

# Krankenhaus-Report 2007

## „Krankenhausvergütung – Ende der Konvergenzphase“

Jürgen Klauber / Bernt-Peter Robra /  
Henner Schellschmidt (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2008

Auszug Seite 81-106



<b>5</b>	<b>Elektiv wird selektiv Grundzüge eines wettbewerbsorientierten, nach Leistungen differenzierenden Ordnungsrahmens für Krankenhäuser ab dem Jahr 2009.....</b>	<b>81</b>
	<i>Wulf-Dietrich Leber, Jürgen Malzahn und Johannes Wolff</i>	
5.1	Ordnungspolitischer Handlungsbedarf.....	82
5.1.1	Vollendung der Konvergenzphase .....	82
5.1.2	Ende der Sicherstellung .....	83
5.1.3	Erosion der dualen Finanzierung .....	83
5.1.4	Kassenwettbewerb .....	84
5.1.5	Öffnung für ambulante Leistungen .....	85
5.2	Qualitäts- und Preiswettbewerb für elektive Krankenhaus- leistungen .....	87
5.2.1	Abschied vom monolithischen Budget .....	87
5.2.2	Ausschreibung von elektiven Krankenhausleistungen.....	88
5.2.3	Optionsmodell für Ausschreibungen .....	91
5.2.4	Abgrenzung des elektiven Fallspektrums .....	93
5.2.5	Qualitätssicherung der selektiven Leistungen.....	95
5.2.6	Andere ordnungspolitische Konzepte.....	97
5.3	Grundzüge eines nach Leistungen differenzierenden Ordnungs- rahmens .....	99
5.3.1	Vollendung der Konvergenz und kontinuierliche DRG-Weiter- entwicklung .....	99
5.3.2	Landes- oder Bundesbasisfallwert .....	100
5.3.3	Traditionelle Sicherstellung der Notfallversorgung .....	101
5.3.4	Die Rolle der Bundesländer .....	102
5.3.5	Vereinbarungsprinzip für ambulante Krankenhausleistungen.....	103
5.4	Der Ordnungsrahmen im Überblick .....	103
5.5	Literatur .....	105

## Grundzüge eines wettbewerbsorientierten, nach Leistungen differenzierenden Ordnungsrahmens für Krankenhäuser ab dem Jahr 2009

Wulf-Dietrich Leber, Jürgen Malzahn und Johannes Wolff

### Abstract

Im Krankenhausbereich besteht ordnungspolitischer Handlungsbedarf, weil neben den klassischen Finanzierungsfragen ein Rechtsrahmen für den Kassenvettbewerb zwecks Begrenzung der kollektivvertraglichen Krankenhausbudgets zugunsten wettbewerbskonformer selektiver Verträge gestaltet werden muss. Die Neuordnung sollte berücksichtigen, dass Krankenhausleistungen unterschiedlich sind. Während für Notfalleleistungen traditionelle planerische Instrumente der Sicherstellung adäquat sind, sollten für elektive Krankenhausleistungen kassenspezifische Verträge vorgesehen werden. Die Auswahl der Häuser erfolgt in einem geordneten Ausschreibungsverfahren. Behandlungsqualität muss Gegenstand der Ausschreibung sein. Wollen Versicherte Leistungen in einem Haus in Anspruch nehmen, mit dem ihre Kasse keinen Vertrag hat, so haben sie einen gesonderten Tarif zu wählen oder aber die Kostendifferenz selber zu tragen. Analoge Ausschreibungsoptionen existieren schon jetzt im Bereich der besonderen ambulanten Versorgung und bei Arzneimittelrabattverträgen.

In the hospital sector, there is still some need for regulatory action. Apart from classical questions of financing, a regulatory framework for the competition of health care funds needs to be set up in order to limit the collective-contractual hospital budgets in favour of competitive selective contracts. The re-organization should take into account that hospital services differ. While traditional planning instruments for the provision of services are adequate for emergency medical care, health care funds should be able to bid separately for hospital services which are subject to choice. Hospitals should be selected by means of a bidding procedure, with quality of treatment being one of its central issues. If insureds wish to claim benefits in a hospital which does not have a contract with the health care fund they are insured with, they either have to accept a special tariff or pay the difference themselves. Similar options resulting from "offers to Bid" already exist in specialised ambulatory care and drug discount contracts.

## 5.1 Ordnungspolitischer Handlungsbedarf

### 5.1.1 Vollendung der Konvergenzphase

Eine der größten Umwälzungen des stationären Sektors in Deutschland war die Einführung von DRG-Fallpauschalen ab dem Jahr 2003. Nach dem Ende der sog. Konvergenzphase sollen die kostenorientierten Budgets durch eine leistungsorientierte Vergütung ersetzt werden. Wie im Folgenden gezeigt wird, entsteht gesetzgeberischer Handlungsbedarf, weil die leistungsorientierte Vergütung nicht mit den Grundprinzipien des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) kompatibel ist. Andere Entwicklungen, wie die fortdauernde Erosion der dualen Finanzierung, stellen zudem die herkömmlichen Finanzierungsprinzipien in Frage. Auch die fortschreitende Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen erfordert neue gesetzgeberische Aktivitäten. Und schließlich stehen die kollektivvertraglichen Prinzipien im fundamentalen Widerspruch zum Ziel einer verstärkt wettbewerblichen Steuerung des Versorgungsgeschehens.

Bevor dies im Einzelnen diskutiert werden kann, muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass die Konvergenz mit Ende der Konvergenzphase keinesfalls abgeschlossen ist. Mit Inkrafttreten des 2. Fallpauschalenänderungsgesetzes zum 01.01.2005 wurde die anfangs für drei Jahre ausgelegte Konvergenzphase auf fünf Jahre verlängert und die linearen Anpassungsschritte in Richtung Landesbasisfallwert progressiv umgestaltet. Zusätzlich wurde eine Kappungsgrenze eingeführt, die die Budgetreduktion der Krankenhäuser begrenzt (2. FPÄndG 2004).

Nach derzeitigem Stand der Verhandlungen<sup>1</sup> gestaltet sich die Verteilung von Konvergenzgewinnern und -verlierern folgendermaßen: Ca. 40 Prozent der Krankenhäuser zählen zu den Konvergenzverlierern, geben also Budgetanteile über die Konvergenzphase ab. Von diesen fallen wiederum ca. 17 Prozent unter die Kappungsregelung. Die überwiegende Anzahl der Krankenhäuser (60 Prozent) mit einem Budgetabschluss zum Zeitpunkt des Stichtags kann sich jedoch zu den Gewinnern der DRGs zählen.

In Abhängigkeit von der prozentualen Überschreitung des Landesbasisfallwertes kann es dazu kommen, dass Krankenhäuser bis zum Ende der Konvergenzphase nicht das einheitliche Niveau des Landesbasisfallwertes erreichen. Größenordnungsmäßig handelt es sich um rund 200 Krankenhäuser. Krankenhäuser mit über 11,1 Prozent Abweichung vom Landesbasisfallwert am Anfang der Konvergenzphase werden diesen am Ende nicht erreichen. Die Problematik der iterativen Ermittlung des Landesbasisfallwertes aufgrund der Umverteilungsproblematik durch die Kappungsregelung bleibt bei dieser Betrachtung ausgeklammert (Wissenschaftliches Institut der AOK 2005). Es ist also in jedem Fall eine Regelung dafür vorzusehen, wie mit diesen Fällen zu verfahren ist.

<sup>1</sup> Grundgesamtheit: 1 373 Krankenhäuser mit Budgetabschluss; Stand: 10.01.2007.

### 5.1.2 Ende der Sicherstellung

Glaubt man dem Wortlaut des Gesetzes, so liegt der Sicherstellungsauftrag bei den Bundesländern und deren Kommunen. Letztlich sichert aber derjenige die Versorgung, der ein möglicherweise entstehendes Defizit des Krankenhauses deckt, damit dieses weiterhin die Patienten versorgen kann. Bis 1995 gab es für diese Defizitdeckung eine klare Aufgabenzuweisung: Im Rahmen des Selbstkostendeckungsprinzips wurde der Pflegesatz erhöht, bis das Defizit verschwunden war. De facto erfolgte also die Sicherstellung durch die Krankenkassen.

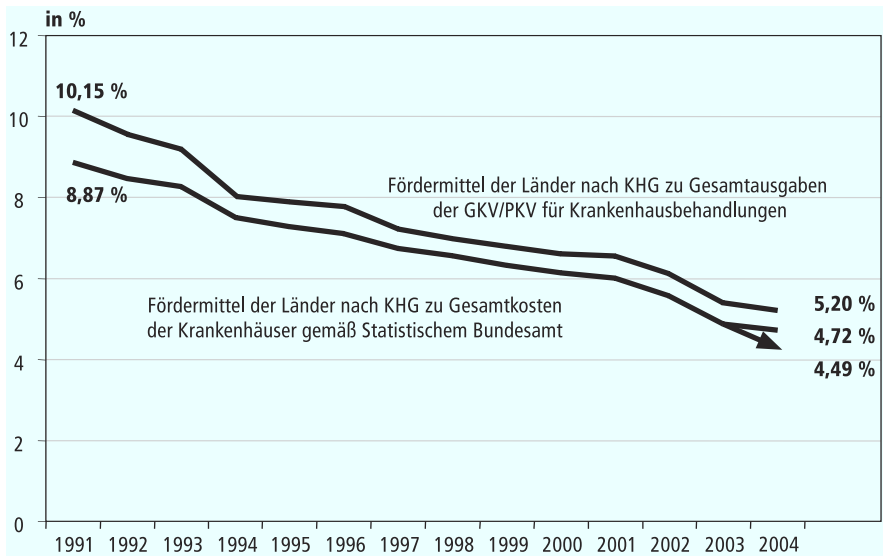
Beim Übergang zur leistungsorientierten Vergütung kann es nun passieren, dass der Sicherstellungsauftrag (erstmalig) an die Länder fällt. Bei einer Vergütung der Krankenhäuser nach leistungsorientierten Einheitspreisen kann es zur dauerhaften Unterdeckung kommen, die nach geltendem Recht nicht von den Krankenkassen zu finanzieren ist. Ohne Hilfe seitens des Krankenhausträgers muss das Krankenhaus seine Tätigkeit einstellen. Der Krankenhausplan ist keinerlei Hilfe für ein defizitär geführtes Krankenhaus; er stellt keine Versorgung mehr sicher. Nur wenn das Land oder die Kommune die laufenden Defizite übernehmen würde, wäre die Versorgung im herkömmlichen Sinne sichergestellt. Kurzum: Ohne Selbstkostendeckungsprinzip ist der Krankenhausplan in puncto Sicherstellung weitgehend wirkungslos – seit 1995 ist das laut Krankenhausfinanzierungsgesetz so, am Ende der Konvergenzphase wird es de facto so sein. Wenn aber die Krankenhausplanung die Sicherstellung der Versorgung nicht mehr garantiert, dann verliert sie ihre Legitimation (AOK-Bundesverband 2003; Leber 2003, S. 185ff).

Ohne „Zuwendungsgarantie“ im Defizitfall hat der Krankenhausplan allerdings noch eine Bedeutung als eine Art „Abrechnungslizenz“ gegenüber den Krankenkassen. Die derzeit zu beobachtende Zunahme privater Trägerschaften ist ein Erwerb von Abrechnungslizenzen. Gäbe es nicht diesen Marktzutritt über Lizenzhandel, würden die privaten Träger wahrscheinlich neue Krankenhäuser bauen, statt alte zu übernehmen.

### 5.1.3 Erosion der dualen Finanzierung

Der Rückzug der Länder aus der stationären Versorgung lässt sich in kaum überschaubarer Deutlichkeit bei der Investitionsfinanzierung erkennen (Abbildung 5–1). Als das Krankenhausfinanzierungsgesetz 1974 in Kraft trat und die duale Finanzierung festschrieb, betrug der Finanzierungsanteil der Bundesländer (und damals noch des Bundes) fast 20 Prozent an den Krankenhausaussgaben (geplantes Finanzierungsverhältnis zwischen Ländern und Krankenkassen bei Einführung der dualen Finanzierung 1972: 1 : 3). Heute – rund ein Vierteljahrhundert später – ist der Beitrag der Länder auf eine fast vernachlässigbare Restgröße von 5 Prozent geschrumpft. Berücksichtigt man, dass in den neuen Bundesländern ein Teil der Länderinvestitionen über Artikel 14 Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) eigentlich GKV-finanziert ist, sinkt dieser Wert sogar unter die 5-Prozent-Marke. Die Entwicklung des Finanzierungsanteils der Bundesländer macht eine Neubewertung der gegenwärtigen Situation auch aus diesem Grund notwendig (AOK-Bundesverband 2003; Hermann 2007, S. 101ff).

Abbildung 5-1  
Fördermittel der Länder 1991–2004



Quelle: Destatis Fachserie 12, Reihe 6.1.1

Krankenhaus-Report 2007

WidO

Durch den Rückzug der Bundesländer aus der Investitionskostenfinanzierung kommt es zunehmend zu einem Auseinanderfallen von Planung und Kostentragung und damit verbundenen Zielkonflikten. Man vermutet, dass sich die Bundesländer auch aus diesen Gründen weiter aus der Investitionsfinanzierung zurückziehen. Die Krankenhäuser finanzieren deshalb ihre Investitionen teilweise aus Eigenmitteln und bedienen sich hierzu privaten Kapitals und der Partnerschaft mit Investoren. Auch der geplante Einstieg in die Steuerfinanzierung des Gesundheitswesens wird durch den Rückgang der Länderfinanzierung konterkariert.

#### 5.1.4 Kassenwettbewerb

Mitte der 90er Jahre wurde die freie Kassenwahl eingeführt, damit Krankenkassen im Wettbewerb die Versorgung ihrer Versicherten optimieren. Auch die offizielle Regierungsrhetorik erwartet eine Steigerung von Wirtschaftlichkeit und Qualität durch mehr wettbewerbliche Steuerung (vgl. das angebliche „Wettbewerbsstärkungsgesetz“). Umso mehr erstaunt es, dass sich die Wettbewerbsmöglichkeiten der Krankenkassen bislang mehr oder minder auf die Farbgestaltung in der Außendarstellung beschränken. Derzeit verhandeln die Krankenkassen in nahezu allen Bereichen der GKV einheitlich und gemeinsam. Krankenkassen- bzw. kassenartenspezifische Verhandlungen gibt es dagegen kaum. Versorgungsformen, wie bspw. die integrierte Versorgung, machen derzeit nicht einmal ein Prozent der Leistungsausgaben aus. Der für den Wettbewerb der Krankenkassen maßgebliche Bei-

tragssatz ist deshalb kaum steuerbar (Rebscher 2006, S. 855ff). Das bestehende Geflecht kollektivvertraglicher Regelungen, insbesondere das Monopol der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Zwang, ein Krankenhausbudget einheitlich und gemeinsam zu verhandeln, erlaubt es der einzelnen Kasse nicht, im Wettbewerb eine günstigere Versorgung zu vereinbaren.

Dies heißt nicht, dass der Wettbewerb der Krankenkassen nicht existent ist. Es fehlen jedoch entscheidende Instrumente, die die Krankenkassen befähigen, diesen auch aktiv für ihre Versicherten mitzugestalten. Das derzeitige Verhandlungsprinzip „gemeinsam und einheitlich“ ist nicht mit der wettbewerblichen Neuordnung des Gesundheitswesens kompatibel. Damit Krankenkassen mit optimierter Versorgung auch Beitragsatzvorteile erreichen können, bedarf es eines Systems mit kassenspezifischen, sog. selektiven Verträgen. Im Bereich der integrierten Versorgung sowie bei den Disease-Management-Programmen (DMP) gibt es bereits selektive Verträge. Traditionell selektivvertraglich ist die Rehabilitation geregelt.

Kommt die Abschaffung der Kollektivverhandlungen und der Übergang zu selektiven Verträgen nicht in einem Schritt, so bedarf es einer Übergangsphase, in der Kollektiv- und Selektivverträge gleichzeitig existieren. Für diese Phase ist es wichtig, dass eine Zunahme von Selektivverträgen mit einer Rückführung der Kollektivverträge einhergeht. Es bedarf einer Refinanzierung von Selektivverträgen. Versuche der Etablierung des selektiven Vertragsprinzips müssen scheitern, solange sie mit einer extrabudgetären „on top“-Finanzierung verbunden werden. Für einen Übergang auf ein selektivvertragliches Modell bietet sich aus diesem Grund das Prinzip des Rechnungsabzugs an. Das Kollektivbudget wird dann um die Höhe der Kosten bereinigt, die die betreffende Leistung unter den kollektivvertraglichen Bedingungen gekostet hätte (Cassel et al. 2006). Wird die so abgeschlossene Versorgung zukünftig beendet, so fällt das entsprechende Volumen wieder zurück in das Kollektivbudget (Leber 2005, S. 232ff).

### 5.1.5 Öffnung für ambulante Leistungen

Auch wenn die starre Grenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu den am nachhaltigsten kritisierten Charakteristika des deutschen Gesundheitswesens gehört, gibt es doch eine beachtliche Formenvielfalt bei der Erbringung ambulanter Leistungen durch Krankenhäuser. Dem Sozialgesetzbuch (SGB V) sind mehr als ein Dutzend verschiedener Rechtsformen zu entnehmen. Alle diese Formen unterscheiden sich stark in ihrer Aufgabenstellung und historischen Entstehung. Es fällt schwer, gemeinsame Grundprinzipien zu benennen, da Zulassungsvoraussetzungen, Vergütung und Regelungen zur Qualitätssicherung eine beachtenswert breite Streuung aufweisen.

Auch wenn ein konsistenter gesetzlicher Rahmen für ambulante Klinikleistungen noch aussteht, zeichnet sich seit Ende der 80er Jahre eine kontinuierliche Zunahme ambulanter Klinikleistungen ab:

- 1989 Hochschulambulanzen
- 1989 Sozialpädiatrische Zentren
- 1989 Psychiatrische Institutsambulanzen
- 1993 Ambulantes Operieren
- 1993 Vor- und nachstationär

- 2000 Integrierte Versorgung
- 2004 Disease-Management-Programme (DMP)
- 2004 Hochspezialisierte Leistungen.

Seit den 90er Jahren gab es hingegen keine einzige gesetzliche Regelung, die den Tätigkeitsbereich der Kassenärztlichen Vereinigung „auf Kosten“ der Krankenhäuser erweiterte (Leber/Stackelberg 2006, S. 700ff).

In vielen dieser neuen Betätigungsfelder der Krankenhäuser kam es zu einem Bruch mit bisherigen Regelungen des vertragsärztlichen Bereichs. Besonders deutlich tritt dies bei der fehlenden Berücksichtigung ambulanter Aktivitäten der Krankenhäuser bei der vertragsärztlichen Bedarfsplanung zu Tage. Beispiele hierfür sind die Zulassung der Krankenhäuser zum ambulanten Operieren gemäß § 115 b SGB V sowie die integrierte Versorgung (Held et al. 2005, S. 256ff). So wundert es nicht, dass insbesondere der gegenwärtige Status des kassenärztlichen Sicherstellungsauftrages relativ unbestimmt ist.

Daneben sind mit den differierenden Ordnungsrahmen oft sehr unterschiedliche Vergütungshöhen für identische Leistungen verbunden. So wird z. B. die gleiche Chemotherapie völlig verschieden vergütet, je nachdem, ob sie als vollstationäre, teilstationäre oder aber als ambulante Leistung im Rahmen einer Hochschulambulanz erbracht wird.

Eng mit der Vergütungsfrage verbunden ist auch die ungeklärte Refinanzierung ambulanter Leistungen aus den bisherigen Kollektivbudgets. Leistungen wie die des § 116b SGB V, der hochspezialisierten ambulanten Behandlung im Krankenhaus, oder des § 115b SGB V, des ambulanten Operierens im Krankenhaus, sind derzeit und auch nach Inkrafttreten des GKV-WSG extrabudgetär, d. h. durch die Krankenkasse „on top“ zu finanzieren und gefährden die Beitragssatzstabilität. Dies gilt insbesondere nach Umgestaltung des bislang selektivvertraglichen § 116b SGB V hin zu einer Abrechnungsgarantie ohne Vereinbarung durch das GKV-WSG.

Auch die derzeit existierende teil- und pseudostationäre Versorgung erfordert dringend eine Überprüfung, besonders der irreführende Rechtsbegriff „teilstationär“. Das bestehende inkonsistente Nebeneinander der Versorgungsformen ist Zeichen einer überfälligen Neuordnung. Dringlich bedarf es einer Harmonisierung der unterschiedlichen Bereiche ambulanter Klinikleistungen untereinander und mit konkurrierenden Versorgungsbereichen. Eine Zulassung auf Zuruf durch Anmeldung bei gleichzeitig bestehender Abrechnungsgarantie der Krankenhäuser gegenüber den Krankenkassen darf es nicht länger geben.

Es besteht also umfassender Handlungsbedarf. Mit ein paar Korrekturen an Erlösausgleichssätzen ist es nicht getan. Die Grundfesten des bisherigen Krankenhausrechts (kollektivvertragliches Budget, Investitionsfinanzierung durch die Länder, Krankenhausplan, eigenständige Zulassungsregeln zur ambulanten Behandlung) müssen zur Disposition gestellt werden.

## 5.2 Qualitäts- und Preiswettbewerb für elektive Krankenhausleistungen

### 5.2.1 Abschied vom monolithischen Budget

Traditionell ist die Vergütung deutscher Krankenhäuser von einem monolithischen Budget bestimmt. Dies wird jährlich gemeinsam und einheitlich mit allen vor Ort relevanten Kassen verhandelt und bestimmt weitestgehend die ökonomische Situation des Hauses. Die Vergütung des einzelnen Krankenkassenfalles ist lediglich ein Abschlag auf die Finanzierung des Budgets. Gäbe es nicht die Vielzahl der Kostenträger, könnte man auch von einer (staatlichen) Stelle das Budget überweisen.

Durch den Übergang zu einer leistungsorientierten Vergütung löst sich dieses einheitliche Budget zunehmend auf. Die ökonomische Situation des Krankenhauses richtet sich künftig nach einer Vielzahl einzelner Budgets. Die Bestimmungsgrößen dieser Erlössvolumina, also Preis-Mengen-Vereinbarungen, hängen vom Ordnungsrahmen des jeweiligen Leistungsbereiches ab.

Unsere zentrale These für eine Neuordnung lautet: Krankenhausleistungen sind verschieden. Der künftige Ordnungsrahmen muss die Verschiedenheit der Krankenhausleistungen berücksichtigen. Er muss leistungsdifferenzierend sein.

Am augenfälligsten ist der Unterschied zwischen stationären und ambulanten („teilstationären“) Leistungen. Für ambulante Leistungen existiert ein eigenes Ordnungssystem, das sich vom stationären Sektor unterscheidet durch eine eigene Vergütungssystematik (EBM, Gesamthonorierung), eine eigene Zulassungssystematik (Bedarfsplanung) und auch durch eine anders organisierte Qualitätssicherung. Es bedarf der Diskussion, wie die ambulante Krankenhaustätigkeit mit der vertragsärztlichen Versorgung „harmonisch“ abgestimmt wird.

Auch stationäre Leistungen sind unterschiedlich. Der Ordnungsrahmen sollte unterscheiden, ob es sich um notfallähnliche Leistungen handelt, die quasi sofort in unmittelbarer Nähe des Versicherten zur Verfügung stehen müssen, oder ob es sich um Krankenhausfälle handelt, bei denen ein Krankenhaus ausgewählt werden kann. Exemplarisch stelle man sich die Versorgung mit elektiven Hüftendoprothesen vor. Hier besteht genügend Zeit, ein Krankenhaus zu wählen. Es gibt genug Krankenhäuser, die diese Leistung anbieten und der Eingriff ist so bedeutsam, dass viele Patienten auch eine größere Entfernung vom Wohnort in Kauf nehmen, um im Krankenhaus ihrer Wahl behandelt zu werden. Tendenziell wird der Ordnungsrahmen für Notfalleleistungen mehr Ähnlichkeit mit den Regelungen für den Rettungsdienst aufweisen. Der Ordnungsrahmen für elektive Leistungen wird mehr Ähnlichkeit mit der Rehabilitation haben.

Als weiterer Erlösbereich sind Zusatzleistungen und hier insbesondere die klassischen Wahlleistungen zu nennen: Einzelzimmerzuschlag und Chefarztbehandlung. Hier besteht bezüglich Preisgestaltung und Abrechnung ein Bereich, der traditionell außerhalb des Budgets verortet war und auch künftig gesonderten Regelungen unterworfen sein wird. Diskutiert werden muss allerdings, ob es jenseits der traditionellen Wahlleistungen einen gesondert zu regelnden Erlösbereich für Leistungen gibt, der Nicht-GKV-Leistungen umfasst. Schon immer gab es Krankenhausleistungen, wie z. B. die Schönheitsoperation, die außerhalb des Budgets



einen eigenständigen Erlösbereich darstellen. War dies bislang eher eine Randerscheinung, so könnte es sich um einen künftig wachsenden und daher eigenständig zu regelnden Bereich handeln. Zum einen wird ein Teil des wachsenden Wohlstands für ergänzende Leistungen im medizinischen Wellnessbereich verausgabt, zum anderen wird der Bereich privat zu finanzierender Leistungen durch weitere Einschränkungen des GKV-Leistungskataloges an Bedeutung gewinnen. Zumindest bedarf es einer öffentlichen Debatte, inwieweit die sog. IGeL-Angebote (individuelle Gesundheitsleistungen) des ambulanten Sektors künftig auch im stationären Sektor abgerechnet werden dürfen und welchen Regularien dieser Erlösbereich unterworfen sein sollte.

Als letzter quantitativ bedeutsamer, leistungsmäßig unterschiedlicher Bereich sei die integrierte Versorgung genannt.

Insgesamt ergeben sich statt des monolithischen Budgets fünf bedeutsame Erlösbereiche bzw. Teilbudgets, für die der künftige Ordnungsrahmen differenziert ausgestaltet sein sollte:

1. Notfallähnliche stationäre Leistungen
2. Elektive stationäre Leistungen
3. Ambulante Leistungen
4. Zusatzleistungen
5. Leistungen der integrierten Versorgung.

Im Folgenden werden nur die ersten drei näher diskutiert.

## 5.2.2 Ausschreibung von elektiven Krankenhausleistungen

Bliebe der jetzige Gesetzesrahmen unverändert, würden für elektive Krankenhausleistungen in jedem Bundesland einheitliche Vergütungen gezahlt – weder differenziert nach Krankenhäusern noch nach Krankenkassen. Mögliche Effizienzvorteile eines Hauses könnten nicht an die Beitragszahler weitergegeben werden.<sup>2</sup> Der Beitragswettbewerb der Krankenkassen wäre für diesen Bereich völlig funktionslos. Auf der anderen Seite hätten auch effiziente Krankenhäuser nicht die Chance, ihre Versorgungsleistungen durch attraktive Preisangebote an die Kassen auszuweiten. Im Endeffekt gibt es dann keinen Mechanismus zur Durchsetzung effizienter Häuser.

Zur wettbewerblichen Steuerung des Bereiches bedarf es einer Abkehr vom Einheitspreis. Ein effizientes Krankenhaus muss die Möglichkeit haben, seine Leistungen günstiger anzubieten und im Gefolge eine größere Menge mit den Krankenkassen vertraglich zu vereinbaren.

Eine radikale Wettbewerbsposition wäre die völlige Freigabe aller Preise. Es kann aber für den Bereich einer gesetzlichen Zwangsversicherung sinnvoll sein, Obergrenzen einzuziehen – und zwar nicht nur auf der Makroebene des künftig politisch festgesetzten Beitragssatzes, sondern auch auf der Mittelebene der Preis-

<sup>2</sup> Im Folgenden wird weiterhin von Beitragszahlern gesprochen, auch wenn nach dem GKV-WSG eine Differenzierung über die sog. kleine Prämie erfolgt, also präziser von „Prämienzahlern“ die Rede sein müsste.

entwicklung für Krankenhausleistungen. Dies hilft, den Umfang der Zwangsversicherung zu begrenzen und steigende Lohnnebenkosten zu vermeiden. Für elektive Krankenhausleistungen könnte eine solche Begrenzung realisiert werden, indem man Abweichungen vom Landesbasisfallwert lediglich nach unten erlaubt, der Landesbasisfallwert also einen Höchstpreis darstellt. Es käme dann zu einer Art Rabattwettbewerb unterhalb des Landesbasisfallwerts (Tuschen/Rau 2000, S. 386ff).

Für elektive Leistungen werden die Krankenhäuser in der künftigen Wettbewerbsordnung also kassenspezifische Preis-Mengen-Vereinbarungen mit den einzelnen Krankenkassen abzuschließen haben – ähnlich wie das heute schon im Bereich der Rehabilitation üblich ist. Die Zahl der bilateral zu verhandelnden Verträge wird sich wahrscheinlich durch Verhandlungsgemeinschaften von Kassen einerseits und durch Komplettverhandlungen für Krankenhausketten oder Krankenhausverbände reduzieren, sofern nicht im Einzelfall gegen Kartell- oder Vergaberecht verstoßen wird.

Da es sich beim Abschluss von Verträgen zur Leistungserbringung um Schlüsselselektiven für die ökonomische Situation von Kassen und Krankenhäusern handelt, wird man ein geordnetes Vergabeverfahren vorschreiben, um Willkür, Seitenzahlungen und ungerechtfertigte Benachteiligungen beim Marktzutritt zu vermeiden.

Die Struktur der kassenspezifischen Vereinbarungen sollte nicht näher geregelt werden. Es wird sich meistens um Verträge mit mengenabhängigen Preisen handeln, die ergänzende Regelungen zum Erlösausgleich und zur Qualitätssicherung haben können. Gesetzlich vorgegeben ist lediglich, dass alle Leistungen nach dem DRG-System abgerechnet werden und der Preis nicht höher als der Landesbasisfallwert sein darf.

Regelungsbedürftig sind die leistungs- und zulassungsrechtlichen Fragen. Eine Kasse hat nur dann Anlass, mit einem Krankenhaus größere Leistungsmengen zu vereinbaren, wenn auf der anderen Seite verhindert werden kann, dass die Versicherten in ungeschmälertem Umfang die anderen Krankenhäuser in Anspruch nehmen. Hierfür stehen verschiedene Optionen zu Verfügung:

1. Der Versicherte ist an die Krankenhäuser gebunden, mit denen seine Kasse einen Vertrag abgeschlossen hat. Es entsteht eine Situation, die dem ambulanten Bereich entspricht, wo der Versicherte nur „Kassenärzte“ in Anspruch nehmen kann.
2. Der Versicherte kann auch in andere Krankenhäuser, muss dann aber die Differenz (also den Rabatt) selber zuzahlen. Auch das jetzige Recht kennt eine ähnliche Regelung: „Wählen Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus, können ihnen die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden.“ (§ 39 Abs. 2 SGB V)
3. Der Versicherte kann gegen eine gesonderte Prämie einen Tarif seiner Krankenkasse wählen, der auch Krankenhausleistungen enthält, die nicht in „Ratbatthäusern“ erbracht worden sind.

Schränkt eine Kasse die Zahl der „Vertragshäuser“ zu sehr ein, dürfte dies durch Kassenwechsel der Versicherten geahndet werden.

Ein Bieterverfahren für stationäre Leistungen mag zunächst ungewohnt sein. Aber bei Ausschreibungen handelt es sich um ein sehr erfolgreiches, breit angewendetes Prinzip, das zunehmend auch im Gesundheitswesen Platz greift. Seit An-

fang des Jahres schreiben die Krankenkassen Rabattverträge für Arzneimittel aus und die Pharmaindustrie, die bisher durch Landschaftspflege im ärztlichen Bereich agierte, muss geordnete Rabatte anbieten, um entsprechende Mengensteigerungen zu erreichen.

Die Vorstellung, dass viele der Leistungen, für die es im alten Recht eine Abrechnungsgarantie gab, künftig zur Disposition gestellt und erst durch ein Bieterverfahren abgesichert werden, wird bei den Krankenhäusern nicht gerade Begeisterung auslösen. Man möge aber bedenken, dass die Entscheidungen, wer Leistungen erbringt, auch heute gefällt werden. Nur eben in einem wesentlich weniger transparenten Krankenhausplanungsprozess. Das Ausschreibungsverfahren bietet gerade für Häuser, denen die bisherigen Planungsentscheidungen und die strenge Budgetierung Fesseln anlegen, neue Möglichkeiten der Expansion.

Manche Befürchtungen relativieren sich möglicherweise auch, weil es nicht um eine Alles-oder-Nichts-Entscheidung geht. Die Kassen schreiben im Wettbewerbsbereich nicht gemeinsam aus, sodass es einem Krankenhaus in der Regel gelingen wird, mit einem Teil der Krankenkassen zu kontrahieren. Möglicherweise werden auch Tarife angeboten, die eine Kontrahierung mit allen Häusern vorsehen.

Ein möglicher Einwand gegen ein solches Rabattmodell lautet: „Ausschreibung führt zur Dominanz der Ökonomie und verschlechtert die medizinische Qualität.“ Richtig ist: Behandlungs- bzw. Ergebnisqualität muss Gegenstand der Ausschreibung sein, was – nebenbei bemerkt – weder in der Krankenhausplanung noch im Pflegesatzrecht bisher der Fall ist (vgl. Abschnitt 5.2.5).

Diskussionswürdig ist die Frage, ob die Ausschreibung elektiver Leistungen an Vorgaben gebunden ist und inwieweit die Einhaltung dieser Vorgaben wiederum Gegenstand staatlicher Aufsicht sein sollte. Unbekümmerte Wettbewerbsverfechter werden die Meinung vertreten, dass die Kassen schließlich im Wettbewerb stehen, dass also jede Verfehlung durch Kassenwechsel geahndet würde. Eine solche Betrachtungsweise ignoriert jedoch die Gefahren der Risikoselektion. Ein Beispiel: Eine Krankenkasse könnte die Ausschreibung so gestalten, dass wie zufällig Aidskranke keine adäquate Versorgung bekommen. Das würden die Aidskranke zwar mit Kassenwechsel ahnden. Es würde sich aber insgesamt positiv auf die Kassenfinanzen auswirken (sofern Aidskranke nicht entsprechend hoch im Morbiditätsausgleich berücksichtigt werden).

Damit Kassen in ausreichendem Maße ausschreiben und kontrahieren, ist es sinnvoll, Vorgaben für den Umfang der Versorgungsleistungen zu definieren, die die Kassen auszuschreiben und vertraglich zu vereinbaren haben. Die Kassen hätten also die Verpflichtung, in einem gesetzlich fixierten Umfang Leistungen einzukaufen. Das Einkaufsmodell würde dem Motto folgen: „Sagt den Kassen, wie viele Leistungen sie einkaufen müssen, aber schreibt ihnen nicht vor, bei welchem Krankenhaus sie kaufen.“

Die Vorgaben für die Einkaufsvolumina sollten auf Bundesebene vorgegeben werden, z. B. als Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses. Dabei könnten Daten verwendet werden, die im Rahmen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs zur Abschätzung der Finanzbedarfe genutzt werden. Falsch wäre es, die Vorgaben auf Landesebene zu definieren. Dies würde dazu führen, dass jedes Bundesland astronomisch hohe Vorgaben macht, weil die positiven Effekte für die Gesundheit, die Wirtschaftskraft und den Arbeitsmarkt in der Region entstehen,

das Gros des daraus resultierenden Finanzmehrbedarfs jedoch über die Mischkalkulation der bundesweiten Kassen länderübergreifend umgelegt würde (Neubauer et al. 2007, S. 65ff). Diese Vorgaben könnten z. B. folgende Struktur haben: „Für je 1 000 Versicherte in der Alters- bzw. Morbiditätsgruppe A hat die Krankenkasse Y Leistungen im Umkreis U vertraglich zu vereinbaren.“

### 5.2.3 Optionsmodell für Ausschreibungen

Die Ausschreibung von Elektivleistungen kann als obligatorisches Verfahren zu einem bestimmten Zeitpunkt (Synchronmodell) oder als prozesshafter Übergang mit optionalen Ausschreibungen (Optionsmodell) gestaltet werden. Bei der synchronen Variante würden zu einem bestimmten Zeitpunkt alle Kassen sämtliche Elektivleistungen ausschreiben. Beim Optionsmodell hätten die Kassen die Möglichkeit, ein Bieterverfahren zu eröffnen. Ohne erfolgreiche Vergabe bliebe jedoch alles „beim Alten“ (Ebsen et al. 2003). Beide Modelle hätten zur Voraussetzung, dass eine klar definierte Abgrenzung der auszuschreibenden Elektivleistungen existiert.

Klärungsbedürftig ist die Rolle des Krankenhausplanes. Ist der Zuschlag im Bieterverfahren erfolgt, so beschränkt sich die Abrechnungsverpflichtung der Kassen auf die Häuser, die im Bieterverfahren erfolgreich waren. Kann in einer Region eine Kasse den elektiven Operationsbedarf z. B. durch sieben der neun existierenden Häuser decken, so gäbe es bezüglich dieser Operationen keine Abrechnungsverpflichtung gegenüber den verbleibenden zwei Häusern. Diese könnten allerdings für andere Kassen (oder für einen anderen Tarif) durchaus weiter abrechenbare Leistungen erbringen. Es gilt also eine bedingte Kontrahierungspflicht für die Häuser im Krankenhausplan.

In einem weiter liberalisierten Modell könnten sich auch Häuser an der Ausschreibung beteiligen, die nicht im Krankenhausplan sind. Die Marktzugangsbarrriere „Krankenhausplan“ würde dann entfallen. Letztlich wäre der Krankenhausplan dann nur noch auf die Notfallversorgung zu beschränken.

Im Optionsmodell hätten die Krankenkassen die Möglichkeit auszuschreiben. Ohne Ausschreibung bliebe jedoch das herkömmliche System erhalten. Die Versicherten könnten also jedes Krankenhaus wählen und das Krankenhaus würde gemäß Landesbasisfallwert vergütet. Der „Rückfall“ auf geltendes Recht mit Kontrahierungspflicht würde auch dann gelten, wenn eine Krankenkasse ausschreibt, aber keine Angebote unterhalb des Landesbasisfallwertes bekommt.

Beide Modelle unterscheiden sich auch in der Verhandlungsstruktur. Im Synchronmodell würde das gesamte kollektive Verhandlungsgeschehen im Elektivbereich durch selektive Verhandlungen ersetzt. Die Mengenvereinbarungen und ggf. auch Erlösausgleiche würden bilateral festgesetzt. Beim Optionsmodell bleibt formal das kollektivvertragliche System bestehen, würde aber um die selektivvertraglichen Vereinbarungsmengen bereinigt. Eine Kasse, die im Optionsmodell selektivvertragliche Vereinbarungen getroffen hat, würde auch nach Ausgliederung der Leistungen nicht mehr an den kollektivvertraglichen Verhandlungen zum Elektivbereich teilnehmen. Die verbleibenden Kassen würden eine Art „Restbudget“ nach traditionellem Muster verhandeln. Beendet eine Kasse die „Rabattphase“, so wird sie wieder Teilnehmer des Kollektivvertragssystems.

Das hier dargestellte Optionsmodell hat eine gewisse Analogie zu neueren Regelungen für Arzneimittel sowie zur ambulanten ärztlichen Vergütung. Bei Arzneimitteln haben die Krankenkassen nach § 130 a Abs. 8 SGB V die Möglichkeit, Rabatte mit Arzneimittelherstellern zu vereinbaren. Dies kann z. B. als Ergebnis eines Ausschreibungsverfahrens für bestimmte Wirkstoffe geschehen. Führt das Ausschreibungsverfahren zu keinem Ergebnis, dann gelten die bisherigen „rabattfreien“ Preise und Versorgungsregularien. Die Regelung hatte zunächst wenig reale Auswirkungen. Durch das Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) wurde deshalb die Möglichkeit geschaffen, Leistungserbringer (in der Regel die verschreibenden Ärzte) an den Rabatten zu beteiligen (AVWG 2006, S. 984). Seit im GKV-WSG die Apotheker verpflichtet sind, die rabattierten Arzneimittel abzugeben (sofern aut idem nicht vom Arzt explizit ausgeschlossen), zeichnet sich eine breite Umsetzung der Rabattoption ab.

Auch die GKV-WSG-Regelungen für die besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V stellen eine Option für die Krankenkassen dar, bei der die einzelne Kasse selektive Verträge mit Leistungsanbietern über Teile der ambulanten (fachärztlichen) Versorgung vereinbaren kann. Die Vertragspartner der (kollektiven) Gesamtverträge haben die Gesamtvergütungen um den entsprechenden Betrag zu bereinigen.

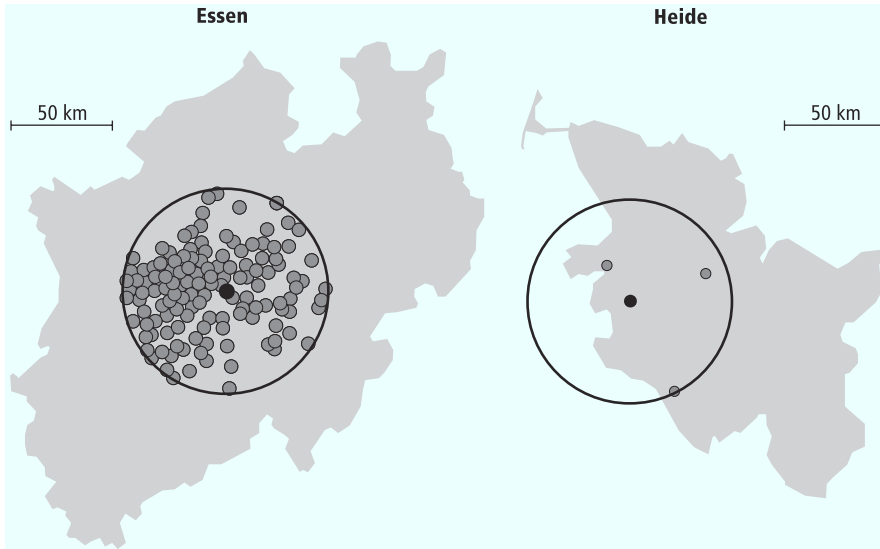
Der Blick auf die neuere Gesetzgebung im Arzneimittelbereich und zur Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen zeigt, dass das hier vorgeschlagene selektivvertragliche Ausschreibungsprinzip für elektive Krankenhausleistungen ein weiteres Anwendungsgebiet für den generellen Übergang von der kollektiv- zur selektivvertraglichen Steuerung im Gesundheitswesen ist.

Es bleibt anzumerken, dass eine Ausschreibung je nach Versorgungsregion unterschiedliche Auswirkungen entfalten wird. Dies gilt insbesondere in Bezug auf die Anzahl der im Wettbewerb stehenden Krankenhäuser mit bestimmten elektiven Leistungen. Exemplarisch vergleiche man die Region um Essen und um Heide in Holstein im Umkreis von 50 Kilometern hinsichtlich eines klassisch elektiven Eingriffs. Eine Abfrage im Krankenhausinformationssystem ([www.klinkkonsil.de](http://www.klinkkonsil.de)) ergibt, dass in der Region um Heide diese Leistung in vier Krankenhäusern, in der Region um Essen aber in 106 Häusern erbracht wird (Abbildung 5-2)<sup>3</sup>.

Es steht zu erwarten, dass sich im Bereich der Versorgung im Umkreis von Heide durch eine Ausschreibung dieser Leistung kaum etwas am derzeitigen Angebot ändern wird. In Essen hingegen könnte es durch ein Ausschreibungsverfahren zur Strukturierung der qualitativ und ökonomisch inakzeptablen Überversorgung kommen. Der klassischen Landesplanung ist dies offensichtlich nicht gelungen (Augurzky 2006, S. 182f).

3 Siehe [www.klinkkonsil.de](http://www.klinkkonsil.de), OPS „5-822 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk“ für 25746 Heide (Holst) bzw. 45127 Essen.

Abbildung 5–2  
 Krankenhäuser im 50-km-Umkreis von Essen und Heide, die Kniegelenk-Endoprothesen implantieren (OP-Schlüssel 5-822)



Quelle: Eigene Darstellung auf der Basis des Klinikkonsils

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

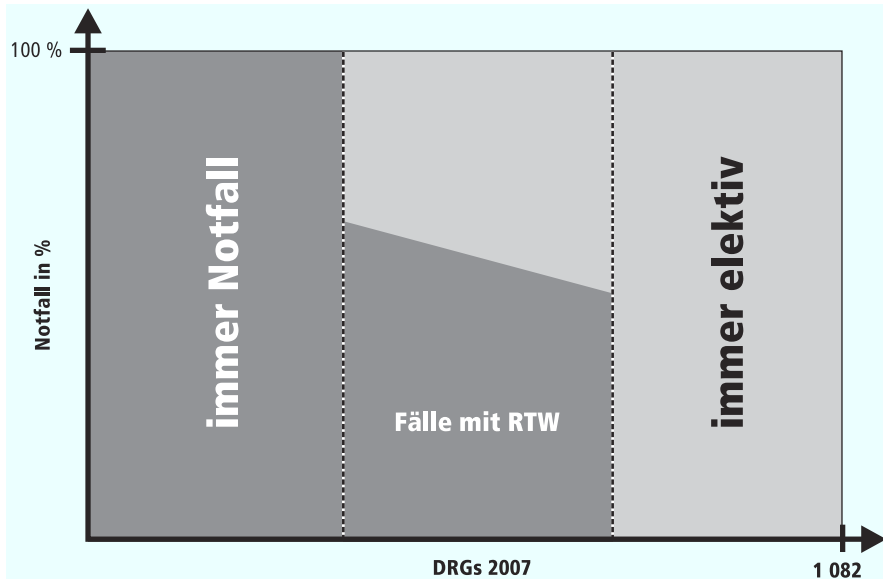
## 5.2.4 Abgrenzung des elektiven Fallspektrums

Im hier skizzierten Gesamtkonzept bedeutet die Trennlinie zwischen selektiven und notfallähnlichen Leistungen zugleich die Abgrenzung zwischen wettbewerblicher Steuerung und staatlicher Versorgungsplanung, wobei der wettbewerbliche Bereich auch stark von staatlichen Regularien durchdrungen ist. In einer sozialen Marktwirtschaft sind zunächst einmal alle Güter und Dienstleistungen dem Wettbewerb zugeordnet, sofern sie nicht eindeutig den „öffentlichen Gütern“ zuzurechnen sind, wie z. B. die Landesverteidigung. Entscheidendes Kriterium für die Eigenschaft eines öffentlichen Gutes ist die Nichtausschließbarkeit: Wenn keiner vom Nutzen ausgeschlossen werden kann, muss das öffentliche Gut gemeinschaftlich finanziert werden – andernfalls droht eine Unterversorgung, weil keiner allein zum Nutzen aller finanzieren möchte. Im Gesundheitswesen erfolgt die Nichtausschließbarkeit in der Regel als gesellschaftlich-ethischer Konsens: Wenn keiner von der Versorgung mit medizinischen Leistungen ausgeschlossen werden soll, gilt diese als gemeinschaftlich zu finanzierendes Gut. Für die Notfallversorgung besteht ein solcher Konsens: Keiner soll vor den Türen eines Krankenhauses zurückgewiesen werden, nur weil er der „falschen“ Krankenkasse angehört.

Zur Grenzziehung zwischen Leistungen, die dem Kassenwettbewerb zugeordnet werden sollen, und Leistungen, deren Zugang im Wesentlichen durch Landesplanung bestimmt wird, können neben dem Notfallcharakter auch noch andere Krite-

Abbildung 5-3

## Abgrenzung von Notfall- und Elektivleistungen



Quelle: Eigene Darstellung

Krankenhaus-Report 2007

WidO

rien diskutiert werden. Wir schlagen als weitere Einschränkungen vor, Leistungen mit starkem Potenzial zur Risikoselektion vom Kassenwettbewerb auszunehmen, wobei dieses Kriterium mit zunehmender Morbiditätsorientierung des Risikostrukturausgleichs an Bedeutung verliert. Außerdem sollten Leistungen im unmittelbaren Todesumfeld ebenfalls kassenübergreifend geregelt sein. Beide Kriterien sind schwierig in der Diskussion.

Die Grenzziehung zwischen elektiven Leistungen und Notfallleistungen wird in der Regel reflexartig und empört als völlig unmögliches Ansinnen zurückgewiesen. Schließlich seien ja massenhaft Krankheiten bekannt, die sowohl als elektiver Fall als auch als Notfall auftreten können. Eine solche Argumentation vernachlässigt allerdings, dass es sinnvoll sein kann, zwischen Tag und Nacht zu unterscheiden, auch wenn es bei Dämmerung ein veritables Zuordnungsproblem gibt. Fest steht, dass es einige klare Exponenten gibt: Der Schlaganfall wird selten elektiv sein, die Knieendoprothese bei Coxarthrose ist zweifelsfrei dem elektiven Bereich zuzurechnen. Für den Rest muss eine Grenze festgelegt werden.

Ergänzend kann für die Trennung der Leistungen in Notfall- und Elektivleistungen der Zugangsweg des Patienten ins Krankenhaus herangezogen werden. Eine Krankenhausleistung ist höchstwahrscheinlich dann eine Elektivleistung, wenn der Patient selbstständig ein Krankenhaus aufsucht. Wird der Patient mit dem Rettungstransportwagen gebracht, so ist die Leistung mit ziemlicher Sicherheit als Notfallleistung einzustufen. Hierzu bedarf es ggf. einer technischen Abrechnungsgrundlage sowie verbindlicher Kodierregeln. Das Modell stellt dann sicher, dass

für Leistungserbringer und Kostenträger immer offensichtlich ist, ob ein Abrechnungsfall eine Notfall- oder eine Elektivleistung ist.

Das Konzept funktioniert nur, wenn in jedem Einzelfall klar definiert ist, ob es sich um einen Not- oder einen Elektivfall handelt. Andernfalls wäre unklar, welcher Basisfallwert abzurechnen ist. Als ersten Aufschlag für eine wahrscheinlich längere Diskussion schlagen wir drei DRG-Bereiche vor (vgl. Abbildung 5–3):

1. DRGs, die immer als Notfall abgerechnet werden.
2. DRGs, die bei Nutzung eines Rettungstransportwagens als Notfall, sonst aber als Elektivfall abgerechnet werden.
3. DRGs, die immer als Elektivfall abgerechnet werden.

Für den mittleren Bereich kann es möglicherweise auch sinnvoll sein, DRGs in Not- und Elektivfälle zu splitten, was allerdings die Anzahl der DRGs weiter erhöhen würde.

Bevor die Abgrenzungsdebatte heiß läuft, sei darauf hingewiesen, dass es nicht darum geht, ob eine Leistung erbracht wird oder nicht. Es geht darum, welchem Ordnungsrahmen sie zugeordnet wird. Es kann durchaus sein, dass der staatlich geplante Versorgungsbereich sehr viel enger geschnitten ist. Ein Krankenhaus hat vielleicht im Bereich der Notfallversorgung keine „Zulassung“, ist aber durchaus in der Lage, Verträge über diese Leistungen abzuschließen, wenn sie dem wettbewerblichen Feld zugeordnet würde.

### 5.2.5 Qualitätssicherung der selektiven Leistungen

Damit der Preis nicht allein über die Auswahl der Krankenhäuser entscheidet, sollte Qualität Gegenstand der Ausschreibung sein. Es kommt deshalb darauf an, die Leistungen sowie die Behandlungs- und Ergebnisqualität sauber zu beschreiben, was ein tief in die medizinische Detaildiskussion führender Prozess ist. Eine der Herausforderungen wird es sein, die Ergebnisqualität aufwandsarm zu messen.

Die AOK und die Helios-Kliniken haben hierzu im März 2007 ein Qualitätssicherungssystem mit Routinedaten (QSR) der Öffentlichkeit vorgestellt (AOK-Bundesverband et al. 2007)<sup>4</sup>. In Zusammenarbeit des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (WIdO), des Forschungs- und Entwicklungsinstituts für das Sozial- und Gesundheitswesen Sachsen-Anhalt (FEISA) und der Helios-Kliniken wurden für eine Reihe von Krankheiten bzw. Therapien (Tracer) Ergebnisindikatoren definiert, die es erlauben, die Behandlungsqualität eines Krankenhauses zu messen. Die Qualitätsmessung geht dabei über den einzelnen Krankenhausaufenthalt hinaus und wertet z. B. Revisionsraten bei Endoprothesen aus. Auch Versichertenstammdaten werden als Indikator herangezogen und erlauben erstmals, Einjahresüberlebensraten nach bestimmten operativen Eingriffen auszuwerten. Zukunftsweisend dürften die drei Charakteristika des QS-Verfahrens sein: ergebnisorientiert, sektorübergreifend und aufwandsarm.

<sup>4</sup> Vgl. auch Kapitel 10 (Heller et al.) in diesem Krankenhaus-Report.



Das QSR-Instrumentarium ist bestens für die Qualitätssicherung in einem wettbewerblichen Umfeld geeignet. Dies hängt damit zusammen, dass das Fallspektrum optimal ist. Misst eine Krankenkasse mit ihren Daten allgemein die Qualität von Krankenhäusern, so wird sie dem Vorwurf mangelnder Repräsentativität ausgesetzt sein, weil die Ergebnisse ihrer Fälle nicht identisch mit dem Spektrum aller Fälle des Krankenhauses sind. Bei der Messung von Behandlungsqualität im Zusammenhang mit selektiven Verträgen verändert sich der Fokus grundsätzlich: Nicht mehr alle Fälle eines Krankenhauses sind von Interesse, sondern nur jene, die „Vertragsgegenstand“ sind. Die Kasse, die die Behandlungsqualität ihrer Versicherten optimieren will, muss die Qualität ihrer Krankenhausfälle messen. Jede Einbeziehung von Fällen anderer Kassen würde das Ergebnis verzerren. Die Beschränkung der Qualitätsmessung auf die eigenen Versicherten ist die optimale Fallabgrenzung.

Im selektivvertraglichen Umfeld lassen sich weit mehr QSR-Ansätze realisieren, als dies im kollektivvertraglichen Bereich möglich ist, ohne dass weitere gesetzgeberische Schritte oder mühsame Einigungen mit der Krankenhausgesellschaft notwendig wären. Bei der Anwendung des QSR-Instrumentariums im Zusammenhang selektiven Kontrahierens ist zwischen zwei Optionen zu unterscheiden:

1. QSR als Instrument des begleitenden Controllings
2. QSR als Instrument zur Vertragspartnerauswahl.

Im Falle eines begleitenden Controllings würde idealerweise die Entwicklung der Qualitätsindikatoren der selektivvertraglich vereinbarten Fälle der Qualitätsentwicklung einer Kontrollgruppe gegenübergestellt. Dabei können bei der Datenaufbereitung in der Krankenkasse auch Daten aus anderen Sektoren verwendet werden, um die Fallabgrenzung (Tracer) und die Risikoadjustierung zu verbessern oder aber um Ergebnisindikatoren aus Daten anderer Sektoren bzw. aus Versichertenstammdaten zu verwenden.

Im Falle der Vertragspartnerauswahl wird das QSR-Instrumentarium nicht im Sinne einer „Verlaufskontrolle“ verwendet, sondern dient als Entscheidungsinstrumentarium für die Auswahl von Krankenhäusern. So könnte eine Kasse bspw. vor Vertragsabschlüssen über Hüftendoprothesen im Rahmen von Komplexpauschalen diejenigen Krankenhäuser identifizieren, die bezüglich Re-TEP-Notwendigkeit die besten Werte oder zumindest einen vorgegebenen Standard garantieren. Solche vergleichenden Analysen sind dann in der Regel Teil eines internen Managementprozesses. Sie können aber auch als explizites Marketinginstrument transparent gemacht werden. Die Patienten und die Öffentlichkeit würden in diesem Fall am meisten profitieren.

Die Ausschreibungsverfahren könnten für die Qualitätssicherung einen ähnlichen Quantensprung bedeuten wie die Einführung von Fallpauschalen als Vergütungssystem. Auch bei den ersten Fallpauschalen 1995 und noch mehr bei der DRG-Einführung wurde ein angeblicher Qualitätsverlust prognostiziert. De facto ist erst durch die Fallpauschalen ein umfangreiches QS-System und vor allem eine weitergehende Qualitätstransparenz entstanden. Ohne DRGs gäbe es heute keinen brauchbaren Qualitätsbericht (Schulte-Sasse 2004, S. 163ff; Philippi 2006, S. 643ff).

## 5.2.6 Andere ordnungspolitische Konzepte

In der Diskussion um den ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 liegt inzwischen eine Reihe von Positionierungen vor, die sich schwerpunktmäßig mit dem Finanzierungsklassiker „Monistik vs. duale Finanzierung“ beschäftigen. Eine Erweiterung der Fragestellung findet sich in den Artikeln von Neubauer und Tuschen/Rau (Bundesministeriums für Gesundheit) im Vorfeld des Ideenwettbewerbs der B.-Braun-Stiftung (Neubauer 2006, S. 380ff; Tuschen/Rau 2006, S. 386ff; Bundesministerium für Gesundheit). Die bislang vorliegenden Konzepte lassen sich dabei inhaltlich in verschiedene Gruppen einteilen.

### Traditionalisten

Eher traditionelle Beschlüsse wurden von der 80. Gesundheitsministerkonferenz (GMK 2007) gefasst. Sie betont insbesondere die Letztverantwortung der Länder. Ernstzunehmende Ansätze in Richtung Kassenwettbewerb sind nicht erkennbar. Der Wettbewerb der Krankenkassen existiert im GMK-Konzept überhaupt nicht und der Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander soll sich im Wesentlichen auf die Qualitätsdimension beschränken. Die Länder sehen sich weiterhin uneingeschränkt in der Verantwortung für die Sicherstellung der Krankenhausversorgung als staatliche Aufgabe, ohne dass allerdings die notwendigen Finanzmittel bereitgestellt werden. Die Detailtiefe der Krankenhausplanung soll zugunsten einer Rahmenplanung zurückgeführt werden. Zur Umstellung auf die monistische Finanzierung gibt es keine einheitliche Länderpositionierung. Sofern sie angestrebt wird, ist ein Übergangszeitraums von 10 bis 15 Jahren vorgesehen.

Die gesetzlichen Krankenkassen haben bislang keinen gemeinsamen Vorschlag zum ordnungspolitischen Rahmen für die Krankenhausfinanzierung veröffentlicht. Der Verband der Angestelltenkrankenkassen, die Knappschaft, die landwirtschaftlichen Krankenkassen und die Private Krankenversicherung favorisieren in einem gemeinsamen Papier ein eher konservatives Modell, in dem in sehr begrenztem Umfang Wettbewerb der Krankenkassen im Bereich der elektiven Leistungen vorgesehen ist (VdAK 2007). Ein umfassender Einstieg in den Kassenwettbewerb zeichnet sich nicht ab. Das bestehende kollektivvertragliche Modell für stationäre Krankenhausleistungen wird in seinen Grundzügen bekräftigt.

Neben diesen Konzepten gibt es insbesondere von Seiten der Leistungserbringer Positionspapiere, die sich noch deutlicher als die eben genannten am Status quo orientieren. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft favorisiert bspw. ein Modell, das sich im Wesentlichen an der derzeitigen Ausgestaltung des Ordnungsrahmens orientiert (DKG 2007). Nennenswerte Änderungen werden nicht gefordert. Die konsequente Weiterentwicklung des DRG-Fallpauschalensystems hin zu einem leistungsorientierten Festpreissystem sowie der Übergang zur Monistik unter der Voraussetzung der gleichzeitigen Auflösung des Investitionsstaus stehen im Zentrum des Modells. Wettbewerb beschränkt sich auf „Qualitätswettbewerb“ bei gleichzeitiger Abschaffung der Grundlohndeckelung.

Auch der bei der DRG-Einführung eher innovationsfreundliche Verband der privaten Krankenhausträger (BDPK 2007) favorisiert, wie die Bundesärztekammer (BÄK 2007), ein strukturkonservatives Modell, das im Wesentlichen darauf abzielt, mehr finanzielle Mittel für die stationäre Versorgung zu gewinnen. Das

Modell des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken (BDPK) geht darüber hinaus detailliert auf die Investitionskostenförderung ein. Selektivvertragliche Lösungen und die damit verbundene Einschränkung des Kollektivvertragssystems – auch nur für Teilbereiche des Leistungsspektrums der Krankenhäuser – werden strikt abgelehnt.

### Reformer

Daneben gibt es eine Reihe weitergehender Ansätze, die sich besonders durch einen stärkeren Wettbewerbsbezug auszeichnen. Neben dem hier hinreichend beschriebenen Konzept der AOK verfolgt auch die Techniker Krankenkasse ein eigenes Konzept, das über die Vorstellungen des Verbandes der Angestelltenkrankenkassen hinausgeht. Kernbereich ist – wie im AOK-Konzept – die Trennung der Krankenhausleistungen in Notfall- und Elektivleistungen. Es begrenzt den Wettbewerb der Krankenkassen aber ex ante auf ca. 10 bis 15 Prozent der elektiven Leistungen. Im Gegensatz zum AOK-Modell werden keine Höchstpreise für elektive Leistungen gefordert, sondern Richtpreise, was sich möglicherweise dadurch erklärt, dass für Versicherte im Grenzbereich zur PKV „Zusatztarife“ möglich gemacht werden sollen (TK 2007). Ein Plädoyer für Qualitäts- und Preiswettbewerb für elektive Leistungen findet sich auch bei Neubauer (2007, S. 250).

Der Sachverständigenrat für Gesundheit beschäftigt sich in seinem Gutachten 2007 „Kooperation und Verantwortung“ (SVR 2007) eingehend mit der Frage einer monistischen Finanzierung der Investitionen. Dabei steht nicht die Frage im Vordergrund, ob, sondern wie und wann ein Übergang auf die Monistik erfolgen sollte. In Bezug auf das DRG-Fallpauschalensystem spricht sich der Rat zunächst für eine Weiterentwicklung als Festpreissystem aus, regt aber auch eine Fortentwicklung hin zu einem selektivvertraglichen Höchstpreissystem für elektive Leistungen (Ziffer 561ff) – mit parallel durchgeführter Begleitforschung zu dessen Auswirkungen – an. Notfallleistungen sollten auch zukünftig im kollektivvertraglichen Rahmen erbracht werden.

### Die Position des Bundesgesundheitsministeriums

Das zweiseitige Eckpunktepapier des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) orientiert sich stark an den wettbewerblich orientierten Konzepten. Auch hier wird eine Zweiteilung der Leistungen in „planbare und hochstandardisierbare“ Leistungen einerseits (quasi elektiv) und Notfälle andererseits vorgeschlagen. Elektive Leistungen sollen selektivvertraglich vereinbart werden dürfen. Hierzu soll auf Ebene der Selbstverwaltungspartner ein Katalog „planbarer und standardisierbarer“ Leistungen entwickelt werden. Der Kontrahierungszwang bleibt allerdings de facto erhalten, da Patienten auch weiterhin ohne finanzielle Nachteile jedes Krankenhaus unabhängig von geschlossenen Verträgen mit den Krankenkassen aufsuchen dürfen. Diese Einschränkung wird den geplanten Wettbewerb allerdings deutlich dämpfen, wenn nicht gar ganz ausschließen.

Die BMG-Autoren gehen offensichtlich davon aus, dass sich Wahltarifmodelle der Krankenkassen herausbilden. Dies wird jedoch nur dann geschehen, wenn für die Krankenkassen der Rabatt mindestens so groß ist wie die Summe der Einschreibungskosten, der Rabattweiterreichung an die Gruppe der eingeschriebenen Versicherten und der Kosten der Substitution der abgezogenen Leistungen in den Nicht-

Vertragskrankenhäusern.<sup>5</sup> Zudem reduziert sich die Zahl der potenziell steuerbaren Versicherten durch das Vorschalten einer Einschreibung und damit die erzielten Rabatt- und Steuerungswirkungen enorm. Wer sich ein wenig mit der Kalkulation von Wahlтарifen beschäftigt, kommt alsbald zu dem Ergebnis, dass selektive Verträge ohne Einschränkung des Kontrahierungszwangs lediglich zu einer Art von Zusatzversicherung führen, also zu Wahlтарifen, die der Vertrieb nutzt, um gute Risiken an die Kasse zu binden. Eine Effizienzerhöhung im „Basisbereich“ wird es nur bei Einschränkung der Kontrahierungspflicht geben.

Zusammenfassend zeigt sich, dass dem Feld der strukturkonservativen Traditionalisten eine Reihe von wettbewerbsorientierten Reformern gegenübersteht. Gemeinsam ist den Reformansätzen die Einführung von Kassenwettbewerb mit selektiven Verträgen in einem definierten Leistungsspektrum. Einigkeit besteht auch darüber, dass die Notfallversorgung nicht Teil des Wettbewerbs sein soll. Bezüglich des Volumens der wettbewerblichen Leistungen bestehen unterschiedliche Einschätzungen. Die versicherungsrechtlichen Konsequenzen sind nicht in allen Konzepten sauber durchdekliniert.

## 5.3 Grundzüge eines nach Leistungen differenzierenden Ordnungsrahmens

### 5.3.1 Vollendung der Konvergenz und kontinuierliche DRG-Weiterentwicklung

Die wettbewerbliche Neuordnung für elektive Krankenhausleistungen ist das zentrale Anliegen dieser Erörterung. Wie in Abschnitt 5.1 gezeigt wurde, besteht aber auch unabhängig davon Regelungsbedarf. Zentral ist zunächst die Vollendung der Konvergenz. Die derzeit im Gesetz vorgesehene gesetzliche Regelung<sup>6</sup> einer sofortigen Absenkung auf den Landesbasisfallwert ist für den Zweck der Beendigung der DRG-Konvergenzphase 2009 zwar prinzipiell geeignet, aber in der Frage der tatsächlichen Umsetzung als unrealistisch einzustufen. Vielmehr sollte man die bisherige Konvergenzphase fortführen, bis alle Krankenhäuser das einheitliche Niveau des Landesbasisfallwertes erreicht haben. Krankenhäuser sollten zu diesem Zweck ab 2010 weiter mit konstant 25 Prozent auf den Landesbasisfallwert konvergieren. Einer Fortführung der Kappingsregelung bedarf es nicht.

Das DRG-System mit seinen vielen ergänzenden Vergütungsregelungen benötigt keine grundsätzliche Korrektur. Auch nach 2009 sollte man weiter eine Regelung anbieten, bei der sich Krankenhäuser oder Teile von Krankenhäusern zeitlich befristet als *besondere Einrichtung* nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG einstufen lassen können, sofern Leistungen mit den Entgeltkatalogen und Zusatzentgelten noch nicht sachgerecht vergütet werden. Wie bereits heute sollte die Definition ei-

<sup>5</sup> Unter den Kosten der Substitution kann das Volumen umgesteuerter Fälle verstanden werden.

Zum Teil handelt es sich hierbei auch um induzierte, aber nicht indizierte Leistungen.

<sup>6</sup> Vgl. § 4 Abs. 12 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG).

ner besonderen Einrichtung eng an die Entwicklung des DRG-Fallpauschalenkatalogs gebunden sein. Inwieweit die weiteren bestehenden Öffnungsklauseln dagegen noch eine Berechtigung haben, sollte kritisch überprüft werden (bspw. hochspezialisierte Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 2 a des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)).

Die bislang existierenden *Zu- und Abschlagstatbestände* des § 17 b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind prinzipiell ausreichend. Soweit allgemeine Krankenhausleistungen nicht in die DRG-Finanzierung einbezogen werden können, weil der Finanzierungstatbestand nicht in allen Krankenhäusern vorliegt, sind bundeseinheitliche Regelungen für Zu- oder Abschläge zu vereinbaren. Die Sicherstellungs- und Notfallzuschläge müssen allerdings in dem hier vorgestellten Konzept grundsätzlich überarbeitet werden.

Die von der Anwendung des DRG-Systems ausgenommenen Bereiche der *Psychiatrie sowie Einrichtungen für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin* (§ 17 b Abs. 1 Satz 1 KHG) bleiben auch über 2009 von der Anwendung des DRG-Systems ausgenommen. Eine Anwendung des DRG-Systems auf die genannten Bereiche ist zwar nicht unmöglich, bedarf aber einer langfristigen Vorbereitung und sollte aus diesem Grund nicht parallel verfolgt werden (Maylath 2000, S. 633ff).

Die Basis des stationären Abrechnungsgeschehens sollte auch weiterhin die bundesweite Leistungsdefinition und -bewertung durch den DRG-Katalog in seiner bisherigen Form bilden. Die so geschaffenen Leistungsdefinitionen (DRGs und Zusatzentgelte) sind ein wichtiges Element der Transparenz und des zukünftigen Wettbewerbs. Auch der jährliche Anpassungszyklus sollte durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) über 2009 hinaus beibehalten werden. Wünschenswert wäre allerdings etwas mehr Systemstabilität.

Das Verfahren zur zeitnahen Überführung neuer medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in das DRG-System (sog. NUB-Verfahren) sollte ebenfalls in seiner bisherigen Form beibehalten werden. Die Erfahrung der letzten Jahre zeigt, dass die Anzahl der beantragten Methoden – anders als die Zahl der antragstellenden Krankenhäuser – weiter zurückgeht. Dies spricht für eine weitgehend zeitnahe Berücksichtigung medizinischer Innovationen im DRG-System. Darüber hinaus stellt das NUB-Verfahren eine wichtige Informationsquelle für die Weiterentwicklung des DRG-Systems durch das InEK dar.

### 5.3.2 Landes- oder Bundesbasisfallwert

Die Frage, ob statt des Landesbasisfallwertes ein Bundesbasisfallwert eingeführt werden sollte, erfreut sich großer Beliebtheit. Sie ist jedoch für das hier dargestellte Wettbewerbskonzept von nachrangiger Bedeutung. Wahrscheinlich werden auch nach 2009 die Landesbasisfallwerte vorerst erhalten bleiben. Die Krankenkassen werden die Vereinheitlichung so lange nicht befürworten, wie die ausgabenneutrale Angleichung nicht garantiert ist. Einer Anhebung des Basisfallwertes bspw. von Schleswig-Holstein müsste eine im Ausgabevolumen entsprechende Absenkung des Berliner Basisfallwertes gegenüberstehen. Basisfallwertdifferenzen sind zudem ökonomisch begründbar und durchaus sinnvoll im Sinne regionalisierter Gesundheitspolitik oder bei der Berücksichtigung des Lohnniveaus. Im Übrigen wären mit der Schaffung eines Bundesbasisfallwertes nicht nur Umverteilungswirkungen zwi-

schen den Krankenhäusern, sondern erneute Umverteilungen zwischen regionalen Krankenkassen verbunden. Nicht von der Hand zu weisen ist das Argument, dass im Risikostrukturausgleich bundesweit die gleiche Summe je Versicherten zur Verfügung gestellt wird, was tendenziell mit einem bundesweit gleichen Ausgabenniveau korrelieren würde.

### 5.3.3 Traditionelle Sicherstellung der Notfallversorgung

Im Bereich der Notfallversorgung bleibt das Steuerungsinstrumentarium weitgehend traditionell. Da es sich quasi um ein öffentliches Gut handelt, gelten kassenübergreifend einheitliche Preise. Die Leistungen sind im DRG-System abgebildet und es gilt als Vergütungshöhe der Landesbasisfallwert. Die Verhandlungen über die Leistungsstruktur im Einzelnen erfolgen nach wie vor kollektivvertraglich.

Gegen die Verwendung des Landesbasisfallwerts wird von Seiten der Kostenträger vorgebracht, dass die generelle Anwendung des Landesbasisfallwerts denjenigen Krankenhäusern „Windfallprofits“ erlaubt, deren Aufwand zur Erbringung der Leistungen unter dem Landesbasisfallwert liegt. Die Krankenversicherung könnte günstiger sein, wenn diese Gewinne hausspezifisch weitergegeben werden. Wir schlagen vor, beim einheitlichen Basisfallwert zu bleiben – auch wenn dadurch Gewinne auf Krankenseite entstehen. Die hausspezifische Verhandlung würde zurück in die Zeit der Selbstkostendeckung führen. Kassenverhandler würden sich in die Kostenrechnung der Krankenhäuser einmischen, statt Leistungen zu verhandeln und die Versorgung sicherzustellen.

Problematischer ist der Einwand, dass die Notfallversorgung immer dann nicht sichergestellt ist, wenn die „Produktionskosten“ eines Hauses dauerhaft über dem Landesbasisfallwert liegen und auch Trägerzuschüsse nicht zur Sicherstellung der Notfallversorgung ausreichen. Dies ist der in Abschnitt 5.1.2 beschriebene Fall: Der Krankenhausplan garantiert bei einheitlicher Vergütung die Versorgung nicht mehr. Will man die Versorgung im geplanten Umfang erhalten, dann muss in diesem Fall eine staatliche Defizitdeckung erfolgen oder aber eine Art von Sicherstellungszuschlag greifen.

Der Sicherstellungszuschlag darf natürlich nicht in die alte Welt der Selbstkostendeckung führen, in eine Situation also, in der jedes Krankenhaus mit Verweis auf seine Kosten eine Zusatzfinanzierung einfordern kann. Es muss vor der Finanzierung eines Zuschlags immer gefragt werden, ob die Sicherstellung nicht ohne (oder mit einem geringeren) Zuschlag durch ein anderes Haus oder durch einen neuen Investor erfolgen kann. Es muss das Prinzip gelten: Kein Zuschlag ohne Ausschreibung.

Das Grundprinzip, vor die Zuschlagsfinanzierung eine Prüfung zu setzen, ob andere Krankenhäuser die Funktion übernehmen können, findet sich übrigens schon in der Formulierung des bestehenden Sicherstellungszuschlags. § 17b KHG Satz 7 spricht – etwas verklausuliert – davon, dass bei Landesvorgaben zum Sicherstellungszuschlag „die Interessen der anderen Krankenhäuser“ zu berücksichtigen sind.

Ein Krankenhaus würde für die Notfallversorgung also nur dann einen Sicherstellungszuschlag erhalten können, wenn zuvor diese Versorgungsleistung ausgeschrieben worden wäre. Es kann im Einzelnen noch diskutiert werden, ob diese Ausschreibung vom Land durchzuführen wäre oder ob dies durch die Krankenkas-

sen gemeinsam auf Landesebene zu erfolgen hätte. Da es um einen Zuschlag geht, den überwiegend die Krankenkassen zu zahlen haben, wäre Letzteres angezeigt. Da andererseits auch die Verwendung staatlicher Mittel betroffen ist, könnte das Krankenhausrecht eine gemeinsame Verfahrensdurchführung vorsehen – mit Regeln allerdings, die es keinem der beiden Partner erlaubt, das Verfahren aus welchen Gründen auch immer zu verzögern. Damit alle Beteiligten ein gleichgerichtetes Interesse haben, sollte die Zuschlagszahlung von der vorherigen Durchführung des Verfahrens abhängig gemacht und zeitlich befristet sein (keine Fortwirkungsklausel).

Neben der Vergütung bliebe auch der Grundsatz erhalten, dass die Struktur der Notfallversorgung Gegenstand eines staatlichen Planungsverfahrens ist.

### 5.3.4 Die Rolle der Bundesländer

Die frustrane Debatte über die mangelnden Mitspracherechte der Krankenkassen bei der Krankenhausplanung soll hier nicht weitergeführt werden. Es wird hingegen vorgeschlagen, die traditionelle Krankenhausplanung der Bundesländer ab 2009 auf den Bereich der Notfallversorgung zu beschränken. Die gesamte Landesförderung steht ausschließlich für den Bereich der notfallähnlichen Leistungen zur Verfügung. Würde man sie im Bereich der elektiven Leistungen fortführen, so besteht die Gefahr, dass Zuwendungen an Krankenhäuser fließen, die im Ergebnis des Ausschreibungsverfahrens gar nicht an der Versorgung teilnehmen.

Bei Notfalleleistungen ergibt es wenig Sinn, eine Förderung an der Maßgröße „Bett“ zu orientieren. Hier sollte es durch Rückgriff auf die Vergütungssysteme zeitgemäßere Lösungen geben (z. B. Casemix). Wichtig wäre, dass die Förderung nicht an Investitionsvorhaben gebunden ist. Das richtige Mischungsverhältnis zwischen Betriebskosten sowie kurz- und mittelfristigen Anlagegütern sollte vom Krankenhausmanagement bestimmt werden. Die Investitionsquote darf nicht von der Haushaltslage der Länder abhängen.

Die Sicherstellung der flächendeckenden Notfallversorgung ist von der Sicherstellung einer wohnortnahen Grundversorgung abzugrenzen. Geht es bei der wohnortnahen Grundversorgung in großen Teilen auch um elektive Leistungen, so beinhaltet die wohnortnahe Versorgung mit Notfalleleistungen lediglich solche Eingriffe, die überwiegend zeitkritisch einer Versorgung bedürfen.

Die Funktion der Bundesländer bei elektiven Leistungen beschränkt sich auf die Festlegung der Versorgungsbezirke sowie die Aufsicht über die Krankenkassen, damit diese die bundesweiten Vorgaben zum Abschluss von Versorgungsverträgen einhalten. Der Charakter der Krankenhausplanungsbehörden würde sich im Elektivbereich – überspitzt formuliert – von einer Baubehörde zu einer Verbraucherschutzbehörde ändern.

Im Elektivbereich werden also die bisherigen Krankenhauspläne mit detaillierten Vorgaben über Fachabteilungen und Betten durch bundeseinheitliche Vorgaben über das vertraglich abzusichernde Versorgungsvolumen bei gleichzeitiger Kontrolle durch die Bundesländer ersetzt.

### 5.3.5 Vereinbarungsprinzip für ambulante Krankenhausleistungen

Wie in Abschnitt 5.1.5 geschildert, sind mit der Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung ordnungspolitische Handlungsnotwendigkeiten entstanden, die eine Neuordnung der ambulanten Leistungen an Krankenhäusern berücksichtigen müssen. Auch bei den ambulanten Krankenhausleistungen ist – analog der vollstationären Krankenhausbehandlung – eine Trennung in kollektive und selektive Verhandlungen vorzunehmen. Dabei ist das Vereinbarungsprinzip sowohl auf den selektivvertraglichen als auch auf den kollektivvertraglichen Leistungsbe- reich anzuwenden. Eine mengenmäßig unbeschränkte Abrechnungsgarantie der Leistungserbringer gegenüber der Krankenkasse, wie derzeit bei den Leistungen nach §§ 115b, 116b SGB V, darf es nicht länger geben.

Solange es sich um hochspezialisierte Leistungen, die Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen handelt (das Gros der Leistungen nach § 116b SGB V), sollten kollektivvertragliche Regelungen gelten. Weder eignen sich diese Leistungen für einen vertraglichen Wettbewerb um für Krankenkassen „schlechte“ – weil teure – Risiken, noch bietet das Vertragsvolumen ausreichend hohe Fallzahlen für einen effizienten Vertragswettbewerb. Da der Umfang der Krankheiten im künftigen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich beschränkt ist, bleibt der Anreiz zur Risikoselektion so groß, dass ein kollektivvertragliches System greifen sollte.

Eine selektive Vertragsgestaltung hingegen bietet sich für die meisten ambulanten Krankenhausoperationen (§ 115b SGB V) an. Hier gibt es auch ausreichend hohe Fallzahlen (z. B. Kataraktoperation). Zusätzlich entfalten mögliche Wahlverträge sofort substitutive Wirkung bei den stationären Fallzahlen.

## 5.4 Der Ordnungsrahmen im Überblick

Wie im Einzelnen dargestellt wurde, sollte der künftige Ordnungsrahmen nach Leistungen differenziert sein. Tabelle 5–1 gibt einen Überblick der wichtigsten Krankenhausleistungen, die von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden (keine Darstellung von Zusatz- und Wahlleistungen).

Die Vergütung stationärer Leistungen erfolgt nach der DRG-Systematik – unabhängig davon, ob es sich um Notfall- oder Elektivleistungen handelt. Für die Vergütungshöhe ist der kassenartenübergreifend verhandelte Landesbasisfallwert die wesentliche Bestimmungsgröße: Für Elektivleistungen bildet der Landesbasisfallwert eine Obergrenze, die im Rahmen von kassenspezifischen Ausschreibungsverfahren unterschritten werden kann. Für Notfallleistungen kann der Landesbasisfallwert durch einen Zuschlag ergänzt werden, wenn die Sicherstellung nicht anders gewährleistet werden kann und dies durch Ausschreibung nachgewiesen wurde.

Für ambulante Leistungen gilt die gleiche Vergütungssystematik wie im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung (EBM). Die ambulanten Leistungen umfassen auch jene Leistungen, die bislang unter dem irreführenden Rechtsbegriff „teilstationär“ Bestandteil des Krankenhausbudgets waren. Ob als Vergütung wie bereits



Tabelle 5–1

**Ordnungsrahmen für Krankenhausleistungen im Überblick**

Bereich	stationär		ambulant	
	Notfall	elektiv	kollektiv	selektiv
<b>Vergütungssystem</b>	DRG		EBM und ...?	
<b>Vergütungshöhe</b>	LBFW	Rabatt vom LBFW	verhandelt	
<b>Kontrahierungspflicht</b>	ja	nein, aber Volumen fest	ja, Volumen fest	nein, Volumen fest
<b>Preisverhandlung</b>	gemeinsam	je Kasse	gemeinsam	je Kasse
<b>Landesplanung</b>	ja	je nach Modell	nein	nein
<b>Landesförderung</b>	ja	nein	nein	nein

Quelle: Eigene Darstellung

Krankenhaus-Report 2007

WldO

heute für eine Vielzahl der ambulanten Leistungen des Krankenhauses der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) ausreicht oder ob ergänzende Vergütungspositionen geschaffen werden müssen, wird noch zu klären sein.

Im Bereich der Notfallversorgung besteht für alle Kassen Kontrahierungspflicht. Es gibt also eine Abrechnungsverpflichtung der Krankenkassen. Bei der Elektivversorgung hingegen haben die Kassen lediglich Kontrahierungspflicht gegenüber den Krankenhäusern, die nach Ausschreibungsverfahren einzelvertraglich gebunden wurden.

Die Bundesländer konzentrieren ihre Planungs- und Fördertätigkeit im Wesentlichen auf den Notfallbereich. Im Bereich der ambulanten Krankenhausleistungen haben sie keine tragende Funktion.

Natürlich bedient ein solcher differenzierter Ordnungsrahmen nicht alle Einkommensphantasien der Krankenhäuser. Er berücksichtigt vielmehr, dass auch in wohlhabenden Industriestaaten begrenzte Ressourcen für die Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehen. Im Unterschied zum jetzigen System erlaubt der vorgeschriebene Ordnungsrahmen aber dynamisches Wachstum für effiziente Krankenhäuser. Es gibt keine strukturkonservierende Fortschreibung des Status quo, sondern einen geordneten Wettbewerb mit willkürfreier Ausschreibung und Kontrahierung.

Es besteht eine gewisse Hoffnung, dass die nächste Diskussion über den Ordnungsrahmen nicht ganz so konsequenzenlos bleibt wie die Diskussion über Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung in den letzten dreißig Jahren. Die neue DRG-Vergütungssystematik, die die Selbstkostendeckung endgültig durch eine leistungsorientierte Vergütung ersetzt, wird einen fundamentalen Wandel herbeiführen. Da der Krankenhausplan – wie oben gezeigt wurde – keine Versorgung mehr sicherstellt und die Länderförderung längst keine ausreichende Investitionsfinanzierung mehr garantiert, ist eine fundamentale Reform des Krankenhausgesetzes von 1972 unausweichlich. Die oben vorgeschlagene Konzentration landesplanerischer Tätigkeit auf den Notfallbereich ist gleichermaßen im Interesse der Bundesländer, im Interesse der Krankenkassen und im Interesse dynamisch fortschreitender Krankenhäuser.

## 5.5 Literatur

- AOK-Bundesverband (Hrsg). Landesbasisfallwerte. Bonn 2006. Abrufbar unter [www.aok-gesundheitspartner.de](http://www.aok-gesundheitspartner.de).
- AOK-Bundesverband (Hrsg). Presseseminar „DRGs – Wie geht es weiter ab 2007?“ Bonn 2003. Abrufbar unter [www.aok-gesundheitspartner.de](http://www.aok-gesundheitspartner.de).
- AOK-Bundesverband, FEISA, Helios Kliniken, WiDO. Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten (QSR) – Abschlussbericht. Bonn 2007.
- Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) vom 26.04.2006, BGBl I; 984.
- Augurzky B. Effizienzsteigerung durch Schließen von Kliniken? Die Ersatzkasse 2006, 5: 182f.
- Bundesärztekammer (BÄK). Vorläufige Stellungnahme der Bundesärztekammer vom 04.07.2007 zum Diskussionsentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit: „Eckpunkte für den ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009“. Abrufbar unter [www.bun- desaerztekammer.de](http://www.bun- desaerztekammer.de).
- Bundesministerium für Gesundheit. „Eckpunkte für den ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009“.
- Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK). „Modell 21 – Regionale monistische Finanzierung – Krankenhäuser gesund zukunftsfähig machen“. Abrufbar unter [www.bdpk.de](http://www.bdpk.de).
- Cassel D, Ebsen I, Greß S, Jacobs K, Schulze S, Wasem J. Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vorschläge für kurzfristig umsetzbare Reformschritte – Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes, Juli 2006. Abrufbar unter [www.uni-essen.de](http://www.uni-essen.de).
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG). „Konzept für die Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens ab dem Jahr 2009“. Abrufbar unter [www.dkgev.de](http://www.dkgev.de).
- Ebsen I, Greß S, Jacobs K, Szecsenyi J, Wasem J. Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung – Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. März 2003. Abrufbar unter [www.wido.de](http://www.wido.de)
- Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22.12.1999. BGBl I; 2626.
- Held M, Leber WD, Wolff J. Ambulantes Operieren neu geregelt – Dreiseitiger Vertrag im Schiedsamt entschieden. führen und wirtschaften im Krankenhaus 2005, 3: 256ff.
- Herrmann C. Monistik ante portas – Notwendigkeiten und Wege des Umstiegs auf eine effizienzorientierte Krankenhausfinanzierung. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2006. Stuttgart: Schattauer 2007; 101ff.
- Leber WD. Krankenhausplanung in Zeiten des Wettbewerbs. führen und wirtschaften im Krankenhaus 2003, 2: 185ff.
- Leber WD. Refinanzierung ambulanter Klinikleistungen. Krankenhaus Umschau 2005; 3: 232ff., abrufbar unter [www.aok-gesundheitspartner.de](http://www.aok-gesundheitspartner.de).
- Leber WD, von Stackelberg JM. Der ordnungspolitische Rahmen für ambulante Krankenhausleistungen. In: Rebscher H (Hrsg). Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung. Heidelberg: Hüthig Jehle Rehm 2006; 700ff.
- Maylath E. DRGs in der psychiatrischen Krankenhausfinanzierung am Beispiel Ungarns. Ein Modell für Deutschland? Das Gesundheitswesen 2000, Vol. 62; 12: 633ff.
- Neubauer G. Der Gesetzgeber will selektive Versorgungsverträge. führen und wirtschaften im Krankenhaus 2007; 3: 250.
- Neubauer G. Krankenhausvergütung 2009: Fest oder Wettbewerbspreise? Der Wettbewerb ist unteilbar. führen und wirtschaften im Krankenhaus 2006; 4: 380ff.
- Neubauer G, Beivers A, Minartz C. Marktwandel und Sicherstellung der regionalen Krankenhausversorgung. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H. (Hrsg). Krankenhaus-Report 2006. Stuttgart: Schattauer 2007; 65ff.
- Philippi M. DRGs in Deutschland – Werden die Erwartungen erfüllt? In: Rebscher H (Hrsg). Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung. Heidelberg: Hüthig Jehle Rehm 2006; 643ff.

- Rebscher H. Von der Krankenkasse zum Unternehmen Gesundheit. In: Rebscher H (Hrsg.). Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung. Heidelberg: Hüthig Jehle Rehm 2006; 855ff.
- Sachverständigenrat Gesundheit. „Kooperation und Verantwortung Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“. Abrufbar unter [www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de).
- Schulte-Sasse H. Das Krankenhaus der Zukunft – Wie kann es aussehen? In: Elsner G, Gerlinger T, Stegmüller K (Hrsg.). Markt versus Solidarität – Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus. Hamburg: VSA-Verlag 2004; 163ff.
- Techniker Krankenkasse. „Zukunft der Krankenhausversorgung – Eckpunkte der Techniker Krankenkasse für die Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens der Krankenhausfinanzierung nach Beendigung der Konvergenzphase 2009“. In: Beiträge zur Gesellschaftspolitik (BzG) 2 – 2007.
- Tuschen KH, Rau F. Wettbewerb ist kein Selbstzweck – Für den Übergang sind Festpreise ein notwendiges Instrument. führen und wirtschaften im Krankenhaus 2006; 4: 386ff.
- Verband der Angestelltenkrankenkassen/Arbeiterersatzkassenverband. „Inhalte und Ziele einer Ersatzkassen-Krankenhausstrategie für die Zeit nach der Konvergenzphase“ 2007. Bezug über den VdAK.
- Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (Hrsg.). Kappung – Bestimmung des Landesbasisfallwertes mit Kappungsgrenze. Bonn 2005. Abrufbar unter [www.wido.de](http://www.wido.de).
- Zweites Gesetz zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser und zur Änderung anderer Vorschriften (Zweites Fallpauschalenänderungsgesetz – 2. FPÄndG) vom 26.11.2004.
80. Gesundheitsministerkonferenz 2007. „Zukunft der Krankenhausversorgung“. Abrufbar unter [www.gmkonline.de](http://www.gmkonline.de).