre. Damit eine Konvergenz durchgeführt werden kann, muss der neue, die Psychiatrie integrierende Landesentgeltwert bereits zu Beginn der Konver- genzphase berechnet bzw. verhandelt werden. Dies entspricht dem Vorgehen in der DRG-Konvergenzphase. Bei der Integration der Psychiatrie sollten al- lerdings einige „Fehler“ der DRG-Einführung nicht wiederholt werden. Aus Sicht der Kostenträger muss z. B. vermieden werden, dass die unvermeidliche Veränderung der Kodierung aufgrund der bestehenden Untererfassung in der

Psychiatrie finanzwirksam wird. Außerdem ist bei der Festlegung des Konvergenzpfades ein gesetzestechnischer Fehler wie die Divergenz zu vermeiden.

Für die GKV und die private Krankenversicherung ist die Gewährleistung der ausgabenneutralen Entwicklungs- und Konvergenzphase von besonderer Bedeutung.

## 9 Qualitätssicherung und Leistungsabbildung

Psychiatrische Behandlungspfade weisen komplexe und heterogene Verläufe über verschiedene Leistungsbereiche auf. Durch die Einführung des neuen Entgeltsystems wird es durch den Leistungsbezug und die notwendigen Dokumentationsanforderungen zu einer höheren Transparenz kommen. Damit sich die Transparenz auch auf die medizinischen Abläufe bezieht und nicht nur auf die „Aufwandstransparenz“, sollte die Überarbeitung des OPS-Katalogs dazu führen, dass Leistungen weniger inputorientiert klassifiziert werden. Der OPS muss medizinisch gehaltvoller werden. Außerdem sollten bei vergleichbarer Behandlungsleistung in den verschiedenen psychiatrischen und psychosomatischen Teilfächern eine einheitliche Kodierung erfolgen. Beispielsweise ist die derzeit noch bestehende „abteilungsspezifische“ Dokumentation im OPS (z. B. von vergleichbaren psychotherapeutischen Behandlungsleistungen) aufzugeben. Nur so kann Leistungsgerechtigkeit im neuen Entgeltsystem entstehen.

Mit der Einführung des neuen Entgeltsystems muss es in der psychiatrischen Versorgung zu einer gezielten Weiterentwicklung der qualitativen Vorgaben und Anreize kommen. Qualität bedarf dabei einer einheitlichen Messung, die nicht abteilungsspezifisch und nicht vordergründig therapiebezogen, sondern diagnose- und ergebnisbezogen ist. Die zeitnahe Entwicklung von Qualitätsindikatoren ggf. mit Risikoadjustierung und die Umsetzung geeigneter Maßnahmen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) sollte die bisher durch die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) definierten Mindestanforderungen möglichst bald ersetzen. Notwendig ist eine Neuorientie-

Grundsätze zur Ausgestaltung des ordnungs-  
politischen Rahmens zur Einführung eines  
pauschalierenden Entgeltsystems für  
psychiatrische und psychosomatische  
Einrichtungen nach § 17 d KHG  
vom 29.03.2011



rung von Struktur- und Prozessqualitäten hin zur patientenbezogenen Ergebnisqualität.

Mittels Nutzung von Routinedaten (Kassenstammdaten zur Mortalität, einrichtungsbezogene statistische Daten und Abrechnungsdaten zu Behandlungsleistungen) und einer Harmonisierung der amtlichen Klassifikationskataloge und ihrer Kodierregeln kann eine aufwandsarme Umsetzung erfolgen. Damit sind sowohl die Aussagekraft der Qualitätssicherungsverfahren zu erhöhen als auch ihr bürokratischer Erfassungsaufwand zu reduzieren.

## 10 Beitragssatzstabilität

Die Implementierung des neuen Entgeltsystems in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung muss unbedingt beitragsatz- und zusatzbeitragsneutral erfolgen, um Belastungen der Versicherten zu vermeiden.

Die Umsetzung dieses Grundsatzes ist in der Übergangsphase wie auch in der Phase der vollzogenen Integration in das KHEntgG zu gewährleisten. In der Übergangsphase ist hierzu die strikte Bindung der Budgets der Krankenhäuser an die Grundlohnrate vorzusehen (budgetneutrale Phase). In der Phase der Konvergenz und der vollzogenen Integration hat die Umsetzung dieses Grundsatzes über den Landesentgeltwert zu erfolgen. Durch explizite Regelungen und verbindliche Vorgaben zur Adjustierung dieses Wertes lässt sich Beitragssatzstabilität für die GKV insgesamt trotz möglicher Mengendynamiken als Erlöstreiber garantieren.

Wie für den Bereich der Somatik so gilt auch im Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung, dass ein rein kostenbasierter Orientierungswert falsch und eine Gefahr für die finanzielle Situation der GKV ist. Er ist weder geeignet, Beitragssatzstabilität zu gewährleisten bzw. Zusatzbeiträge zu verhindern, noch berücksichtigt er die Erlösentwicklung der Krankenhäuser komplementär.