

# Zur Zukunft der stationären Versorgung

## Ein umfassender Reformvorschlag zur Neugestaltung des Ordnungspolitischen Rahmens im Krankenhausbereich

*Derzeit steht es an, eine Neugestaltung des ordnungspolitischen Rahmens im Krankenhausbereich ab 2009 vorzugeben. Im vorliegenden Beitrag wird hierzu ein Vorschlag<sup>1</sup> unterbreitet, in dessen Zentrum eine stärkere wettbewerbliche Ausrichtung der stationären Versorgung steht. Hierzu ist eine Liberalisierung und Individualisierung des Vertragsrechts, der Übergang in die Monistik, eine die bisherige Standortplanung ersetzende Rahmenplanung durch die Länder sowie der Ausbau der Qualitätssicherung vorgesehen.*

■ Klaus Focke und Stefan Fetzer, BKK Bundesverband, Essen

### 1 Einleitung

Nach dem Ende der Konvergenzphase im Jahr 2009 bestünde der nächste konsequente Schritt darin, eine stärkere wettbewerbliche Ausrichtung im Krankenhausbereich einzuschlagen. Die durch das DRG-System (Diagnosis Related Groups) eingeleitete wettbewerbliche Orientierung kann so in Richtung eines konsistenten wettbewerblichen Ordnungsrahmens weiterentwickelt werden, um Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen (Effizienzorientierung), eine stärkere Ausrichtung der Versorgung an den Versichertenbedürfnissen zu erreichen (Bedarfsorientierung) und die Qualität der Krankenhausleistungen stärker als bisher in den Mittelpunkt zu rücken (Qualitätsorientierung). Dies kann durch eine stärkere Individualisierung und Liberalisierung des Krankenhausvertragsrechts sowie eine wettbewerbliche Ausrichtung der Krankenhausplanung und Krankenhaus-Investitionskostenfinanzierung erreicht werden.<sup>2</sup> Dabei kann auch in einem wettbewerblich ausgerichteten Ordnungsrahmen durch entsprechende Vorgaben des Staates an die Krankenkassen die ausreichende Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhauskapazitäten sichergestellt werden, um dem verfassungsmäßigen Auftrag der Daseinsvorsorge gerecht zu werden (Orientierung an der Versorgungssicherheit).

Gleiches gilt für Qualitätsvorgaben, die nicht nur wie bislang zur Anwendung kommen, sondern darüber hinaus noch ausgebaut werden sollten.

Im Zuge eines gestärkten Wettbewerbs ist es durchaus auch angezeigt, leistungsbereichsübergreifende Vertragsformen (Integrierte Versorgung des Krankenhauses) auszubauen und über adäquate Bereinigungsvorschriften in den betroffenen Leistungsbereichen überhaupt praktikabel und anreizgerecht auszugestalten. Von diesem Themenfeld wird aber im Folgenden abgesehen, da es hierzu einer umfassenden wettbewerblichen Neuordnung insbesondere des vertragsärztlichen Bereichs bedürfte, und damit den Rahmen an dieser Stelle sprengen würde.<sup>3</sup> Der im Folgenden beschriebene Reformvorschlag konzentriert sich daher auf die stationäre Versorgung.

Abschnitt 2 behandelt hierbei, wie ein Übergang hin zu einem liberalisierten und individualisierten Vertragsrecht von statten gehen könnte. Abschnitt 3 behandelt den Übergang in die monistische Krankenhausfinanzierung. Abschnitt 4 befasst sich mit der Rolle der Krankenhausplanung in einem wettbewerblichen System. Wie ein zu diesem System passender Ausbau der Qualitätssicherung aussehen könnte, ist Thema des Abschnitts 5. Abschnitt 6 beschließt mit einem Fazit.

---

*Stefan Fetzer, Mitarbeiter im Wissenschaftlichen Beirat der Betrieblichen Krankenversicherung, Essen  
Klaus Focke, Leiter der Abteilung „Krankenhäuser“ des BKK-Bundesverbands, Essen*

## 2 Liberalisierung und Individualisierung des Vertragsrechts

### 2.1 Ein dreistufiges System im Krankenhausvertragsgeschäft als Übergangsmodell

#### 2.1.1 *Frei verhandelte Verträge als erste Option im Krankenhausvertragsgeschäft*

Wie in anderen Wirtschaftsbereichen und generell in einem freiheitlichen Gesellschafts- und Wirtschaftssystem üblich, sollte auch in einem wettbewerblich organisierten Krankenhausbereich Vertragsfreiheit gelten. Frei verhandelte Verträge stellen somit mittel- bis langfristig die erste Vertragsoption dar. Durch diese Liberalisierung des Vertragsrechts kann der Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) intensiviert werden und so als Mittel dem Zweck dienen, eine Erhöhung von Qualität und Wirtschaftlichkeit im stationären Sektor herbeizuführen. Hierzu bedürfte es der Abschaffung des Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), des Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) zugunsten frei verhandelter Verträge. In einem von Vertragsfreiheit geprägten, wettbewerblichen System sollte es mithin auch keine gesetzlichen Vorgaben an die Vertragsparteien geben, das DRG-System als Vergütungssystem anwenden zu müssen. Gleiches gilt für staatliche Preisvorgaben im Einzelfall (z. B. Sicherstellungszuschläge), die auf den Erhalt einzelner Fachabteilungen oder Krankenhäuser ausgerichtet sind.

Um aber einen „fließenden“ Systemübergang zu gewährleisten, werden im neuen System übergangsweise die bislang gesetzlichen Regelungen – in modifizierter Form – als Rückfalllinien verwendet. Damit sollen vertragslose Zustände verhindert werden (vgl. hierzu 2.1.2, 2.1.3 sowie Abbildung 1).

Für die Stärkung des Wettbewerbs ist neben der Liberalisierung des Vertragsrechts auch dessen Individualisierung notwendig. Die Individualisierung kann dadurch erreicht werden, dass den Beteiligten die Möglichkeit eingeräumt wird, ihre Vertragspartner auf beiden Seiten frei zu wählen: Mit Blick auf die Krankenseite bedeutet dies die Überwindung des leistungserbringerbezogenen Kontrahierungszwangs. Mit Blick auf die Krankenkassenseite bedeutet dies die Überwindung des „gemeinsam und einheitlich“. Die potentiellen Vertragsparteien hätten dann die Möglichkeit, die Vertragspartner (oder deren Zusammensetzung) in jeder Vertragssituation frei zu wählen.<sup>4</sup> Die Vertragsinhalte werden von den Vertragsparteien frei von sozialrechtlichen Vorgaben geregelt (Preis, Leistungsgestaltung und -darbietung, Vertragslaufzeit, gemeinsames Marketing, etc.). Hierbei kann die Vertragsfreiheit mit der Vorgabe zur Ausschreibung durch die Krankenkassen verbunden werden.<sup>5</sup>

In einem wettbewerblichen Ordnungsrahmen muss allerdings sichergestellt werden, dass einzelne Akteure den Wettbewerb nicht behindern (z.B. über die Bildung von Kartellen, Fusionen oder den Missbrauch von Marktmacht). Hierzu hat sich in anderen Branchen, aber auch

im Gesundheitswesen, dass Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) und das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) bewährt. Diese Gesetze sollten auf der Krankenseite, auf der Kassenseite und auch für das Verhältnis zwischen diesen beiden Seiten gelten. Insbesondere bei Fusionen und Kooperationen auf Krankenhaus- und Krankenkassenseite müsste das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) nicht nur gelten, sondern v. a. auch Anwendung finden, um marktbeherrschende Monopole und Kartelle zu vermeiden. Hierzu bedarf es offensichtlich gesetzlicher Klarstellungen wie z.B. der Streichung des § 69 SGB V.<sup>6</sup>

#### 2.1.2 *Das KHG, das KHEntgG und die BPflV als erste Rückfalllinie*

Sollte kein frei verhandelter Vertrag zu Stande kommen, kann die „klassische“ Pflegesatzverhandlung nach KHG/KHEntgG/BPflV als erste Rückfalllinie genutzt werden. Die Verhandlungen sollten hierbei jedoch nicht mehr kassen(arten-)übergreifend und gemeinsam stattfinden, sondern kassenindividuell bzw. auf der Ebene der Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen. Konkret sollte sich also die gesetzliche Vorgabe zum Abschluss von Pflegesatzvereinbarungen kassenseitig – wie bisher – an die einzelne Krankenkasse richten, jedoch die Vorgabe in § 14 Abs. 1 BPflV und § 8 Abs. 1 KHEntgG (einheitliche Berechnung der Pflegesätze für alle Benutzer des Krankenhauses) entfallen. Hierbei käme weiterhin die 5%-Hürde zur Anwendung, d. h. Krankenhäuser müssen nur mit Krankenkassen bzw. deren Arbeitsgemeinschaften verhandeln, deren Belegungsanteil über fünf Prozent liegt. Damit wird verhindert, dass das Krankenhaus vor einer unübersichtlichen Anzahl an Vertragspartnern und -verhandlungen steht.

Der bislang gültige leistungserbringerbezogene Kontrahierungszwang würde in diesem Fall durch einen leistungsbezogenen Kontrahierungszwang ersetzt, in welchem Krankenkassen und Krankenhäuser sich einigen müssen. Verhandelt wird in der Rückfalllinie auf Basis der nach den Krankenkassen (bzw. deren Zusammenschlüssen) individualisierten AEB (Aufstellung Entgelte und Budget) bzw. LKA (Leistungs- und Kalkulations-Aufstellung). Im Zweifel entscheidet ersatzweise eine Schiedsstelle, die wie im vertragsärztlichen Bereich kassenseitig durch die jeweilige Krankenkasse bzw. Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen zu besetzen wäre.

Wie bislang sollte ein Landesbasisfallwert von den Vertragsparteien auf Landesebene vereinbart werden. Die Diskussion, ob es nach Vollendung der Konvergenzphase gesetzliche Regelungen in Richtung eines bundeseinheitlichen Basisfallwertes geben soll, ist dabei wenig relevant, weil die Landesbasisfallwerte seit 2005 faktisch konvergieren und diese Entwicklung auch für die nächsten Jahre zu erwarten ist. Darüber hinaus nimmt die Bedeutung von Preisvorgaben wie Landesbasisfallwerten ab, wenn sie – wie hier vorgeschlagen – nur als Rückfalloption zur Anwen-

Abbildung 1: Vertragswettbewerb im dreistufigen System

heute Ausnahmefall und künftig bzw. zunehmend Regelfall

**frei  
verhandelte  
Verträge**

Für das gesamte Leistungsspektrum gilt Vertragsfreiheit und kein Kontrahierungszwang für Krankenhäuser und Krankenkassen

**liberalisiertes  
und  
individualisiertes  
Vertrags-  
geschäft**

heute Regelfall, künftig bzw. zunehmend Ausnahmefall

**Rückfall-  
linie 1**

**Vertrag nach  
KHEntgG/BPflV**

Kontrahierungszwang für Krankenhäuser, wenn kein frei verhandelter Vertrag zu Stande kommt und Zahl der Belegungen größer als 5 Prozent ist

**nicht  
liberalisiertes  
aber  
individualisiertes  
Vertrags-  
geschäft**

künftig Ausnahmefall

**Rückfall-  
linie 2**

**LBFW bzw. negative  
Meistbegünstigung**

Vertrag je Krankenhausfall zwischen Versicherten, Krankenkasse und Krankenhaus (Behandlungspflicht des Krankenhauses und Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse)

**kein  
Vertrags-  
geschäft**

Wettbe-  
werbs-

A  
N  
R  
E  
I  
Z

Überdies dient die Rückfalllinie 1 auch als Einstieg in das von frei verhandelten Verträgen bestimmte Vertragsgeschäft. Es ist nämlich nicht zu erwarten, dass Krankenkassen und Krankenhäuser „von heute auf morgen“ bei Umstellung des Systems sofort mit jedem Krankenhaus frei verhandelte Verträge abschließen. Ob sich diese im weiteren zeitlichen Verlauf wirklich durchsetzen werden, wird der Wettbewerb zeigen. Vertragsfreiheit ist nämlich kein Selbstzweck, sondern nur Mittel zur Intensivierung des Wettbewerbs als Instrument zur Mobilisierung von Effizienzreserven. Nur wenn es für beide Parteien lohnend ist, Verträge abzuschließen, die besser als die Verträge der klassischen Pflegesatzverhandlung sind, werden sich frei verhandelte Verträge durchsetzen.

### 2.1.3 Der Landesbasisfallwert als zweite Rückfalllinie bei vertragslosen Zuständen

Bei Leistungen von Versicherten, die ein Krankenhaus in Anspruch nehmen und deren Krankenkasse mit diesem Krankenhaus weder einen frei verhandelten Vertrag noch einen Vertrag in der Rückfalllinie 1 aufweist, gilt im vorgeschlagenen Modell der jeweilige Landesbasisfallwert bzw. für die BPflV-Bereiche landesweit vereinbarte Vergütungssätze als zweite Rückfalloption (Marginalitätsklausel).<sup>7</sup> Hierbei handelt es sich einerseits um Krankenkassen, die eine so geringe Belegung im entsprechenden Krankenhaus aufweisen, dass es für sie nicht lohnend erscheint, sich einer Arbeitsgemeinschaft anzuschließen, um zumindest Verträge der Rückfalllinie 1 zu erreichen und andererseits um „zufällige“ Belegungen (z. B. „Urlaubsfälle“). Anstelle expliziter

Verträge entsteht hier ein Vertrag, der sich einerseits aus der Behandlungspflicht des Krankenhauses und andererseits aus der Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse ergibt.

Des Weiteren wird in der Rückfalllinie 2 gesetzlich vorgegeben, dass sich für den Fall, dass im entsprechenden Krankenhaus die Vergütungen in der Rückfalllinie 1 über dem Landesbasisfallwert liegen, die höchste in Rückfalllinie 1 ausgehandelte Vergütung zur Anwendung kommt (negative Meistbegünstigungsklausel). Hierdurch wird vermieden, dass Krankenkassen auf den Landesbasisfallwert spekulieren, statt Individualerträge in Rückfalllinie 1 oder frei verhandelte Verträge abzuschließen.

Es gelten immer das GWB und das UWG sowie alle Vorgaben der Qualitätssicherung und der Krankenhausrahmenplanung

dung kommen und individualvertraglich vereinbarte Preise an Bedeutung gewinnen.

Die Fortschreibung des Landesbasisfallwerts sollte allerdings strenger als bisher an die Grundlohnsummenentwicklung gebunden sein. Für die in der Rückfalllinie 1 vereinbarten Krankenhausleistungen sollten zudem enge Ausgleichsmechanismen gelten. Dies gilt insbesondere für hohe Mehrerlösausgleiche, so dass die beim Krankenhaus verbleibenden zusätzlichen Erlöse nicht oberhalb der zusätzlichen variablen Kosten liegen. Weiterhin sollte es keine Regelungen zum Mindererlösausgleich geben. Hierdurch wird vermieden, dass Krankenhäuser Monopolstellungen ausnutzen und auf die Rückfalllinie spekulieren, anstatt Individualerträge abzuschließen.

## 2.2 Möglichkeiten zur Steuerung der Inanspruchnahme durch die Krankenkassen

### *quantitative Marktpräsenz vs. qualitative Marktfähigkeit*

Vertragsoptionen der Krankenkassen gegenüber den Leistungserbringern sollten mit entsprechenden Versicherungsoptionen gegenüber den Versicherten korrespondieren. Denn hierdurch würde die Vertragsfähigkeit mit Blick auf die Vertragsumsetzung auf der Kassenseite zunehmen und somit würden Individualverträge gefördert. Denn entscheidend für das Krankenhaus ist, dass die Krankenkasse als Vertragspartner überhaupt in der Lage ist, die Nachfrage zu beeinflussen. Die Nachfragemenge (hoher Belegungsanteil) allein ist dabei nicht ausreichend, um als Krankenkasse gegenüber einem Krankenhaus Vertragsfähigkeit zu gewinnen (schiere quantitative Marktpräsenz). Entscheidend ist vielmehr die Fähigkeit, bei der Vertragsumsetzung die Nachfragemenge (Inanspruchnahme) oder die Vertragsabwicklung einzelfallbezogen – also im Abrechnungsgeschäft bzw. im Fallmanagement – beeinflussen zu können (qualitative Marktfähigkeit).

Die Individualisierung und Liberalisierung des Vertragsrechts blieben also in weiten Teilen funktionslos, wenn die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen nicht durch die Krankenkasse beeinflusst werden kann. Die Option, einen mit Blick auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit besseren Anbieter nicht nur beim Vertragsabschluss wählen, sondern auch bei der Vertragsumsetzung ansteuern zu können, ist eine wichtige Voraussetzung für einen funktionsfähigen Wettbewerb. Für die Krankenkasse ist dies nur dann möglich, wenn sie – neben den vertragsrechtlichen Freiheiten – auch die Möglichkeit hat, die Inanspruchnahme der Versicherten zu beeinflussen.

Krankenkassen haben jedoch derzeit nur einen stark eingeschränkten Einfluss auf die Inanspruchnahme der Krankenhausleistungen. Krankenhäuser dagegen beeinflussen die Nachfrage gegenüber den Versicherten und Einweisern aber sehr wohl, mitunter sehr professionell, und haben insoweit auch den weitaus größeren Einfluss auf die Umsetzung von Verträgen. Die Vertragspartnerschaft zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen ist mithin derzeit als asymmetrisch zu bezeichnen.

Konkret fehlt es an den expliziten Rechtsgrundlagen für Wahl- und Beratungsangebote mit Blick auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer. In der Regel können Aktivitäten der Krankenkassen unterbunden werden, entweder weil es sich wettbewerbsrechtlich als Eingriff in fremden Wettbewerb handelt oder weil den Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts die rechtliche Legitimationsgrundlage fehlt. Die Krankenkassen haben weiterhin keinen expliziten Rechtsanspruch auf den Zugang zum Versicherten während der stationären Behandlung, um den stationären Versorgungsbedarf zu klären und sicherzustellen. Sie sind heute hierbei zwingend auf die Zustimmung des Krankenhauses angewiesen. Die Krankenkassen können außerdem nicht die Versicherten proaktiv beraten, weil dies nur „auf Verlangen“ des Versicherten erfolgen darf (§ 305 Abs. 3 SGB V). Letztlich

ist die Rechtsgrundlage für das Versorgungsmanagement nicht direkt auf die Krankenkassen sondern primär auf die Leistungserbringer ausgerichtet (§ 11 Abs. 4 SGB V).

Deshalb müssten die Möglichkeiten der Krankenkassen erweitert werden, ihren Versicherten Wahloptionen und Beratungen anzubieten und die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen proaktiv (auch über die einweisenden Ärzte) beeinflussen zu können; selbstverständlich auf freiwilliger Basis und immer nur mit Zustimmung des Versicherten. Den Versicherten würden dadurch größere Wahlmöglichkeiten eröffnet; sie könnten sich u. a. auch für die freie Krankenhauswahl entscheiden. Die Kassen würden so von „payern zu playern“ im Wettbewerb werden.

Auch würde den Versicherten im Einzelfall keine Unterversorgung aufgrund individuell mangelnder Zahlungsbereitschaft oder –fähigkeit drohen. Denn der heutige Leistungskatalog der GKV bleibt als solidarisch finanzierter Mindestleistungskatalog unberührt. Über den solidarisch finanzierten Leistungskatalog hinausgehende Leistungen wären für den Versicherten wählbar, können aber nur außerhalb der solidarischen Finanzierung versichert werden. Es bleibt beim geltenden Recht, dass sich diese Tarife selbst tragen müssen (§ 53 Abs. 9 SGB V).

## 2.3 Anreizwirkungen des Systems

Mit dem neuen System gibt es sowohl für Kassen als auch Krankenhäuser Anreize, Individualverträge abzuschließen. Krankenhäuser könnten so ihre Mengen ausweiten, ihr Leistungsspektrum erweitern oder auch höhere Preise als im bisherigen Festpreissystem erzielen. Auf der anderen Seite hätten Krankenkassen gegenüber dem bestehenden System die Chance, über frei verhandelte Individualverträge eine höhere Qualität, Zusatzleistungen, Mengenrabatte oder Integrationsverträge zu vereinbaren und somit ihren Versicherten Leistungsoptionen anzubieten, die vertraglich unterfüttert sind.

Für die Krankenkassen wird hierbei maßgeblich sein, ob die Angebote der Leistungserbringer von ihren Versicherten gewünscht werden und – falls dies mit Mehrkosten verbunden ist – ob diese bereit sind, dafür zusätzliche Mittel aufzuwenden, etwa durch die Wahl gesonderter Tarife. Trifft die Krankenkasse die Wünsche der Versicherten hinsichtlich der Preis-Leistungsrelation, so wird sie weiter an Mitglieder gewinnen. Anders ausgedrückt wird der Wettbewerb um die Versicherten letztendlich bestimmt sein, welche konkreten Individualverträge sich zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen ergeben werden. Beispielsweise läge es in der Entscheidung der Krankenkasse, ob sie z. B. mit einem neuen Krankenhaus(-träger) einen Vertrag abschließt oder nicht. Die Konsequenzen eines daraus womöglich resultierenden vergleichsweise schlechteren Angebots hätte sie in Form von Versichertenabwanderung zu tragen. Somit entstehen Anreize, dass Krankenkassen das Vertragsgeschäft (Vertragsabschlüsse) und das einzelfallbezogene Versorgungsmanagement (Vertragsumsetzung) zu Gunsten einer qualitativen und

wirtschaftlichen Versorgung im Interesse des Versicherten betreiben.

Des Weiteren dürften sich im Bereich innovativer medizinischer Methoden und Verfahren bei den Krankenkassen und Krankenhäusern durch den Wettbewerb positive Wirkungen ergeben. Beide Seiten werden den durch den Wettbewerb gesetzten Anreizen nachkommen, um im Vergleich zur Konkurrenz auch diesbezüglich „auf dem Stand der Kunst“ zu sein. Im Übrigen bleiben in diesem Bereich die gesetzlichen Vorgaben sowie die konkretisierenden Bewertungen und Vorgaben des G-BA zu den Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 137c SGB V unberührt und für den Versicherten im Zweifel auch einklagbar.

Die wettbewerblichen Anreize wirken auch mit Blick auf den zeitlichen Zugang zur Versorgung. Denn weder Krankenkassen noch Krankenhäuser werden im Wettbewerb mit Wartelisten bestehen können. Schlechter Zugang zur Versorgung wird im Wettbewerb bestraft. Wer seinen Versicherten oder Patienten z. B. im Bereich der planbaren Krankenhausleistungen mit Wartelisten konfrontiert, kann im Wettbewerb kaum mit Erfolg rechnen. Ausnahme mögen sog. Qualitätsvermutungs- oder Snobeffekte sein, die gezielt durch Wartelisten erreicht werden können, jedoch mit Blick auf die reale Versorgungssicherheit regelmäßig unkritisch sein dürften.

In einem von Vertragsfreiheit geprägten Wettbewerb stecken also Chancen und Risiken sowohl für die Krankenhäuser als auch für die Krankenkassen. Wie heute auch, besteht für jedes Krankenhaus und jede Krankenkasse das Risiko, nicht im Wettbewerb bestehen zu können und aus dem Markt auszuschneiden. Dem steht für Krankenhäuser und Krankenkassen die Chance gegenüber, Marktanteile zu gewinnen. Darüber hinaus besteht auch die Chance, dass nicht nur einzelne Krankenhäuser Marktanteile gewinnen, sondern der Krankenhausmarkt insgesamt wächst, auch über den Grundlohnssummenzuwachs der GKV hinaus. Letzteres jedoch nur insoweit, als dies auch von den Versicherten gewünscht wird bzw. zur Bereitschaft für die Bereitstellung der hierfür erforderlichen zusätzlichen Mittel führt.

### 3 Übergang in die Monistik

Effiziente Resultate im Wettbewerb basieren auf optimalen betriebswirtschaftlichen Entscheidungen. Letztere erfordern aber u. a. eine simultane Entscheidung über den Einsatz von Investitionen und Arbeit. Es ist ökonomisch unumstritten, dass nur so effiziente Investitionsentscheidungen entstehen können. Diese werden aber gerade durch die Dualistik verhindert, da hier sowohl Ausmaß als auch Art der Investition von außen, nämlich über die Fördermittelvergabe durch die Länder, vorgegeben sind. Dies ist das wichtigste ökonomische Argument für die Monistik, bei der sowohl Investitionskosten als auch laufende Betriebskosten durch „eine Hand“, nämlich die Krankenkassen vergütet werden.<sup>8</sup>

Allerdings sollte Monistik nicht in Form einer Einzelförderung praktiziert werden, die „nur“ durch andere Institutionen (etwa die Krankenkassen oder Gremien von Krankenkassen, Krankenhäusern und Ländern) durchgeführt wird. Investitionsentscheidungen sind wettbewerbliche Entscheidungen, die von dem getroffen werden sollten, der sie zu verantworten hat: dem Krankenhaus selbst. Deswegen sollte die Vergütung für die Refinanzierung der gesamten im Krankenhaus entstehenden Kosten (Investitionen und laufende Betriebskosten) über Preise erfolgen.

Für eine praktikable Integration in das bestehende System wird ein Aufschlag auf die DRGs vorgeschlagen. Dieser sollte leistungsdifferenziert die Relativgewichte erhöhen; also pauschal zur Anwendung kommen, aber empirisch differenziert ermittelt werden (z. B. so, wie heute bei den Betriebskosten durch das InEK). Hierdurch würden die für die Erbringung der jeweiligen Krankenhausleistungen erforderlichen Investitionsaufwendungen adäquat, d. h. leistungsbezogen berücksichtigt. Krankenhausleistungen, die einen höheren Investitionsaufwand erfordern, erhielten entsprechend höhere Relativgewichtszuschläge und vice versa.<sup>9</sup> Diese würden bei Verträgen in den Rückfalllinien zur Anwendung kommen und könnten zudem den Vertragsparteien bei frei verhandelten Verträgen als nützliche Orientierungsgröße dienen.

Ob dabei die Summe der tatsächlichen, absoluten Zuschläge und damit letztlich die Erhöhung der Krankenhausvergütungen insgesamt dem derzeitigen staatlichen Investitionsvolumen (ca. 2,7 Mrd. €) entspricht, wird sich im Wettbewerb zeigen. Im Einzelfall liegt es – u. a. unter Beachtung der qualitätsbezogenen Vorgaben – in der Entscheidung des einzelnen Krankenhauses, wie hoch es seine Aufwendungen für Investitionen ansetzt. Es wird dies mit Blick auf die im Wettbewerb erzielbaren Preise und damit der Refinanzierbarkeit der Investitionen tun.

Dennoch wird damit zu rechnen sein, dass beim Übergang von der Dualistik auf die Monistik zusätzliche Ausgaben auf die Kassen zukommen. Sollen in diesem Zuge Beitragssatzerhöhungen vermieden werden, könnten versicherungsfremde Leistungen (z. B. Mutterschaftsgeld n. § 13 MuSchG, Ausbildungsfinanzierung für die Gesundheitsberufe nach § 2 Nr. 1a i. V. m. § 17a KHG) aus dem Leistungskatalog der GKV bzw. aus der Finanzierungsverantwortung der GKV gestrichen werden.<sup>10</sup> Im Übrigen ist eine Finanzierung der Investitionskosten der Krankenhäuser durch die GKV durchaus systemkonform, da die Bereitstellung stationärer Versorgungskapazitäten einen originären Bestandteil der gesundheitlichen Versorgung darstellt. Dies gilt dagegen nicht für die GKV-Finanzierung des Mutterschaftsgeldes (keine Krankheit) oder der Ausbildung von Gesundheitsberufen (die Ausbildung der Ärzte oder der in Krankenhäusern tätigen Elektriker erfolgt auch nicht durch die GKV).

## 4 Rahmenplanung ersetzt Standortplanung für Krankenhäuser

### 4.1 Leistungs- und krankenkassenbezogener Kontrahierungszwang ersetzt kapazitäts- und leistungserbringerbezogene Standortplanung

Damit innerhalb des neuen Ordnungsrahmens ein Wettbewerb auf dem Krankenhausmarkt in Gang gesetzt werden kann, durch den über innovative Vertragsformen Effizienzreserven erschlossen werden, ist eine Rückführung der staatlichen Krankenhausplanung notwendig. Abbildung 2 skizziert die im Folgenden vorgeschlagenen Maßnahmen zur Sicherstellung einer ausreichenden stationären Versorgung im neuen System.

Anstatt konkrete Standorte vorzugeben, sollten die Länder zur Sicherung einer ausreichenden stationären Versorgung qualitative und quantitative Rahmenvorgaben erlassen. Konkret wird mit diesen Rahmenvorgaben festgelegt, welche Krankenhausleistungen (bezogen z. B. auf DRG-Gruppen/MDC oder in Teilbereichen auch auf DRG und ICD/OPS-Ebene) in welcher geographischen Dichte unter Berücksichtigung der Erreichbarkeit (insbesondere für gesondert ausgewiesene Anteile von Notfällen) von den Krankenkassen zu kontrahieren sind.

Die einerseits unkonkreten Vorgaben (lediglich Fachabteilungen bzw. allenfalls Schwerpunkte) und die andererseits sehr konkreten kapazitätsorientierten Vorgaben (Anzahl der Betten) würden durch Leistungsvorgaben ersetzt. Der mit der Standortplanung verbundene kapazitäts- und leistungserbringerbezogene Kontrahierungszwang zu Gunsten einzelner Leistungserbringer würde sich zu regionalen Leistungsvorgaben unter Berücksichtigung der Erreichbarkeit an die Krankenkassen, die sie im Vertragsgeschäft zu berücksichtigen haben, wandeln. Es würde dann also ein leistungs- und krankenkassenbezogener Kontrahierungszwang zu Anwendung kommen. Dieser Kontrahierungszwang für die Krankenkassen sollte jedoch keine Vorgaben zur Form der Leistungserbringung enthalten. Ob diese Leistungen voll-, teil-, vor-, nachstationär, ambulant oder in einer Kombination dieser Leistungsformen erbracht werden, kann den Vertragsparteien überlassen bleiben.<sup>11</sup>

### 4.2 Methoden der Rahmenplanung auf der Bundesebene

Methodische Rahmenvorgaben zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung sollten hierbei bundesweit festgelegt werden. Dabei handelt es sich im Wesentlichen um die Definition der Erreichbarkeit, die bei Notfallleistungen als notwendig und bei elektiven Leistungen allgemein als zumutbar angesehen wird. Darüber hinaus könnten methodische Vorgaben zur Ermittlung der quantitativen Vorgaben gemacht werden. Auf Basis der bestehenden Klassifikationssysteme (auf der Ebene der MDC oder – für ausgewählte Schwerpunkte – auch auf Ebene einzelner DRG, ICD oder OPS) ließe sich die Anzahl

der mindestens zu kontrahierenden Leistungen bezogen auf alters- und geschlechtsspezifische Bevölkerungsmaße vorgeben. Diese stellen im Modell den Rahmen dar, in dem die Länder den Krankenkassen (bzw. deren Arbeitsgemeinschaften) dann die konkreten, für das Krankenhausvertragsgeschäft verbindlichen Vorgaben geben bzw. auf deren Versichertenzahl unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht und regionaler Verteilung „herunterbrechen“.

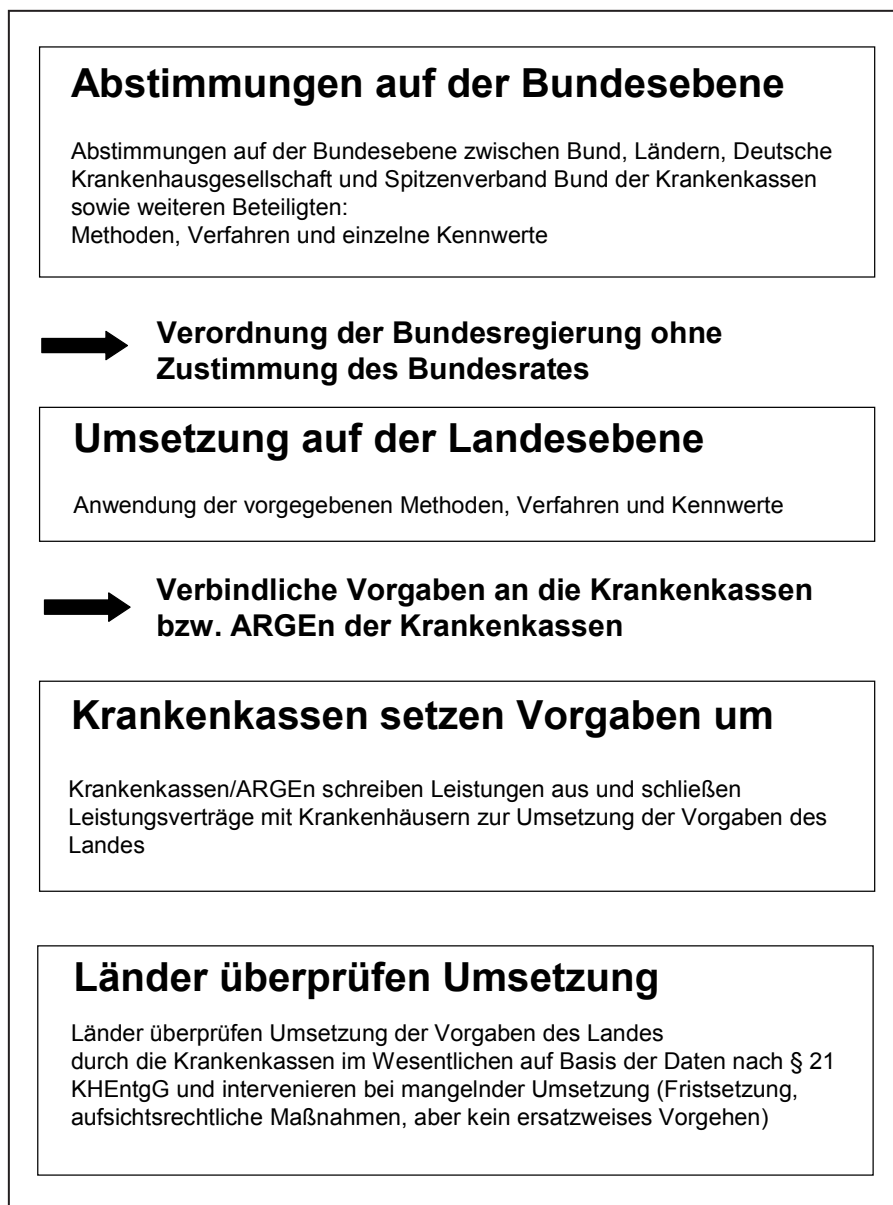
Diese bundesweiten Vorgaben stellen im Übrigen ihrer Eigenart nach eine Konkretisierung des Leistungskataloges der GKV dar: Denn der Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V wird hierdurch (insbesondere mit Blick auf die Verfügbarkeit und Erreichbarkeit) konkretisiert. Diese Konkretisierungen müssten von den Landesbehörden bei der Rahmenplanung berücksichtigt werden. Insoweit liegt es zunächst nahe, dass diese bundesweiten Vorgaben wie in den anderen Bereichen (Leistungsrecht und Qualitätssicherung) vom G-BA festgelegt werden sollten. Jedoch erscheint mit Blick auf die in der Sache involvierten, im G-BA aber nicht vertretenen Länder, die Einrichtung eines Bundesgremiums, in dem die Länder, der Bund, die Krankenseite und die Kassenseite vertreten sind, realistischer. Im Ergebnis könnte so ein möglichst weitgehender Konsens bezüglich der im Prozess der leistungsorientierten Rahmenplanung anzuwendenden Methoden hergestellt werden. Im Übrigen wäre auf dieser Ebene immer auch der Handlungsspielraum festzulegen, die dieser „Rahmen für die Rahmenplanung“ den Länder gibt bzw. belässt.<sup>12</sup>

Die Festlegung der Vorgaben für die Rahmenplanung sollte per Rechtsverordnung der Bundesregierung ohne Zustimmung des Bundesrates erfolgen. Letzteres ist erforderlich, um der Gefahr der Strategieanfälligkeit entgegenzutreten, dass durch die Ausgestaltung der Rahmenvorgaben auf der Landesebene im jeweiligen Land Versorgungsstrukturen geschaffen werden, deren Kosten (laufende Betriebskosten *und* Investitionskosten) auf die GKV abgewälzt werden. Darüber hinaus würde dies vor dem Hintergrund des Nebeneinanders von bundesweiten und regionalen Beitragssätzen zu Lasten der Beitragszahler anderer Länder erfolgen sowie den Wettbewerb zwischen den regional und bundesweit tätigen Krankenkassen verzerren.

Hiermit werden den Krankenkassen für die Bereitstellung ausreichender stationärer Kapazitäten Vorgaben durch die Länder gemacht. Deren Umsetzung ist anhand der Daten nach § 21 KHEntgG und (im Zweifel oder auch stichprobenhaft) anhand der Verträge und/oder Ausschreibungsunterlagen laufend überprüfbar.<sup>13</sup> Einer Nichtbeachtung dieser Vorgaben sollte weiterhin aufsichtsrechtlich entgegengewirkt werden. Die aufsichtsrechtliche Zuständigkeit wäre diesbezüglich und insoweit für alle Krankenkassen bei dem jeweiligen Land zu verorten.<sup>14</sup> Damit dürfte sowohl dem politisch nicht verhandelbaren Interesse als auch der verfassungsmäßig unabdingbaren Verpflichtung der Länder zur Sicherstellung der Daseinsvorsorge genüge getan sein.

Die Letztentscheidung bzgl. der leistungsorientierten Rahmenvorgaben verbliebe weiterhin beim Land.

Abbildung 2: Krankenhausrahmenplanung im neuen System



orientierten Rahmenplanung einen Kontrahierungszwang darstellen, der – wie heute die Standortplanung bzw. der leistungserbringerbezogene Kontrahierungszwang – unmittelbare Auswirkungen auf die Ausgaben der Krankenkassen hat. Dieser Einfluss der Länder im Sinne einer Letztentscheidung ist offensichtlich realistischere Weise nicht politisch verhandelbar und auch verfassungsmäßig unverzichtbar (Daseinsvorsorge). Der Rechtsweg für die Beteiligten gegen die leistungsbezogenen Rahmenvorgaben des Landes sollte daher nur insoweit gegeben sein, als die Übereinstimmung mit den Vorgaben des Bundes zur Rede steht, der ein Schiedsstellenverfahren auf Bundesebene vorausgeht. Im Übrigen sollte die für Streitfälle genannte Begründungspflicht und Transparenz sicherstellen, dass der Handlungsspielraum des Landes bei der Konkretisierung der Rahmenvorgaben an den tatsächlichen Versorgungsnotwendigkeiten ausgerichtet wird.

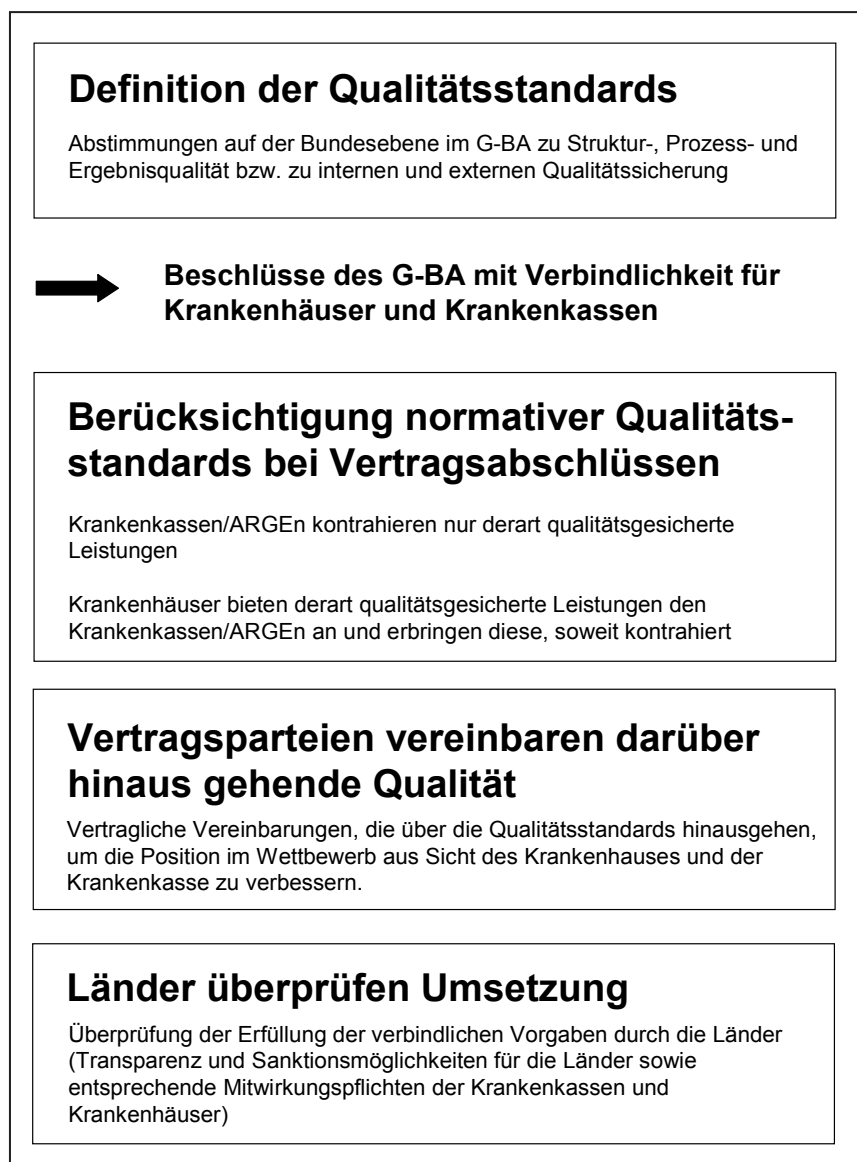
#### 4.3 Aufhebung der staatlichen Krankenhausplanung ermöglicht Newcomer-Wettbewerb

In einem von Vertragsfreiheit geprägten Wettbewerb ohne leistungserbringerbezogenen Kontrahierungszwang darf es keinen „closed shop“ geben, der sich bisher aus der Standortplanung ergibt. Dies hat mindestens zwei Folgen: Erstens müssten einzelne Krankenhäuser sich nicht mehr in den Krankenhausplan einklagen; was bisher regelmäßig gelang, weil die Krankenhauspläne

Gleichwohl sollten bei Differenzen zwischen den Ländern und den Krankenkassen als unmittelbar Bezogene (die übrigens auch an dieser Stelle nicht gemeinsam und einheitlich handeln müssen, aber können) Entscheidungen zur Rahmenplanung nur *begründet* vom Land letztendlich entschieden werden können. Dies bedeutet: Schiedsstellenfähigkeit (Bundesschiedsstelle) der in Rede stehenden Vorgaben der Länder an die Krankenkassen, an die sich die Länder im Zweifel nicht halten müssen (Letztentscheidung des Landes), aber die mit einer erweiterten Begründungspflicht für Land und Krankenkassen einhergehen. Dies ist deshalb wichtig, weil auch die Vorgaben zur leistungs-

ne entsprechend unkonkret gefasst sind (und die Standortplanung zunehmend ad absurdum führt). Zweitens würde die Möglichkeit geschaffen, sich als neuer Teilnehmer auf den Markt zu begeben, indem ein neuer Anbieter versucht, durch entsprechende Angebote gegenüber den Krankenkassen zu Individualverträgen zu kommen. Hierdurch entsteht der notwendige Wettbewerbsdruck auch gegenüber „alteingesessenen“ Anbietern, die aufgrund der räumlichen Struktur des regionalen Markts womöglich eine gewisse Monopolstellung genießen. Der „Newcomer-Wettbewerb“ könnte auch einen Beitrag für die Trägervielfalt im neuen System leisten, denn internationale

Abbildung 3: Qualitätssicherung im neuen System



Erfahrungen – etwa in den USA – zeigen, dass gerade in einem Wettbewerbsmodell mit guten Marktzutrittschancen eine sehr differenzierte Trägervielfalt vorzufinden ist. Ob es darüber hinaus einer allgemeinen Vorgabe an die Krankenkassen zur Beachtung der Vielfalt der Krankenhausträger nach pflichtgemäßen Ermessen bedarf, wäre (verfassungs-)rechtlich zu prüfen.

Im Übrigen ist ein System, bei dem Krankenhäuser unter den Vorgaben expliziter gesetzlicher Regelungen (Wettbewerbsrecht, Qualitätsvorgaben) in den Markt eintreten, wesentlich transparenter als in der heute gängigen Praxis. Derzeit können neue, nicht im Krankenhausplan aufgenommene Krankenhäuser in den Markt faktisch eintreten

und mit den Versicherten bzw. Krankenkassen abrechnen, ohne dass für sie z. B. die Regelungen zur Qualitätssicherung de jure gelten würden.

## 5 Ausbau der Qualitätssicherung

### 5.1 Wettbewerb fördert Qualität.

Vielfach wird behauptet, dass Wettbewerb ausschließlich die Tendenz hin zu günstigen Preisen aufweise und deshalb die Qualität leiden müsse.<sup>15</sup> Die Leistung eines Krankenhauses kann aber nur dann wirtschaftlicher als die Leistung eines anderen Krankenhauses sein, wenn entweder bei gleicher Qualität der Preis günstiger oder aber bei gleichem Preis die Qualität höher ist. Im Wettbewerb entsteht insoweit für den einzelnen Leistungserbringer regelmäßig die Chance, für vergleichsweise höhere Qualität höhere Vergütungen bzw. Umsätze zu erzielen, denn (nachweislich) bessere Qualität führt zu mehr Nachfrage und Zahlungsbereitschaft durch Versicherte und Krankenkassen.

Ein reiner „Qualitätswettbewerb“ ist dagegen eine Fiktion, die allenfalls als Feigenblatt in die Diskussion eingebracht werden kann, wenn echter Wettbewerb abgelehnt resp. der status quo erhalten bleiben soll. Echter Wettbewerb mit Vertragsfreiheit und v. a. ohne krankenhausbegrenztem Kontrahierungszwang setzt dagegen nachhaltige Anreize für Effizienz und Qualität, bei den Krankenhäusern und bei den Krankenkassen. Denn weder Krankenkassen noch Krankenhäuser werden im Wettbewerb mit qualitativ minderwertigen Krankenhausleistungen bestehen können. Minderwertige Qualität und Rückständigkeit werden – Transparenz vorausgesetzt – im Wettbewerb bestraft:

Gegenüber den Krankenkassen durch die Versicherten, gegenüber den Krankenhäusern durch die Versicherten und die Krankenkassen.

### 5.2 Maßnahmen zum Ausbau der Qualitätssicherung

In den vergangenen Jahren wurde in den Bereichen der externen Qualitätssicherung (v. a. Ergebnisqualität), der Entwicklung struktureller Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (v. a. Strukturqualität) und im Bereich des internen Qualitätsmanagements bzw. der Qualitäts-Zertifizierung (Prozessqualität) viel erreicht. Für diese Bereiche gelten gesetzliche Vorgaben, mit den entspre-

chenden Sanktionsmechanismen. Hierauf kann einerseits für weitere gesetzliche Vorgaben zur Qualitätssicherung aufgebaut werden, mit denen der Staat u. a. seinen Auftrag zur Sicherstellung der Versorgung auch in qualitativer Hinsicht wahrnehmen kann. Andererseits können die Krankenhäuser und Krankenkassen in ihren Verträgen auf die obligatorische Qualitätssicherung aufbauen und ihrem Anreiz nachkommen, darüber hinaus höhere Qualität im Vergleich zur Konkurrenz anzubieten bzw. zu kontrahieren.

Für die Weiterentwicklung einer wirksamen Qualitätssicherung sowie für einen funktionsfähigen Wettbewerb ist Transparenz sicherlich die entscheidende Bedingung. Die Ergebnisse der Qualitätssicherung sollten daher künftig nach Alter, Geschlecht und Schweregrad standardisiert sein. An dieser Stelle ist die Entwicklung mit der Veröffentlichung der Ergebnisse aus der externen Qualitätssicherung in den Qualitätsberichten einen entscheidenden Schritt vorangekommen. Diese Entwicklung sollte daher weiter gefördert werden. Hierbei wären weitere Qualitätsindikatoren in die Veröffentlichungspflicht einzubeziehen und deren Darstellung in Form einer laienverständlichen Darstellung darzubieten, die für die Versicherten verwertbar ist. Nützlich wäre es zudem, wenn die Qualitätsberichte jährlich erstellt und veröffentlicht würden, was mit Blick auf die bisherigen Erfahrungen und die EDV-technischen Möglichkeiten bei der Erstellung mit nur geringfügigem Mehraufwand verbunden ist. Natürlich werden im freien Vertragswettbewerb die Leistungen unterschiedlich vergütet und auch unterschiedlich modelliert (z. B. Komplexleistungen). Dies sollte aber nicht dazu führen, dass die Leistungen deshalb aus der obligatorischen Qualitätssicherung fallen.<sup>16</sup>

Weiterhin ist eine verstärkte Nutzung von Routinedaten eine der effektivsten und einfachsten Möglichkeiten, Bürokratie abzubauen und gleichzeitig die Qualitätssicherung zu verbessern. Vielfach könnten Primärerhebungen durch Routinedaten ersetzt oder zumindest ergänzt werden. Konkret ist die Nutzung der Daten nach § 21 KHentG ein Schritt in die richtige Richtung. Die Nutzung der Abrechnungsdaten der Krankenkassen aus anderen Leistungsbereichen wäre der richtige nächste Schritt. Dies würde auch die leistungsbereichsübergreifende Ausgestaltung erheblich erleichtern. Letztere bietet nämlich eine wichtige Entwicklungsperspektive für die Qualitätssicherung. Verlaufsbeobachtungen (insbesondere Longitudinalstudien zur Ergebnisqualität), die über den Krankenhausaufenthalt hinausgehen, und Ereignisse bzw. Behandlungsanlässe in anderen Krankenhäusern und Leistungsbereichen sind geeignet, die Ergebnisqualität umfassender zu bewerten als dies heute der Fall ist. Hierzu bedürfte es allerdings der entsprechenden Datengrundlagen, die insbesondere über die pseudonymisierten Bezüge (Fall- ohne Versichertenbezug) zusammenführbar sein müssen.

Schließlich sollte bei der künftigen Ausgestaltung der Qualitätssicherung die Versichertenperspektive stärker in den Vordergrund gerückt werden. Nicht nur chronisch Kranke, die in ihrer Krankheitskarriere ein „Expertenwis-

sen“ aufgebaut haben, sondern die meisten behandelten Patienten können eine gewisse Einschätzung zu den strukturellen Voraussetzungen des Leistungserbringers, dem Behandlungsverlauf und auch dem Behandlungsergebnis abgeben, die nicht unbeachtet bleiben sollte. Versicherten- bzw. Patientenbefragungen sollten insoweit stärker als bisher in die Qualitätssicherung – als Hinweis und Maßstab – einbezogen werden.

### 5.3 Das Land kontrolliert die Umsetzung der Qualitätsvorgaben.

Schon aus wettbewerblichen Gründen werden Krankenkassen auf die Einhaltung oder Überschreitung der Qualitätsvorgaben achten. Letztverantwortlich an dieser Stelle sollte jedoch wie bei der Krankenhaus-Rahmenplanung das Land sein. Seine Aufgabe ist es im hier vorgeschlagenen Modell, die Versorgung der Bevölkerung nicht nur in quantitativer Hinsicht und mit Blick auf die Erreichbarkeit zu überwachen, sondern auch mit Blick auf die Qualität. Maßstab hierfür sind die gesetzlichen und durch den G-BA konkretisierten Vorgaben. Neben der hierzu erforderlichen Transparenz über das Leistungsgeschehen und die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen müssten die Länder mit entsprechenden Kontroll- und Sanktionsbefugnissen ausgestattet werden, die im Zweifel auch zur Schließung von Krankenhäusern führen können. Abbildung 3 veranschaulicht zusammenfassend nochmals die Maßnahmen zur Qualitätssicherung im neuen System.

## 6 Fazit

In diesem Beitrag wurde ein umfassendes Modell zur ordnungspolitischen Neuausrichtung im Krankenhausbereich vorgestellt. Dabei steht eine Individualisierung und Liberalisierung des Krankenhaus-Vertragsrechts im Vordergrund. Es wurde dargelegt, dass eine gewünschte Intensivierung des Wettbewerbs aber nur dann eintreten wird, wenn gleichzeitig die Möglichkeiten der Krankenkassen zur Steuerung der Inanspruchnahme ausgebaut werden. Des Weiteren wurde die Notwendigkeit der Einführung der Monistik aufgezeigt. In einem solchen wettbewerblich ausgestalteten Krankenhaussystem sind jedoch Modifikationen im Bereich der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen sowie flächendeckenden Versorgung notwendig, die vor allem die Krankenhausaufsicht der Länder betreffen. Anstatt wie bisher Standorte vorzugeben, wären sie dabei angehalten, Rahmenvorgaben zu erstellen und diese zu kontrollieren.

Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die hier vorgeschlagenen Maßnahmen prinzipiell auch unabhängig voneinander durchgeführt werden können. Allerdings besteht dann die akute Gefahr, dass die Wirkung der Einzelmaßnahmen verpufft. Die Wettbewerbsintensivierung über eine Liberalisierung des Vertragsrechts verläuft im Sande, wenn nicht gleichzeitig den Kassen mehr Vertragsoptionen gegenüber ihren Versicherten eingeräumt werden. Ebenso wird der Wettbewerb nur dann effiziente

Resultate zum Vorschein bringen, wenn es durch die Einführung der Monistik zu effizienten Investitionsentscheidungen auf der betriebswirtschaftlichen Ebene eines Krankenhauses kommen kann und v. a. die Standortvorgabe durch die Länder aufgehoben wird.

Ob sich die politisch Verantwortlichen entscheiden, einen Schritt in Richtung Wettbewerb zu tun, bleibt abzuwarten. Der Beschluss der Gesundheits-Minister-Konferenz (GMK) weist leider in eine andere Richtung.<sup>17</sup> Der Bund oder besser das Bundesgesundheitsministerium, das nunmehr mit der Vorlage eines Gesetzentwurfes am Zuge ist, sollte gleichwohl den Schritt in Richtung Wettbewerb wagen. Im Zweifel sollte mit Blick auf die Zustimmungspflicht durch die Länder im Bundesrat zumindest der Einstieg in ein Wettbewerbsmodell insoweit gesucht werden, als den Ländern die gesetzlichen und tatsächlichen Möglichkeiten hierzu gegeben werden.

## Literatur

- Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (2007), Zukunft der Krankenhausversorgung – Konzept der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) zur Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung unter Berücksichtigung der Finanzierungsfragen, 16.11.2007.
- Cassel, D., Ebsen, I., Greß, S., Jacobs, K., Schulze, S., Wasem, J. (2006), Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung - Vorschläge für kurzfristig umsetzbare Reformschritte, Gutachten im Auftrag des AOK Bundesverbandes.
- Felder, S., Fetzter, S., Wasem, J. (2007a), Wie ist mehr Vertragswettbewerb in der Krankenhausversorgung zu erreichen, Schriftenreihe des Wissenschaftlichen Beirats der Betrieblichen Krankenversicherung, Essen (erscheint demnächst).
- Felder, S., Fetzter, S., Wasem, J. (2007b), Was vorbei ist, ist vorbei: Zum Übergang in die monistische Krankenhausfinanzierung, in: Klauber, J., Robra, B.-P., Schellschmidt, H. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2007, S. 143 - 153.
- Fetzer, S., Focke K. (2007), Monistische Finanzierung im Krankenhaussektor: Weg in die Zukunft statt Vergangenheitsbewältigung, in: Die BKK, 08/2007, S. 342 - 346.
- Gesundheitsministerkonferenz der Länder (2007), Zukunft der Krankenhausversorgung - Konzept zur Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung unter Berücksichtigung der Finanzierungsfragen, Umlaufbeschluss der 80. GMK vom Dezember 2007.
- Hermann, C. (2006), Monistik ante portas – Notwendigkeiten und Wege des Umstiegs auf eine effizienzorientierte Krankenhausfinanzierung, in: Klauber, J., Robra, B.-P., Schellschmidt, H. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2006, S. 101 - 116.
- Leber, W.-D., Malzahn, J., Wolff, J. (2007), Elektiv wird selektiv – Grundzüge eines wettbewerbsorientierten, nach Leistungen differenzierenden Ordnungsrahmens für Krankenhäuser ab dem Jahr 2009, in: Klauber, J., Robra, B.-P., Schellschmidt, H. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2007, S. 81 - 106.
- Liessem, V., Steinmeyer, H., von Laer, C. (2007), Die Anwendbarkeit von Wettbewerbs- und Kartellrecht auf gesetzliche Krankenkassen, Schriftenreihe des Wissenschaftlichen Beirats der Betrieblichen Krankenversicherung, Essen.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007), Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Gutachten 2007.
- Tuschen, K., Rau, F. (2006), Wettbewerb ist kein Selbstzweck – Für den Übergang sind Festpreise ein notwendiges Instrument, in: f&w, 23 (4), S. 386 - 392.

## Fußnoten

- 1 Der vorliegende Reformvorschlag wurde für das BKK-System entwickelt.
- 2 Eine umfassendes Plädoyer für eine Intensivierung des Vertragswettbewerbs in der GKV findet sich bei Cassel et al. (2006).

- 3 Mit dem Spannungsfeld eines Vertragswettbewerbs im stationären Bereich und der derzeitigen Ausgestaltung der vertragsärztlichen Vergütung beschäftigen sich Felder, Fetzter und Wasem (2007a).
- 4 Eine Trennung zwischen kollektiv zu kontrahierenden Notfällen und individuell zu kontrahierenden elektiven Fällen wie im Modell von Leber, Malzahn und Wolff (2007) ist hierbei nicht erforderlich. Ungewollte oder strategieanfällige Interdependenzen zwischen einem kollektiven (Notfall-)Vertragsbereich und einem wettbewerbslichen (Elektiv-)Vertragsbereich werden vermieden. Gleichwohl ist davon auszugehen, dass auch im hier beschriebenen Vorschlag der Wettbewerb zunächst und am stärksten im elektiven Bereich zum Tragen kommt. Dies dürfte schon allein darin begründet sein, dass Notfallleistungen schwerer zu steuern sind und insoweit faktisch eine Monopolstellung des Krankenhauses entsteht.
- 5 Vorbild kann hierfür der Hilfsmittelbereich sein, in dem gesetzlich vorgeschrieben ist (§ 127 SGB V), dass Verträge vorrangig ausgeschrieben werden sollen. Dies wäre auch ein wichtiger Beitrag zur Transparenz mit Blick auf die Überwachung der Sicherstellung der stationären Versorgung durch die Länder.
- 6 Vgl. hierzu ausführlich Liessem, Steinmeyer und von Laer (2007).
- 7 Für nicht über bewertete DRGs vergütete Leistungen kommen wie bisher pauschale Vergütungen zur Anwendung.
- 8 Die oftmals gegen einen zügigen Übergang in die Monistik angeführten Argumente „Abbau des Investitionsstaus“ und „Herstellung gleicher Startchancen“ erweisen sich bei einer genaueren Betrachtung als nicht haltbar; vgl. auch Felder, Fetzter und Wasem (2007b) und Fetzter und Focke (2007). Dort finden sich auch weitere Argumente für die Vorteilhaftigkeit einer monistischen Finanzierung.
- 9 Vgl. hierzu auch Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007).
- 10 Alternative Möglichkeiten der Gegenfinanzierung finden sich z.B. in Hermann (2006).
- 11 Hierdurch würde auch eine wichtige Voraussetzung zur Überwindung der Inkonsistenz zwischen der vertragsgärtlicher Bedarfsplanung einerseits (die hier nicht Gegenstand der Betrachtung ist) und der Krankenhausplanung andererseits geschaffen.
- 12 Dabei ist die Abweichung nach „unten“ ausgeschlossen, um ein (Mindest-)Versorgungsniveau mit Blick auf Verfügbarkeit und Erreichbarkeit sicherzustellen; der insoweit konkretisierte Leistungskatalog gilt mithin bundesweit. Abweichende Vorgaben der Länder an die Krankenkassen nach „oben“ (höhere Verfügbarkeit und Erreichbarkeit) könnten insbesondere dann zugelassen werden, wenn die dadurch entstehenden Mehrkosten durch die Länder finanziert werden, die sie verursachen.
- 13 Unabhängig von den Vergütungs- und Vertragsformen, die von den Vertragsparteien vereinbart werden, bleibt die sanktionsbewehrte Vorgabe an die Krankenhäuser erhalten, die Daten nach § 21 KHEntgG zu liefern. Dies gilt selbstverständlich auch für die Datenerhebungen und -lieferungen im Rahmen der verpflichtenden Qualitätssicherung. Die Datenlieferungen nach § 21 KHEntgG sollten hierbei zur Erhöhung der Aktualität auf einen quartalsweisen Rhythmus mit nur wenigen Wochen Verzögerung umgestellt werden.
- 14 Die Kontrolle der Vorgaben muss sich im Übrigen nicht an alle ca. 250 Krankenkassen richten, sondern an die Krankenkassen und v. a. deren Arbeitsgemeinschaften, die in dem jeweiligen Land resp. der jeweiligen Region Versicherte vorweisen. Mit Blick auf die derzeit real existierenden Gegebenheiten bedeutet dies, dass je Land etwa bis zu acht Krankenkassen und Arbeitsgemeinschaften von der Landesbehörde zu adressieren sind.
- 15 Vgl. z.B. Tuschen und Rau (2006).
- 16 Dieses Problem tritt heute in der Integrierten Versorgung auf und wird durch eine stringente Orientierung an den ICD/OPS als auslösende Kriterien für die obligatorische Qualitätssicherung und eine entsprechende gesetzliche Vorgabe überwunden.
- 17 Im Konzept der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden (2007) vom 16. November 2007 wird im Wesentlichen am bestehenden System festgehalten. Dieses Papier wurde per Umlaufbeschluss von der 80. GMK mehrheitlich zur Kenntnis genommen mit dem Beschluss, es dem Bundesministerium für Gesundheit zu übersenden und bei der weiteren Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens in der Krankenhausversorgung zu berücksichtigen, vgl. Gesundheitsministerkonferenz der Länder (2007).