

Die BKK 10/2007

Das Modell des BKK Systems zum ordnungspolitischen Rahmen ab 2009 im Krankenhausbereich



Inklusive der Stellungnahme des BKK Bundesverbandes zur Expertenanhörung der AOLG am 20. September 2007 zur „Zukunft der Krankenhausversorgung“

Ordnungspolitischer Rahmen ab 2009 im Krankenhausbereich

Das Modell des BKK Systems / 26. September 2007 / Kurzfassung

	Seite		Seite
1	3	3.2	10
Wettbewerb ist Mittel zum Zweck und wird als solches für mehr Qualität, Bedarfsorientierung und Effizienz in den Mittelpunkt des ordnungspolitischen Rahmens gestellt.		3.3	10
2	3	3.4	10
Im Zentrum steht die Liberalisierung und Individualisierung des Vertragsrechts.		3.5	10
2.1	3	Belastungen der GKV ausgeglichen.	
Frei verhandelte Verträge im Rahmen eines liberalisierten und individualisierten Vertragsrechts stellen künftig die erste Option im Krankenhaus-Vertragsgeschäft dar.		3.6	10
2.2	4	„Investitionsstaus“ oder ungleiche „Startbedingungen“ stehen der Monistik nicht entgegen.	
Das KHG, das KHEntgG und die BpflV dienen übergangsweise als erste Rückfalllinie und schützen vor vertragslosen Zuständen.		3.7	10
2.3	5	Wettbewerbsverzerrungen zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten werden überwunden.	
Der Landesbasisfallwert als zweite Rückfalllinie ist die Entgeltform bei vertragslosen Zuständen aufgrund geringer Belegung.		3.8	11
2.4	5	Ausschließlich das Krankenhaus entscheidet über Investitionen.	
Die Konvergenzphase wird wie vorgesehen im Jahr 2009 beendet.		4	11
2.5	5	Die Krankenhausplanung zur Sicherstellung der Versorgung im Sinne der Daseinsvorsorge durch die Länder wird so weiterentwickelt, dass sie die Handlungsspielräume für die Akteure im Wettbewerb erweitert.	
2.6	6	4.1	11
Staatliche Preisvorgaben werden ausgeschlossen.		Die kapazitäts- und leistungserbringerbezogene Standortplanung wird durch den leistungs- und krankenkassenbezogenen Kontrahierungszwang ersetzt.	
2.7	6	4.2	11
Leistungsverträge sind vorrangig auszuschreiben.		Die Methoden der Rahmenplanung werden auf Bundesebene abgestimmt.	
2.8	6	4.3	12
Krankenkassen können sich weiterhin zu im Wettbewerb handlungsfähigen Verhandlungsgemeinschaften zusammenschließen.		Die Länder erlassen konkrete Vorgaben an die Krankenkassen, deren Umsetzung überprüfbar ist.	
2.9	6	4.4	12
Bundes- oder Landesbasisfallwert: Diese Frage verliert künftig an Bedeutung.		Die Planung von konkreten Standorten wird explizit ausgeschlossen.	
2.10	6	4.5	13
Die Wahloptionen für die Versicherten und die Möglichkeiten zur Steuerung der Inanspruchnahme durch die Krankenkassen werden als wichtige Instrumente für einen funktionsfähigen Wettbewerb ausgebaut.		Nach wie vor ist der Konsens aller Beteiligten auf Landesebene zu suchen.	
2.11	7	4.6	13
Die Wahlfreiheit für die Versicherten wird gestärkt.		Es bleibt bei der Letztentscheidung des Landes bei der Rahmenplanung.	
2.12	7	4.7	13
Die Pflicht zur Lieferung der für die Krankenhausplanung, die Qualitätssicherung und die Weiterentwicklung des DRG-Systems erforderlichen Daten bleibt erhalten.		Die Trägervielfalt bleibt gerade im Wettbewerb erhalten.	
2.13	8	4.8	13
Vertragswettbewerb setzt konkrete positive Anreize für Individualverträge.		Defizitfinanzierungen bleiben weiterhin möglich, soweit Europa- bzw. Wettbewerbsrecht dies erlauben.	
2.14	8	4.9	14
Vertragswettbewerb sichert den Zugang zum medizinisch-technischen Fortschritt. Zur Sicherstellung eines Mindestversorgungsniveaus bezogen auf neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gelten weiterhin die bundesweiten Vorgaben.		Durch die Aufhebung der staatlichen Krankenhausplanung und die Vertragsfreiheit wird Newcomer-Wettbewerb besser ermöglicht.	
2.15	9	5	14
Vertragswettbewerb sichert den zeitnahen Zugang zur Versorgung. Zur Sicherstellung eines Mindestversorgungsniveaus in Bezug auf den zeitnahen Zugang zur Versorgung werden durch den Staat auf Bundesebene allgemeine und auf Landesebene konkrete Normen gesetzt.		Die Qualitätssicherung als wichtige Voraussetzung für einen funktionsfähigen Wettbewerb wird ausgebaut, leistungsbereichsübergreifend und transparenter ausgestaltet. Hierbei werden verstärkt Routinedaten genutzt.	
2.16	9	5.1	14
Vertragswettbewerb stärkt das Solidarprinzip in der GKV. Der Leistungskatalog der GKV bleibt als solidarisch finanzierter Mindestleistungskatalog unberührt.		Wettbewerb fördert Qualität.	
2.17	9	5.2	15
Vertragsfreiheit bietet Chancen und Risiken für jeden einzelnen Akteur. Insgesamt werden Bedarfsgerechtigkeit, Qualität und Effizienz gesteigert, aber auch Wachstumschancen eröffnet. Defizitfinanzierungen von wirtschaftlichen Krankenhäusern werden überwunden.		Reiner „Qualitätswettbewerb“ ist eine Fiktion. Echter Qualitätswettbewerb kommt im Vertragswettbewerb zum Tragen. Zur Sicherstellung eines qualitativen Mindestversorgungsniveaus gelten weiterhin die bundesweiten Qualitätsvorgaben.	
3	10	5.3	15
Die Monistik wird als ökonomisch sinnvollere Lösung zur Investitionsrefinanzierung beitragsstabil eingeführt.		Transparenz ist entscheidend für die Qualitätssicherung und den Wettbewerb. Sie wird konsequent umgesetzt.	
3.1	10	5.4	15
Monistik fördert effiziente Entscheidungen.		Qualität endet nicht bei der Entlassung aus dem Krankenhaus. Die Qualitätssicherung wird leistungsbereichübergreifend ausgebaut.	
		5.5	16
		Versicherte können Qualität gut einschätzen. Ihre Zufriedenheit soll stärkere Beachtung finden.	
		5.6	16
		Routinedaten werden stärker genutzt und ausgebaut.	
		5.7	16
		Das Land kontrolliert die Umsetzung der Qualitätsvorgaben.	

Ordnungspolitischer Rahmen ab 2009 im Krankenhausbereich

Das Modell des BKK Systems / 26. September 2007 / Langfassung

1 Wettbewerb ist Mittel zum Zweck und wird als solches für mehr Qualität, Bedarfsorientierung und Effizienz in den Mittelpunkt des ordnungspolitischen Rahmens gestellt.

Die Neuordnung des ordnungspolitischen Rahmens im Krankenhausbereich ab 2009 sollte so gestaltet werden, dass der Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern, aber auch zwischen den Krankenkassen gestärkt wird. Dies kann durch eine stärkere Individualisierung und Liberalisierung des Krankenhaus-Vertragsrechts sowie eine wettbewerbliche Ausrichtung der Krankenhausplanung und Krankenhaus-Investitionskostenfinanzierung erreicht werden. 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). 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.

Im Zuge des 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 diesen Themenfeldern wird aber im Folgenden abgesehen, da es hierzu einer umfassenden wettbewerblichen Neuordnung insbesondere des vertragsärztlichen Bereichs bedürfte und damit die vorgegebene Themenstellung sprengen würde. Der im Folgenden beschriebene Reformvorschlag konzentriert sich daher auf die stationäre Versorgung.

2 Im Zentrum steht die Liberalisierung und Individualisierung des Vertragsrechts.

2.1 Frei verhandelte Verträge im Rahmen eines liberalisierten und individualisierten Vertragsrechts stellen künftig die erste Option im Krankenhaus-Vertragsgeschäft dar.

Wie in anderen Wirtschaftsbereichen und generell in einem freiheitlichen Gesellschafts- und Wirtschaftssystem üblich, muss auch im Krankenhausbereich Vertragsfreiheit gelten. Frei verhandelte Verträge müssen die erste Vertragsoption darstellen und sich mittelfristig zur vorherrschenden Vertragsform entwickeln. Denn frei verhandelte Verträge sind für die Akteure das Wettbewerbsinstrument schlechthin. Nur durch diese Liberalisierung des Vertragsrechts kann echter Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) überhaupt stattfinden. Nur so kann Wettbewerb als Mittel dem Zweck dienen, nämlich der Erhöhung von Qualität und Wirtschaftlich-

keit. Konkret bedeutet dies, dass das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und die Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) für diese Verträge nicht mehr gelten. Um aber einerseits einen „fließenden“ Systemübergang zu gewährleisten und andererseits im neuen System eine ausreichende Versorgung stationärer Krankenhausleistungen herzustellen, werden im neuen System die bislang gesetzlichen Regelungen – in modifizierter Form – als Rückfalllinien verwendet. Damit sollen vertragslose Zustände verhindert werden (vgl. auch Abbildung 1).

Für die Stärkung des Wettbewerbs durch Vertragswettbewerb ist neben der Liberalisierung des Vertragsrechts auch dessen Individualisierung notwendig. Die Individualisierung wird dadurch erreicht, dass den Beteiligten die Möglichkeit eingeräumt wird, ihre Vertragspartner auf beiden Seiten frei zu wählen: Mit Blick auf die Krankenhausseite bedeutet dies die Überwindung des leistungserbringerbezogenen Kontrahierungszwangs. Mit Blick auf die Krankenkassenseite bedeutet dies die Überwindung des „gemeinsam“ bzw. „gemeinsam und einheitlich“. Die potenziellen Vertragsparteien haben dann die Möglichkeit, die Zusammensetzung der tatsächlichen Vertragsparteien in jeder Vertragssituation frei zu wählen (keine gesetzlichen Vorgaben bzgl. der Vertragssettings).

Eine Trennung zwischen kollektiv zu kontrahierenden Notfällen und individuell zu kontrahierenden elektiven Fällen ist im vorgeschlagenen Modell nicht erforderlich. Ungewollte oder strategiefähige Interdependenzen zwischen einem kollektiven (Notfall-)Vertragsbereich und einem wett-

bewerblichen (Elektiv-)Vertragsbereich werden vermieden. Gleichwohl ist davon auszugehen, dass auch in diesem Modell 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 eine Monopolstellung des Krankenhauses entsteht.

Mit anderen Worten: Wettbewerbbliche individualvertragliche Vereinbarungen ohne gesetzliche Detailvorgaben und ohne Schiedsstellenfähigkeit stellen die prioritäre Vertragsform für alle Krankenhausleistungen dar. Es gilt Vertragsfreiheit! Die Vertragsinhalte werden von den Vertragsparteien frei von sozialrechtlichen Vorgaben geregelt (Preis, Leistungsgestaltung und -darbietung, Vertragslaufzeit, gemeinsames Marketing etc.). Damit kann der effizienzfördernde Wettbewerb den Prozess von Innovation und Imitation auslösen. Vertragliche Lösungen nach gesetzlichen Detailvorgaben (KHG, KHEntgG und BPfIV)

stellen lediglich eine Rückfalloption für den Fall dar, in dem die prioritäre Vertragsform – aus welchen Gründen auch immer – nicht zum Tragen kommt. Sie stellt sicher, dass es im Ergebnis in jedem Fall zu einem Vertragsabschluss zwischen den Vertragsparteien kommt. Damit bleibt für die Versicherten ein ausreichendes Angebot an stationärer Leistung auch im neuen Modell erhalten.

2.2 Das KHG, das KHEntgG und die BPfIV dienen übergangsweise als erste Rückfalllinie und schützen vor vertragslosen Zuständen.

Kommt es in dem von Vertragsfreiheit geprägten wettbewerblichen System im Einzelfall zu keinem individuellen Vertrag, soll – wie bisher auch – das Krankenhausfinanzierungsrecht gelten (Rückfalllinie 1). Konkret wird dies immer dann der Fall sein, wenn aufgrund der Ausnutzung einer marktbeherrschenden Stellung eines Krankenhauses in einer Region es den Krankenkassen nicht möglich ist, die Vorgaben der Länder zur Versorgung mit Krankenhausleistungen durch entsprechende Verträge zu erfüllen (vgl. auch Kapitel 4).

Die dann folgende „klassische“ Pflegesatzverhandlung nach KHG/KHEntgG/BPfIV findet jedoch nicht mehr kassenübergreifend und gemeinsam statt, 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 BPfIV und § 8 Abs. 1 KHEntgG (einheitliche Berechnung der Pflegesätze für alle Benutzer des Krankenhauses) entfallen. Hierbei gilt weiterhin die 5 %-Hürde, d. h., Krankenhäuser müssen nur mit Krankenkassen bzw. deren Arbeitsgemeinschaften verhandeln, deren Belegungsanteil über 5 % liegt. Damit wird verhindert, dass das Krankenhaus vor einer unübersichtlichen Anzahl an Vertragsverhandlungen steht. Der bislang gültige leistungserbringerbezogene Kontrahierungszwang wird in diesem Fall durch einen leistungsbezogenen Kontrahierungszwang ersetzt, in welchem Krankenkassen und Krankenhäuser sich einigen müssen (Schiedsstellenfähigkeit). 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 besetzt ist.

Es wird weiterhin ein Landesbasisfallwert von den Vertragsparteien auf Landesebene vereinbart. Dieser spielt in diesen Verhandlungen nur noch so lange eine Rolle, als die Konvergenzphase nicht abgeschlossen ist. Um Strategieanfälligkeiten zu verhindern, wird seine Fortschreibung strenger als bisher an die Grundlohnsummenentwicklung

Abbildung 1:



gebunden. Für Krankenhausleistungen, die nicht vertraglich vereinbart wurden, gelten enge Ausgleichsmechanismen. Dies gilt insbesondere für hohe Mehrerlösausgleiche, so dass die beim Krankenhaus verbleibenden zusätzlichen Erlöse unterhalb der zusätzlichen variablen Kosten liegen. Weiterhin gibt es keine Regelungen zum Mindererlösausgleich. Hierdurch wird vermieden, dass Krankenhäuser Monopolstellungen ausnutzen und auf die Rückfalllinie spekulieren, anstatt Individualverträge abzuschließen.

Überdies hinaus 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. Vielmehr ist davon auszugehen, dass bei Einführung des Modells zunächst und wie bisher Verträge gemäß der klassischen Pflegesatzverhandlung abgeschlossen werden – nur eben nicht mehr gemeinsam und einheitlich, sondern kassenindividuell bzw. auf Ebene der Arbeitsgemeinschaften. Ob sich im weiteren zeitlichen Verlauf dann wirklich von diesen Regelungen abweichende frei verhandelte Verträge durchsetzen werden, wird der Wettbewerb zeigen. Vertragsfreiheit ist nämlich kein Selbstzweck, sondern nur Mittel zur Intensivierung des Wettbewerbs und damit 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.

2.3 Der Landesbasisfallwert als zweite Rückfalllinie ist die Entgeltform bei vertragslosen Zuständen aufgrund geringer Belegung.

Für Versicherte, 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 der jeweilige Landesbasisfallwert bzw. für die BpflV-Bereiche landesweit vereinbarte Vergütungssätze als zweite Rückfalloption (Marginalitätsklausel). 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“ Inanspruchnahmen („Urlaubsfälle“). Anstelle expliziter Verträge entsteht hier ein Vertrag, der sich einerseits aus der Behandlungspflicht des Krankenhauses und andererseits aus der Zahlungspflicht der Krankenkasse ergibt.

Des Weiteren wird gesetzlich vorgegeben, dass 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 die Rückfalllinie 2 spekulieren, statt Individualverträge in Rückfalllinie 1 oder frei verhandelte Verträge abzuschließen. Für nicht über bewertete DRGs vergütete Leistungen kommen wie bisher pauschale Vergütungen zur Anwendung.

2.4 Die Konvergenzphase wird wie vorgesehen im Jahr 2009 beendet.

Grundvoraussetzung für einen fairen Vertragswettbewerb ist die Vollendung der DRG-Konvergenzphase. Weitere Prolongationen der Konvergenz oder Ausnahmen behindern den Wettbewerb. Sie setzen das Gegenteil von Vertragsfreiheit voraus, nämlich gesetzliche Detailregelungen zur Anpassung an einen landesweiten einheitlichen Verkaufspreis für Krankenhausleistungen.

1999 wurde die Einführung der DRGs beschlossen, mithin bestand und besteht bis Ende 2009 eine Dekade Zeit für alle Beteiligten, sich hierauf einzustellen. Die bereits

einmal verlängerte Konvergenzphase sollte nicht (beliebig) weiter verlängert werden. Hierunter litte auch die Glaubwürdigkeit bei allen Beteiligten bezogen auf die Zielsetzung (Geld folgt der Leistung).

2.5 Staatliche Preisvorgaben werden ausgeschlossen.

Staatliche Preisvorgaben behindern den Wettbewerb. Dies gilt auch für Fest- und Mindestpreise, die nach gesetzlichen Detailvorgaben durch die Selbstverwaltungspartner auf der Landesebene zu vereinbaren und verbindlich anzuwenden sind, sowie für Höchstpreise. Staatliche Preisvorgaben im Einzelfall (Sicherstellungszuschläge), die auf den Erhalt einzelner Fachabteilungen oder Krankenhäuser ausgerichtet sind, behindern den Wettbewerb wohl am stärksten. Sie stellen immer einen (willkürlichen) Eingriff in den Wettbewerb dar, auch wenn sich der Erhalt eines Krankenhauses oder einer Fachabteilung in jedem Einzelfall immer begründen lässt.

In einem von Vertragsfreiheit geprägten wettbewerblichen System kann es auch keine gesetzliche Vorgabe an die Vertragsparteien geben, das DRG-System als Vergütungssystem anzuwenden zu müssen. Allerdings kann das DRG-System von nützlicher Bedeutung für die Vertragsparteien sein, an dem sie sich orientieren oder das sie auch anwenden können, aber eben nicht müssen.

Ein kollektiver Preis, der nach gesetzlichen Vorgaben vereinbart wird (DRG-Relativgewicht x Landesbasisfallwert, inkl. Investitionskostenanteil als Zuschlag oder Bestandteil des Relativgewichtes), sollte nur ersatzweise zur Anwendung kommen, soweit es nicht zu vertraglich vereinbarten Preisen gekommen ist (Ersatzpreissystem). Die Anwendung des DRG-Systems soll also lediglich bei vertragslosen Zuständen (Rückfalllinie 2) und bei nach gesetzlichen Detailvorgaben geschlossenen Verträgen (Rückfalllinie 1) de jure vorgegeben sein.

2.6 Es gilt das allgemeine Wettbewerbsrecht (GWB und UWG).

Auch und gerade in einem wettbewerblichen Ordnungsrahmen muss sichergestellt werden, dass einzelne Akteure nicht den Wettbewerb behindern. Dies gilt insbesondere mit Blick auf Fusionen, Kartelle und den Missbrauch der Marktmacht. Hierzu hat sich in anderen Branchen, aber auch im Gesundheitswesen das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) und das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) bewährt. Diese Gesetze haben auf der Krankenhausseite, auf der Kassenseite und auch für das Verhältnis zwischen diesen beiden Seiten zu gelten. Insbesondere bei Fusionen und Kooperationen auf Krankenhaus- und Krankenkassen-seite muss 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 und der Streichung des § 69 SGB V.

2.7 Leistungsverträge sind vorrangig auszuschreiben.

Jenseits europarechtlicher Vorgaben ist es durchaus auch ökonomisch angezeigt, die Vertragsfreiheit mit der (nationalrechtlichen) Vorgabe zur Ausschreibung durch die Krankenkassen zu verbinden. 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. Natürlich ist dies im Vergleich zum bestehenden kollektivvertraglichen System mit zusätzlichem Aufwand verbunden. Dieser lässt sich aus betriebswirtschaftlicher Sicht jedoch rechtfertigen, weil hierdurch die notwendige Markttransparenz für die potenziellen Akteure hergestellt wird und Transparenz eine wichtige Voraussetzung

für funktionsfähigen Wettbewerb ist. Im Übrigen lässt die Verdingungsordnung Leistungen (VOL) immer dann Ausnahmen von der Ausschreibungspflicht zu, soweit diese den Wettbewerb nicht beeinträchtigen. Des Weiteren können bei Geltung der Vertragsfreiheit die Inhalte eines Vertrages sehr flexibel ausgestaltet sein: Flexible Vertragslaufzeiten können ebenso vereinbart werden wie gleitende Preise oder bestimmte Qualitätsvorgaben. Darüber hinaus besteht auch die Möglichkeit zur Ausschreibung von Vertragsverhandlungen (Verhandlungsverfahren).

2.8 Krankenkassen können sich weiterhin zu im Wettbewerb handlungsfähigen Verhandlungsgemeinschaften zusammenschließen.

Die Krankenkassen werden im Vertragsgeschäft auf ihre bestehenden Verhandlungsstrukturen aufbauen. Krankenkassen werden dabei vermutlich wie bisher auch als Arbeitsgemeinschaften analog § 18 KHG auftreten (Verhandlungsgemeinschaften). Ob und wie Krankenkassen im Krankenhaus-Vertragsgeschäft zusammenarbeiten, wird sich jedoch auch an dieser Stelle im Wettbewerb zeigen: dem Wettbewerb der Verbände, Krankenkassen und privaten Anbieter um die Mandate der Krankenkassen im Vertragsgeschäft mit den Krankenhäusern. Hierzu bedarf es keiner staatlichen Vorgaben. Inhaltlich ist das geltende Recht (§ 18 KHG) an dieser Stelle hinreichend. Entscheidend wird für die Krankenkassen sein, dass sie in der Lage sind, im Wettbewerb zu bestehen und die Mindestvorgaben des Landes umsetzen zu können.

2.9 Bundes- oder Landesbasisfallwert: Diese Frage verliert künftig an Bedeutung.

Die Diskussion, ob es nach Vollendung der Konvergenzphase gesetzliche Regelungen in Richtung eines bundeseinheitlichen Basisfallwertes geben soll, ist derzeit 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 an Bedeutung ab, wenn sie – wie hier vorgeschlagen – nur als Rückfalloption zur Anwendung kommen und individualvertraglich vereinbarte Preise an Bedeutung gewinnen. Außerdem muss dem Grunde nach infrage gestellt werden, ob ein (bundes)einheitlicher Verkaufspreis für Krankenhausleistungen überhaupt gewollt sein kann.

2.10 Die Wahloptionen für die Versicherten und die Möglichkeiten zur Steuerung der Inanspruchnahme durch die Krankenkassen werden als wichtige Instrumente für einen funktionsfähigen Wettbewerb ausgebaut.

Quantitative Marktpräsenz vs. qualitative Marktfähigkeit

Vertragsoptionen der Krankenkassen gegenüber den Leistungserbringern müssen mit entsprechenden Versicherungsoptionen gegenüber den Versicherten korrespondieren können. Hierdurch wird die Vertragsfähigkeit mit Blick auf die Vertragsumsetzung auf der Kassenseite zunehmen und damit werden auch die Individualverträge gefördert. Denn entscheidend für das Krankenhaus ist, dass die Krankenkasse als Vertragspartner überhaupt in der Lage ist, die für eine erfolgreiche Umsetzung von Individualverträgen erforderliche Nachfrage zu beeinflussen. Die Nachfragemenge (hoher Belegungsanteil) allein ist 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 und auch die Aufhebung des leistungserbringerbezogenen Kontrahierungszwangs 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 zu können, 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.

Vom Payer zum Player durch Optionen zur Vertragsumsetzung

Der Abschluss von Verträgen ist also immer nur die eine Seite des Vertragsgeschäftes. Die Umsetzung von Verträgen ist die andere (wichtigere) Seite des Vertragsgeschäftes. Krankenkassen haben derzeit aber nur einen stark eingeschränkten Einfluss auf die Inanspruchnahme der Krankenhausleistungen und damit auf die Umsetzung der Verträge, also auf die zweite (wichtigere) Seite des Vertragsgeschäftes. 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.

Deshalb müssen die Möglichkeiten der Krankenkassen erweitert werden, ihren Versicherten Wahloptionen und Beratungen anzubieten und die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen proaktiv beeinflussen zu können; selbstverständlich auf freiwilliger Basis und immer nur mit Zustimmung des Versicherten. Dies gilt auch mit Blick auf die einweisenden Ärzte. Den Ver-

sicherten werden dadurch größere Wahlmöglichkeiten eröffnet; u. a. können sie sich auch für die freie Krankenhauswahl entscheiden.

Konkret fehlt es an den expliziten Rechtsgrundlagen für Wahl- und Beratungsangebote mit Blick auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der (individuell kontrahierten oder nicht individuell kontrahierten) Leistungserbringer. In der Regel können Aktivitäten der Krankenkassen in diesem Sinne wettbewerbsrechtlich als Eingriff in fremden Wettbewerb unterbunden werden oder weil den Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts die sozialrechtliche 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).

Würde man den Krankenkassen hingegen diese Möglichkeiten einräumen, so würden diese von „Payer zu Player“ im Wettbewerb werden. Beispielsweise liegt 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 schlechten Angebots hätte sie in Form von Versichertenabwanderung zu tragen. Damit bestehen genügend Anreize, dass Krankenkassen im Einzelfall ein Versorgungsmanagement zugunsten einer qualitativen und wirtschaftlichen Versorgung im Interesse des Versicherten betreiben.

2.11 Die Wahlfreiheit für die Versicherten wird gestärkt.

An dieser Stelle sei auf Folgendes hingewiesen. In einem wettbewerblichen Modell, das den Krankenkassen Vertragsfreiheit gegenüber den Leistungserbringern und Versicherten eröffnet, wird es keine Einschränkungen der Krankenhauswahl der Versicherten geben. Die freie Krankenhauswahl bleibt erhalten. So bedarf es z. B. keiner gesetzlichen Vorgabe, dass ein Versicherter, der ein anderes als das (etwa für die elektiven Leistungen) von seiner Krankenkasse kontrahierte Krankenhaus wählt, die Mehrkosten tragen muss. Der Versicherte entscheidet vielmehr, ob er entsprechende Tarifangebote seiner Krankenkasse (oder im Zweifel einer konkurrierenden Krankenkasse) in Anspruch nimmt. Nochmals: Der Leistungsanspruch des Versicherten, wie er im Gesetz kodifiziert und durch den G-BA konkretisiert ist, bleibt unberührt. Dies sollte auch für die freie Krankenhauswahl gelten; die Absätze 2 und 3 des § 39 SGB V (Mehrkostenregelung, gemeinsam und einheitlich zu erstellende Krankenhaus-Vergleichslisten) können dagegen entfallen.

2.12 Die Pflicht zur Lieferung der für die Krankenhausplanung, die Qualitätssicherung und die Weiterentwicklung des DRG-Systems erforderlichen Daten bleibt erhalten.

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.

Damit bleiben die Datengrundlagen für die Länder (Krankenhausplanung), für das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, InEK (Weiterentwicklung des DRG-Systems), für das statistische Bundesamt und die Landesämter (amtliche Kranken-

hausstatistiken), die GKV (Krankheitsarten und Leistungsstatistiken, die mittelfristig auf diese Datengrundlagen umgestellt werden sollten), für den G-BA (z. B. Mindestmengen, Strukturvorgaben, Bestimmung seltener und hochspezialisierter Erkrankungen), für das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, IQWiG (z. B. Forschungsaufträge des G-BA zur Auswirkung einzelner Beschlüsse) und für die Institution nach § 137a SGB V (Qualitätssicherung, derzeit Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung/BQS) erhalten. Die Datenlieferungen nach § 21 KHEntgG werden zur Erhöhung der Aktualität – insbesondere zur Überprüfung der Umsetzung der Krankenhausplanung (vgl. Kapitel 4 und 5) – auf einen quartalsweisen Rhythmus mit wenigen Wochen Verzögerung umgestellt.

2.13 Vertragswettbewerb setzt konkrete positive Anreize für Individualverträge.

Der Vertragswettbewerb setzt positive Anreize, sowohl für Krankenhäuser als auch für Krankenkassen. Zu den positiven Anreizen für die Krankenhäuser, Individualverträge abzuschließen, gehören:

- Mengenausweitungen, deren Realisierung von den kontrahierten Krankenkassen unterstützt werden kann,
- Erweiterungen des Leistungsspektrums, deren Realisierung ebenfalls von den kontrahierten Krankenkassen unterstützt werden kann (Streitigkeiten zwischen den Krankenkassen und Krankenhäusern um die Auslegung des Versorgungsvertrages – die aufgrund höchstrichterlicher Feststellung regelmäßig zulasten der Krankenkassen ausgehen – bleiben allerdings erhalten, solange es fiktive Versorgungsverträge per Krankenhausplan gibt, die zu unkonkret bzw. nicht leistungsbezogen konkretisiert sind), sowie
- höhere Preise (es kann und im Zweifel muss über Vergütungshöhen oberhalb des bisherigen Landesbasisfallwertes verhandelt werden).

Positive Anreize für die Krankenkasse, Individualverträge abzuschließen, sind:

- höhere Qualität,
- Zusatzleistungen,
- Mengenrabatte,
- Integrationsverträge (mit höherer Qualität und/oder Wirtschaftlichkeit),
- Leistungsoptionen gegenüber den Versicherten, die vertraglich unterfüttert sind.

Für die Krankenkasse wird 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. Folgende Wirkungen sind aus Krankenkassensicht möglich:

- Ausgabenstabilität: Die Krankenkasse schließt keine Individualverträge ab, sondern führt schiedsstellenfähige Pflege-satzverhandlungen wie üblich, nur kassenartenindividuell.
- Ausgabenenkungen: Der Krankenkasse gelingt es, Verträge abzuschließen, die besser sind als die Rückfalllinien (z. B. Rabatte, kostensenkende Integrationsverträge) und etwa deshalb erreicht werden können, weil die Marktmacht (Nachfragebündelung) oder auch die Professionalität im Vertragsgeschäft und bei der Vertragsumsetzung gestiegen ist (mehr Möglichkeiten zur Steuerung der Inanspruchnahme bzw. bessere Nutzung, gebündeltes Abrechnungsgeschäft).
- Gewollte Ausgabensteigerungen, denen eine Nutzenerhöhung gegenübersteht: Der Krankenkasse gelingt es, Verträge abzuschließen, die zwar ausgabenintensiver sind als die Rückfalllinien, deren Leistungen aber von den Versicherten bzw. von Teilen der Versicherten gewünscht und – etwa durch gesonderte Tarife – auch finanziert werden.
- Ungewollte Ausgabensteigerungen, denen keine Nutzenerhöhung gegenübersteht: Die Krankenkasse schließt Verträge, die unwirtschaftlicher sind als die

Rückfalllinie oder die schlechter sind als erwartet.

- Versichertengewinne und -verluste: Mit den abgeschlossenen Verträgen trifft die Krankenkasse (nicht) die Bedarfe der Versicherten bzw. Versichertengruppen nach vergleichsweise niedrigeren Tarifen und/oder qualitativ höherwertigen oder quantitativ umfangreicheren Leistungen (das durch das SGB V kodifizierte und durch den Gemeinsamen Bundesausschuss konkretisierte Leistungsrecht im Krankenhausbereich bliebe unberührt; selbstverständlich auch die solidarische Finanzierung dieser Krankenhausleistungen).

2.14 Vertragswettbewerb sichert den Zugang zum medizinisch-technischen Fortschritt. Zur Sicherstellung eines Mindestversorgungsniveaus bezogen auf neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gelten weiterhin die bundesweiten Vorgaben.

Ähnlich wie im Bereich der Qualitätssicherung werden auch im Bereich innovativer medizinischer Methoden und Verfahren bei den Krankenkassen und Krankenhäusern durch den Wettbewerb positive Anreizwirkungen gesetzt. 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 selbstverständlich auch 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.

2.15 Vertragswettbewerb sichert den zeitnahen Zugang zur Versorgung. Zur Sicherstellung eines Mindestversorgungsniveaus in Bezug auf den zeitnahen Zugang zur Versorgung werden durch den Staat auf Bundesebene allgemeine und auf Landesebene konkrete Normen gesetzt.

Die wettbewerblichen Anreize wirken selbstverständlich 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 (häufig eigentlich fälschlicherweise als elektive, also Wahlleistungen bezeichnet) 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 Versorgungssicherheit regelmäßig unkritisch sein dürften. Durch die allgemeinen und methodischen Vorgaben auf der Bundesebene zur Rahmenplanung und durch die konkreten Rahmenvorgaben auf der Landesebene normiert der Staat ein Mindestversorgungsniveau bezüglich des zeitnahen Zugangs zur Versorgung (vgl. Kapitel 4).

2.16 Vertragswettbewerb stärkt das Solidarprinzip in der GKV. Der Leistungskatalog der GKV bleibt als solidarisch finanzierter Mindestleistungskatalog unberührt.

Auch droht Versicherten im Einzelfall keine Unterversorgung aufgrund individuell mangelnder Zahlungsbereitschaft oder -fähigkeit. Denn der heutige Leistungskatalog der GKV bleibt als solidarisch finanzierter Mindestleistungskatalog unberührt. Im Übrigen wird durch den Vertragswettbewerb die Qualität und Wirtschaftlichkeit der

Krankenhausversorgung insgesamt verbessert. Hierdurch wird die Leistungsfähigkeit der über die GKV solidarisch finanzierten Krankenhausversorgung gestärkt und letztlich entlastet. Über den solidarisch finanzierten Leistungskatalog hinausgehende Leistungen sind 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 (§ 59 Abs. 9 SGB V). Die Handlungsspielräume des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) werden durch Vertragsmöglichkeiten unterfüttert und stellen ein wichtiges Instrument für einen funktionsfähigen Wettbewerb dar. Um eine Entwicklung zu verhindern, die für den solidarisch finanzierten Teil zu einem minderwertigen Versorgungsstandard führt, wird die Formulierung und Konkretisierung normativer quantitativer und qualitativer Mindeststandards entscheidend sein (gesetzliche Vorgaben zum Leistungskatalog und zur Qualität, Konkretisierungen durch den G-BA bzw. die Gremien auf Bundesebene, z. B. zur Abstimmung der Vorgaben zur leistungsbezogenen Krankenhausplanung; vgl. Kapitel 4 und 5).

2.17 Vertragsfreiheit bietet Chancen und Risiken für jeden einzelnen Akteur. Insgesamt werden Bedarfsgerechtigkeit, Qualität und Effizienz gesteigert, aber auch Wachstumschancen eröffnet. Defizitfinanzierungen von wirtschaftlichen Krankenhäusern werden überwunden.

In einem von Vertragsfreiheit geprägten Wettbewerb stecken 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 auszuscheiden. Dem steht für Krankenhäuser und Krankenkassen die Chance gegenüber, Marktanteile zu gewinnen.

In einem Wettbewerbsmodell werden nicht nur Anreize für mehr Bedarfsgerechtigkeit, Qualität und Effizienz gesetzt. Darüber hinaus besteht auch die Chance, dass nicht nur einzelne Krankenhäuser Marktanteile gewinnen, sondern der Krankenhausmarkt insgesamt wächst, auch über den Grundlohnsummenzuwachs der GKV hinaus. Letzteres jedoch nur insoweit, als dies auch von den Versicherten gewünscht wird bzw. deren Nutzeneinschätzung zur Bereitschaft für die Bereitstellung der hierfür erforderlichen zusätzlichen Mittel führt. Oder insoweit, als es im (wettbewerbsrechtlich durch das UWG, GWB regulierten) Krankenhausmarkt zu höheren Preisen in einzelnen Versorgungsregionen kommt und diese nicht durch niedrigere Preise in anderen Versorgungsregionen kompensiert werden. In beiden Fällen wäre der Ausgabenanstieg gerechtfertigt und ökonomisch sogar wünschenswert.

Staatliche Preisvorgaben werden durch wettbewerbliche Preisfindung ersetzt. Insofern wird es auch möglich sein, dass Krankenhäuser, die bisher Defizite aufwiesen und die ggf. durch die Träger ausgeglichen wurden, künftig kostendeckende Preise erzielen. Voraussetzung ist, dass diese Preise jenseits begrenzender gesetzlicher Preisvorgaben im Wettbewerb erzielbar sind. Oder anders ausgedrückt: Soweit und solange die Leistungen eines bisher defizitären Krankenhauses nach den Rahmenvorgaben des Landes benötigt werden, kann dieses Krankenhaus im Wettbewerb kostendeckende Preise erzielen und die Defizitsituation überwinden. Dies jedoch nur, wenn kein Wettbewerber diese Leistungen unterhalb dieser Preise anbietet; mithin das Krankenhaus wirtschaftlich arbeitet.

3 Die Monistik wird als ökonomisch sinnvollere Lösung zur Investitionsrefinanzierung beitragsstabil eingeführt.

3.1 Monistik fördert effiziente Entscheidungen.

Optimale betriebswirtschaftliche Entscheidungen erfordern eine simultane Entscheidung über den Einsatz von Investitionen und Arbeit. Es ist ökonomisch weitgehend 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.

3.2 Staatliche Investitionsförderung kollidiert mit dem DRG-System.

Die stark reglementierte staatliche Investitionsförderung kollidiert darüber hinaus mit der wettbewerblich orientierten DRG-Vergütung für die Finanzierung der laufenden Betriebskosten. Auch deshalb ist der Übergang in die monistische Krankenhausfinanzierung geboten.

3.3 Leistungsdifferenzierte DRG-Aufschläge dienen als Orientierungsgröße.

In einem monistischen Finanzierungssystem erfolgt die Vergütung für die Refinanzierung der gesamten im Krankenhaus entstehenden Kosten über die Preise (Investitionen und laufende Betriebskosten). Für eine praktikable Umsetzung 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 jewei-

ligen Krankenhausleistungen erforderlichen – im Zweifel stark unterschiedlichen – Investitionsaufwendungen adäquat, d. h. leistungsbezogen berücksichtigt. Krankenhausleistungen, die einen höheren Investitionsaufwand erfordern, erhalten entsprechend höhere Relativgewichte/Zuschläge und vice versa. Diese dienen den Vertragsparteien als Orientierungsgröße. Eine Vorgabe für die obligatorische Anwendung des DRG-Systems gibt es allerdings nicht.

3.4 Wie viel investiert wird, entscheidet sich im Wettbewerb.

Ob die Summe der tatsächlichen, absoluten Zuschläge und damit letztlich die Erhöhung der Krankenhausvergütungen insgesamt dem derzeitigen staatlichen Investitionsvolumen (ca. 2,7 Mrd. €) entsprechen, entscheidet der Wettbewerb. Im Einzelfall ist es – u. a. unter Beachtung der qualitätsbezogenen Vorgaben – die 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 die Refinanzierbarkeit der Investitionen tun.

3.5 Beim Übergang von der Dualistik auf die Monistik werden Belastungen der GKV ausgeglichen.

Beim Übergang von der Dualistik auf die Monistik kommt es zu zusätzlichen Belastungen für die GKV. Die gesetzlichen Vorgaben hierzu werden so ausgestaltet, dass Beitragssatzsteigerungen in der GKV durch die Einführung der Monistik vermieden werden. Hierzu wird vorgeschlagen, im Gegenzug und in gleicher Höhe 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 zu streichen. Wichtig ist, dass bei Umschichtungen von der GKV auf den Staat

nicht nur deren Finanzierung, sondern auch die Leistungsgewährung verlagert wird, um die Unabhängigkeit der GKV vom Fiskus zu erhalten resp. die Finanzentwicklung der GKV von der Haushaltslage des Bundes und/oder der Länder zu entkoppeln (Leistungsverlagerung vor Finanztransfers).

Im Übrigen ist die 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).

3.6 „Investitionsstaus“ oder ungleiche „Startbedingungen“ stehen der Monistik nicht entgegen.

Jede einzelne Investitionsentscheidung und auch Entscheidungen über die gesetzliche Neuordnung der Investitionsfinanzierung sind zukunftsorientierte Entscheidungen. Der Einführung der Monistik können deshalb schon per definitionem weder vermeintliche „Investitionsstaus“ oder „ungleiche Ausgangslagen“ der Krankenhäuser (die sich jeweils in beliebiger Höhe benennen lassen) entgegenstehen. Die derzeitige Diskussion hierzu ist jedenfalls wenig zielführend.

3.7 Wettbewerbsverzerrungen zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten werden überwunden.

Derzeit bestehen Wettbewerbsverzerrungen zwischen dem Krankenhausbereich und der vertragsärztlichen Versorgung, weil die Investitionskosten der Krankenhäuser größtenteils durch die Länder aufgebracht werden. Diese Subventionspolitik führt gegenüber den Vertragsärzten zu Wettbewerbsverzerrungen, weil Vertragsärzte ihre

Investitionskosten selbst finanzieren müssen. Insoweit diese beiden Versorgungsbereiche miteinander im Wettbewerb stehen (v. a. beim ambulanten Operieren) oder künftig stärker als bisher in Wettbewerb gebracht werden sollen, leistet die Monistik einen wichtigen Beitrag, diese Wettbewerbsverzerrungen zu überwinden.

3.8 Ausschließlich das Krankenhaus entscheidet über Investitionen.

Monistik und leistungsorientierte Rahmenplanung können nicht durch eine Einzelförderung ersetzt 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.

4 Die Krankenhausplanung zur Sicherstellung der Versorgung im Sinne der Daseinsvorsorge durch die Länder wird so weiterentwickelt, dass sie die Handlungsspielräume für die Akteure im Wettbewerb erweitert.

4.1 Die kapazitäts- und leistungserbringerbezogene Standortplanung wird durch den leistungs- und krankenkassenbezogenen Kontrahierungszwang ersetzt.

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. Insbesondere die Vorgabe von Krankenhaus-Standorten und der damit verbundene leistungserbringerbezogene Kontrahierungszwang schränken den Wettbewerb stark ein. Die Aufgabe der Standortplanung erscheint jedoch vor

dem Hintergrund der nachvollziehbaren Bestrebungen und den auch verfassungsmäßigen Verpflichtungen der Länder, im Rahmen der Daseinsvorsorge für ausreichende stationäre Versorgungskapazitäten sorgen zu müssen, schwierig. Gleichwohl ist die Krankenhausplanung bzgl. der konkreten, normativen Vorgaben der Länder so weiterzuentwickeln, dass die Handlungsspielräume der Wettbewerber erweitert werden.

Die Vorgaben der Länder zur Sicherung einer ausreichenden stationären Versorgung an die Krankenkassen als Vertragspartei haben in Form qualitativer und quantitativer Rahmenvorgaben zu erfolgen. 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) 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 (weg von Fachabteilungs- und Bettenvorgaben hin zu Leistungsvorgaben). Der mit der Standortplanung verbundene leistungserbringerbezogene Kontrahierungszwang zugunsten einzelner (vom Staat letztverantwortlich bestimmter oder aufgrund mangelnder Konkretisierung der Krankenhauspläne in das Versorgungssystem eingeklagter) Leistungserbringer wird durch Leistungsvorgaben unter Berücksichtigung der Erreichbarkeit für das Vertragsgeschäft ersetzt (weg von der Standortvorgabe hin zum Wettbewerb). Die Krankenhausplanung wird sich vom kapazitätsorientierten und leistungserbringerbezogenen Kontrahierungszwang zum leistungsorientierten und krankenkassenbezogenen Kontrahierungszwang wandeln. Dieser Kontrahierungszwang für die Krankenkassen soll 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. Hierdurch wird auch eine wichtige Voraussetzung zur Überwindung der Inkonsistenz zwischen der vertragsärztlichen Bedarfsplanung einerseits (die hier nicht Gegenstand der Betrachtung ist) und der Krankenhausplanung andererseits geschaffen.

4.2 Die Methoden der Rahmenplanung werden auf Bundesebene abgestimmt.

Diese Weiterentwicklung sollte bezogen auf die zur Anwendung kommenden Methoden und Verfahren durch einen Erfahrungsaustausch auf der Bundesebene begleitet werden. Darüber hinaus sind bestimmte methodische Vorgaben auch bundesweit festzulegen. Dabei geht es im Wesentlichen um die Definition der Erreichbarkeit, die bei Notfalleistungen als notwendig und bei elektiven Leistungen allgemein als zumutbar angesehen wird. Darüber hinaus können methodische Vorgaben zur Ermittlung der quantitativen Vorgaben gemacht werden. Es werden auf Basis der bestehenden Klassifikationssysteme (auf der Ebene der MDC oder – für ausgewählte Schwerpunkte – auch auf Ebene einzelner DRG, ICD oder OPS) die Anzahl der mindestens zu kontrahierenden Leistungen bezogen auf alters- und geschlechtsspezifische Bevölkerungsmaße vorgegeben.

Diese bundesweiten Vorgaben („Rahmen für die Rahmenplanung“) stellen ihrer Eigenart nach eine Konkretisierung des Leistungskatalogs der GKV dar: Der Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V wird konkretisiert, diese Konkretisierungen werden von den Landesbehörden bei der Rahmenplanung berücksichtigt, den Krankenkassen insoweit landesbezogen vorgegeben und sind damit von den Krankenkassen im Vertragsge-

schäft mit den Krankenhäusern zu beachten resp. umzusetzen. Es liegt daher auf der Hand, dass diese bundesweiten Vorgaben wie in den anderen Bereichen des Leistungsrechts und der Qualitätssicherung vom G-BA festgelegt werden. Sinnvoller ist jedoch mit Blick auf die in der Sache involvierten, im G-BA aber nicht vertretenen Länder, dass ein Bundesgremium eingerichtet wird, in dem die Länder, der Bund, die Krankenseite und die Kassenseite vertreten sind. Im Ergebnis soll so ein möglichst weitgehender Konsens bezüglich der im Prozess der leistungsorientierten Rahmenplanung anzuwendenden Methoden hergestellt werden. Auf dieser Ebene ist also auch der für notwendig erachtete Frei- raum für die Beteiligten auf Landesebene bzw. die Landesbehörden zu definieren. Die Festlegung der Vorgaben für die Rahmenplanung erfolgt per Rechtsverordnung der Bundesregierung ohne Zustimmung des Bundesrates. 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 (planen, ohne zu bezahlen). Darüber hinaus würde dies vor dem Hintergrund des Nebeneinanders von bundesweiten und regionalen Beitragssätzen zulasten der Beitragszahler anderer Länder erfolgen sowie den Wettbewerb zwischen den regional und bundesweit tätigen Krankenkassen verzerren.

4.3 Die Länder erlassen konkrete Vorgaben an die Krankenkassen, deren Umsetzung überprüfbar ist.

Das Land gibt auf Basis des DRG-Katalogs (auf der Ebene der MDC oder – für ausgewählte Schwerpunkte – auch auf Ebene einzelner DRG, ICD oder OPS) der Krankenkasse die Anzahl der mindestens zu kontrahierenden Leistungen vor. Für ausgewählte Leistungen können darüber hi-

naus Vorgaben zur Erreichbarkeit gegeben werden, deren vertragliche Umsetzung unter Berücksichtigung der räumlichen Verteilung der Wohnorte der Versicherten sowie der Standorte der kontrahierten Krankenhäuser, die diese Leistungen erbringen, und Verwendung einer zu bestimmenden Software leicht gemessen werden kann.

Hiermit werden für die Bereitstellung ausreichender stationärer Kapazitäten zur Sicherstellung der Daseinsvorsorge konkrete Vorgaben gemacht, deren Umsetzung anhand der Daten nach § 21 KHEntgG und im Zweifel anhand der Verträge und/oder Ausschreibungsunterlagen laufend überprüfbar ist und deren Nichtbeachtung aufsichtsrechtlich entgegengewirkt werden kann. Die aufsichtsrechtliche Zuständigkeit ist diesbezüglich und insoweit für alle Krankenkassen bei dem jeweiligen Land zu verorten. Aufsichtsrechtliche Vorgaben, die beklagbar sind, sind im Rahmen der Aufsicht und im Zweifel auch bei der gerichtlichen Überprüfung an den Vorgaben des Landes zu messen, die aus der Rahmenplanung heraus ergangen sind. Bei den Ländern bliebe damit bzgl. der Sicherstellung der Versorgung die Letztverantwortung in zweifacher Hinsicht, und zwar bei den Vorgaben zur Rahmenplanung und bei der aufsichtsrechtlichen Überwachung der Umsetzung dieser Vorgaben. Lediglich die Umsetzung würde den Vertragsparteien (Krankenkassen und Krankenhäusern) übertragen.

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.

4.4 Die Planung von konkreten Standorten wird explizit ausgeschlossen.

Entscheidend ist, dass im Rahmen der Krankenhausplanung keine Standorte mehr vorgegeben werden. Dies wäre explizit auszuschließen. Selbstverständlich dürfen die quantitativen Vorgaben bzw. die Vorgaben zur Erreichbarkeit nicht so eng ausgestaltet werden, dass sie gezielt auf den Erhalt einzelner Standorte abzielen. Dies ist durch die bundesweit geltende Rechtsverordnung zur Rahmenplanung sichergestellt.

Gesetzliche oder untergesetzliche bundesweite qualitative Vorgaben gelten selbstverständlich für alle Beteiligten weiterhin (Mindestmengen, strukturqualitative Vorgaben, Qualitätsberichte). Diese sollen um zusätzliche prozessbezogene Vorgaben (Zertifizierungen) und ergebnisbezogene Vorgaben (externe Qualitätsmessung) ergänzt werden. Diese Kennwerte sollen obligatorisch veröffentlicht werden (Transparenz), damit sie im Wettbewerb Berücksichtigung finden können.

Soweit Möglichkeiten für die Länder geschaffen werden sollen, darüber hinausgehende bzw. ergänzende qualitative Vorgaben machen zu können, wäre dies ordnungspolitisch nicht unbedenklich. Dies gilt auch für die Möglichkeit der Länder nicht nur aufsichtsrechtlich die Umsetzung der Vorgaben zur Rahmenplanung zu überwachen, sondern ersatzweise vorgehen zu können (ersatzweiser Vertragsabschluss durch das Land). Diese Eingriffe in den Wettbewerb wären nur dann zu rechtfertigen, soweit und solange das Land die hierdurch möglicherweise entstehenden Investitions- und Betriebskosten trägt bzw. ausgeschlossen ist, dass diese auf die GKV zurückfallen. Das Gleiche gilt für die Möglichkeit, dass das Land von den bundesweiten Vorgaben zur Rahmenplanung abweicht.

Die methodische Entwicklung und v. a. die Entwicklung der hierzu erforderlichen Da-

tengrundlagen lassen eine solche wettbewerbliche Weiterentwicklung der Krankenhausplanung sowohl auf der Länderseite (Vorgabe- und Überwachungsfunktion) als auch auf der Krankenkassenseite (Abschätzung von Angebots-, Bedarfs-, Leistungs- und Ausgabenentwicklung) zu. Die bereits vorliegenden Leistungsdaten (Daten nach § 21 KHEntgG) sollten zeitnäher, z. B. quartalsweise, geliefert werden, um dem Land die laufende, unterjährige Darstellung der Entwicklung der Krankenhausversorgung kassen-, krankenhaus- und regionenbezogen, v. a. aber leistungsbezogen auf MDC-, DRG-, ICD-, OPS-Ebene zu ermöglichen sowie die Überwachung der Einhaltung der Vorgaben zu überprüfen. Insbesondere akute bzw. aktuelle Versorgungsdefizite wären leichter erkennbar.

4.5 Nach wie vor ist der Konsens aller Beteiligten auf Landesebene zu suchen.

Wie bisher auch erfolgt die Krankenhausplanung im Benehmen mit den unmittelbar Beteiligten und weiteren Beteiligten, die nach Landesrecht bestimmt werden. Mit den Krankenkassen als unmittelbar bezogene Empfänger der konkreten Vorgaben ist darüber hinaus Einvernehmen herzustellen.

Auch in Zukunft werden für die Krankenhausplanung Grundlagen benötigt, wie etwa Gutachten zur Krankenhausplanung, die auf Basis der genannten Daten sowie weiterer Daten (insbesondere zur Bevölkerungsentwicklung) und Experteneinschätzungen zu einzelnen Leistungsbereichen (quantitative Entwicklung, Entwicklung der Formen der Leistungserbringung unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts) erfolgen, um die künftige Krankenhausinanspruchnahme bzw. den Bedarf abschätzen zu können.

4.6 Es bleibt bei der Letztentscheidung des Landes bei der Rahmenplanung.

Die Letztentscheidung bzgl. der leistungsorientierten Rahmenvorgaben verbliebe jedoch beim Land (Daseinsfürsorge). Gleichwohl sollten bei Differenzen zwischen den Ländern und den Krankenkassen als unmittelbar Bezogenen (die 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 bei Konflikten zwischen Land und Krankenkassen und damit Begründungspflicht für beide Seiten, jedoch keine Bindung des Landes an die Landesschiedsstellenentscheidung. Dies ist deshalb wichtig, weil auch die Vorgaben zur leistungsorientierten 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 nicht politisch verhandelbar und auch verfassungsmäßig unverzichtbar (Daseinsvorsorge). Insoweit ist der Rechtsweg für die Beteiligten gegen die leistungsbezogenen Rahmenvorgaben des Landes nur insoweit gegeben, als die Übereinstimmung mit den Vorgaben des Bundes zur Rede steht, der ein Schiedsstellenverfahren auf Bundesebene vorausgeht. Im Übrigen stellt die für Streitfälle genannte Begründungspflicht und Transparenz möglichst weitgehend sicher, dass der Handlungsspielraum des Landes bei der Konkretisierung der Rahmenvorgaben an den tatsächlichen Versorgungsnotwendigkeiten ausgerichtet wird.

4.7 Die Trägervielfalt bleibt gerade im Wettbewerb erhalten.

Auch im von Vertragsfreiheit geprägten Wettbewerb wird es Trägervielfalt geben können. Im Vertragswettbewerb haben alle

Krankenhausträger die gleichen Chancen, Verträge abzuschließen. Dies ist bereits an sich ein wichtiger Beitrag zur Umsetzung des Gebotes zur Erhaltung der Trägervielfalt. Umgekehrt ist die Trägervielfalt ein wichtiger Beitrag zur Erhaltung des Wettbewerbs, um etwa Monopolbildungen zu verhindern. Die Anwendung und Umsetzung des Kartellrechts zur Erhaltung des Wettbewerbs ist also gleichzeitig ein Beitrag zur Umsetzung des Gebotes zum Erhalt der Trägervielfalt. Im Übrigen zeigen die internationalen Erfahrungen etwa in den USA, dass auch in einem Wettbewerbsmodell die Trägervielfalt durchaus erhalten bleiben kann. Ob es darüber hinaus einer allgemeinen Vorgabe an die Krankenkassen zur Beachtung der Vielfalt der Krankenhausträger nach pflichtgemäßem Ermessen bedarf, wäre (verfassungs)rechtlich zu prüfen.

4.8 Defizitfinanzierungen bleiben weiterhin möglich, soweit Europa- bzw. Wettbewerbsrecht dies erlauben.

Soweit das Wettbewerbsrecht auf nationaler oder EU-Ebene dem nicht entgegensteht, wird es weiterhin möglich sein, dass Krankenhäuser von ihren Trägern subventioniert werden (Defizitausgleiche, aber auch Investitionszuwendungen). Dies ist insbesondere in zweierlei Hinsicht von Bedeutung.

Es wird in diesem Wettbewerbsmodell nach wie vor möglich sein bzw. sogar erleichtert möglich sein, dass (z. B. private) Kapitalgeber Investitionen finanzieren. Leichter deshalb, weil die bisher mit den staatlichen Investitionen verbundenen Auflagen entfallen.

Weiterhin wird es in diesem Wettbewerbsmodell nach wie vor möglich sein, dass (z. B. kommunale) Träger laufende Defizite von ihnen getragener Krankenhäuser ausgleichen, um sie so am Markt zu halten. Ein Krankenhaus etwa, das heute mit den nach den gesetzlichen Detailvorgaben ermittelten Preisen nicht kostendeckend arbeitet, könnte künftig womöglich mit dem wett-

bewerblich gebildeten Preis kostendeckend arbeiten und vice versa. Die Möglichkeit der Defizitfinanzierung bliebe unberührt, soweit nationales oder europäisches Recht dem nicht entgegensteht. Die Defizitfinanzierung z. B. einer Kommune mit dem Ziel ein kommunales Krankenhaus vor Ort zu erhalten, das im Wettbewerb nicht bestehen kann, bleibt also insoweit möglich und für die GKV ausgabenneutral. Denn die Krankenkassen werden nur den Preis zahlen bzw. kontrahieren, der sich im Wettbewerb ergibt, und zwar nur für die Leistungen, die sie nach den Vorgaben des Landes kontrahieren müssen bzw. nach den Bedürfnissen der Versicherten darüber hinaus kontrahieren sollen. Die Defizitfinanzierung müsste also genau so hoch sein, dass das Krankenhaus in die Lage versetzt wird, das wettbewerbliche Preisniveau zu erreichen. Doch auch für diesen Fall gilt, dass in wesentlichen Teilen der Wettbewerb auch über das (gesteuerte und ungesteuerte) Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten entschieden wird (Abstimmung mit den Füßen).

4.9 Durch die Aufhebung der staatlichen Krankenhausplanung und die Vertragsfreiheit wird Newcomer-Wettbewerb besser ermöglicht.

In einem von Vertragsfreiheit geprägten Wettbewerb ohne leistungserbringerbezogenem Kontrahierungszwang gibt es keinen „closed shop“, der sich bisher aus dem Landeskrankenhausplan ergibt. Dies hat mindestens zwei Folgen: Erstens müssen einzelne Krankenhäuser sich nicht mehr in den Krankenhausplan einklagen. (Was bisher regelmäßig gelang, weil die Krankenhauspläne entsprechend unkonkret gefasst sind und dadurch die Krankenhausplanung ad absurdum geführt haben.) Zweitens werden hierdurch die Möglichkeiten eröffnet, sich als neuer Teilnehmer auf den Markt zu begeben, indem der 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 eine gewisse Monopolstellung genießen.

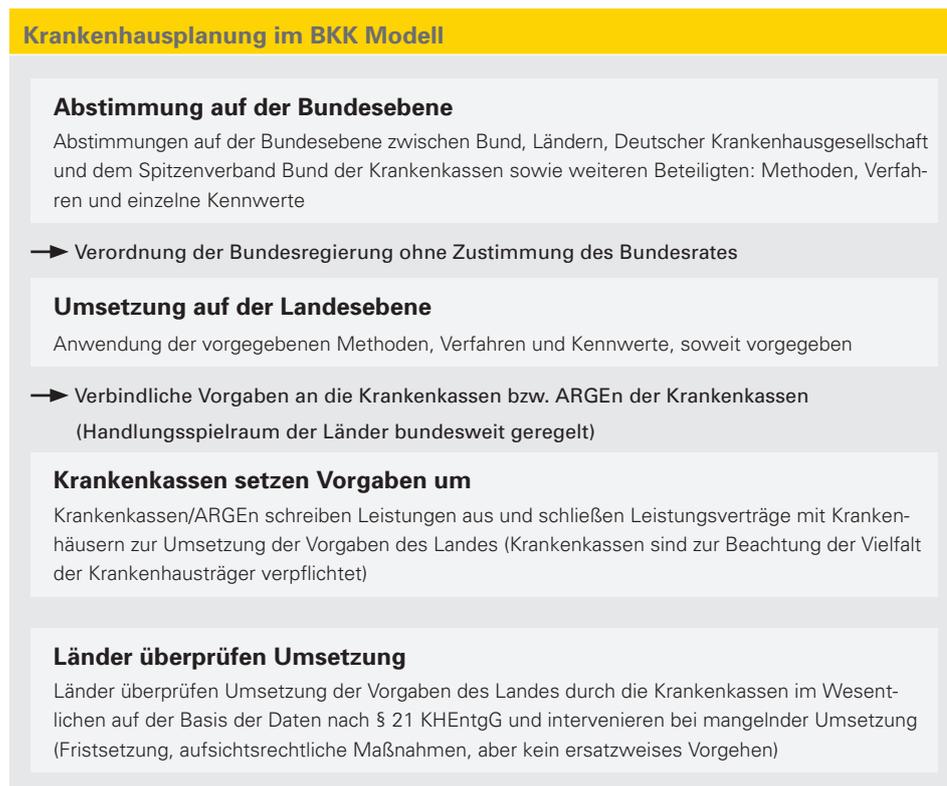
Im Übrigen ist ein System, bei dem Krankenhäuser unter den Vorgaben expliziter gesetzlicher Regelungen (Wettbewerbsrecht, Qualitätsvorgaben) in den Markt eintreten, wesentlich transparenter als in der heute gängigen Praxis. Heute können neue, nicht im Krankenhausplan aufgenommene Krankenhäuser in den Markt faktisch eintreten und mit den Versicherern bzw. Krankenkassen abrechnen, ohne dass für sie z. B. die Regelungen zur Qualitätssicherung de jure gelten würden.

5 Die Qualitätssicherung als wichtige Voraussetzung für einen funktionsfähigen Wettbewerb wird ausgebaut, leistungsbereichsübergreifend und transparenter ausgestaltet. Hierbei werden verstärkt Routinedaten genutzt.

5.1 Wettbewerb fördert Qualität.

Vielfach wird behauptet, dass Wettbewerb ausschließlich die Tendenz hin zu günstigen Preisen aufweise und deshalb die Qualität leiden müsste. Das Gegenteil ist der Fall. Dies zeigen auch die Entwicklungen in anderen Wirtschaftsbereichen. Die Leistung eines Krankenhauses kann nur dann wirtschaftlicher als die Leistung eines anderen Krankenhauses sein, wenn der Preis günstiger, aber die Qualität mindestens gleich hoch ist. Oder anders ausgedrückt: Qualitativ schlechtere Leistungen sind immer auch unwirtschaftlichere Leistungen. Wettbewerb zielt also immer auch auf die Qualität ab. 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 Versicherer und Krankenkassen.

Abbildung 2:



5.2 Reiner „Qualitätswettbewerb“ ist eine Fiktion. Echter Qualitätswettbewerb kommt im Vertragswettbewerb zum Tragen. Zur Sicherstellung eines qualitativen Mindestversorgungsniveaus gelten weiterhin die bundesweiten Qualitätsvorgaben.

Ein reiner „Qualitätswettbewerb“ ist eine Fiktion, der 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 krankenhausbezogenem 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.

Natürlich kann auch ohne echten Wettbewerb versucht werden, etwa im Rahmen eines (Pseudo-)„Qualitätswettbewerbs“, Qualität sicherzustellen. Dies gelingt jedoch nur administrativ, also über gesetzlich vorgegebene und durch die Selbstverwaltung konkretisierte obligatorische Maßnahmen, weil die (echte) wettbewerbliche Anreizwirkung entfällt (es gilt ja der krankenhausbezogene Kontrahierungszwang). Gesetzliche Vorgaben und v. a. deren Umsetzung durch die Selbstverwaltung erfordern jedoch immer auch den Konsens aller Beteiligten oder die Konfliktlösung. Beides behindert die Umsetzung der Qualitätssicherung. „Qualitätswettbewerb“ ist deshalb weniger innovativ und häufig nur reaktiver Natur.

Gleichwohl wurde in den vergangenen Jahren in den Bereichen der externen Qua-

litätssicherung (v. a. Ergebnisqualität), der Entwicklung struktureller Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (v. a. Strukturqualität) und im Bereich des internen Qualitätsmanagements bzw. der Qualitätssertifizierung (Prozessqualität) viel erreicht. Für diese Bereiche gelten gesetzliche Vorgaben, mit den entsprechenden 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. Die obligatorische Qualitätssicherung im Rahmen der Vorgaben des G-BA nach § 137 SGB V (sektorenbezogen und sektorenübergreifend) bleibt erhalten und wird inhaltlich weiter ergänzt (u. a. im Bereich der Prozessqualität und der leistungsreichsübergreifenden Qualitätssicherung). Dies gilt zumindest, solange diese nicht durch bessere, flächendeckende Ansätze verzichtbar werden, die im Wettbewerb entstehen. Die obligatorische Qualitätssicherung kann und soll jedoch durch Ansätze der Vertragsparteien vor Ort, also Krankenkassen und Krankenhäuser, die den wettbewerblichen Anreizen unterliegen, ergänzt werden. Hierzu ist der freie Vertragswettbewerb der entscheidende Schlüssel.

5.3 Transparenz ist entscheidend für die Qualitätssicherung und den Wettbewerb. Sie wird konsequent umgesetzt.

Transparenz ist die entscheidende Bedingung für die Wirksamkeit der Qualitätssicherung selbst sowie für einen funktionsfähigen Wettbewerb. Wenn in der Qualitätssicherung die Transparenz nicht hergestellt wird (d. h. der Leistungserbringerbezug), gehen

langfristig Sinn und Motivation zur Qualitätssicherung verloren. Natürlich ist dabei die methodische Entwicklung von entscheidender Bedeutung. Insbesondere müssen die Ergebnisse 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 muss weiter gefördert werden. Insbesondere sind weitere Qualitätsindikatoren in die Veröffentlichungspflicht einzubeziehen und deren Darstellung in einer Form darzubieten, die für die Versicherten verwertbar ist (laienverständliche Darstellung). Außerdem sind die Qualitätsberichte jährlich zu erstellen und zu veröffentlichen, 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 darf nicht dazu führen, dass die Leistungen deshalb aus der obligatorischen Qualitätssicherung fallen. 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.

5.4 Qualität endet nicht bei der Entlassung aus dem Krankenhaus. Die Qualitätssicherung wird leistungsreichsübergreifend ausgebaut.

Die wichtigste Entwicklungsperspektive für die Qualitätssicherung liegt in ihrer leistungsreichsübergreifenden Ausgestaltung. Verlaufsbeobachtungen (insbesondere Longitudinalstudien zur Ergebnisqualität), die über den Krankenhausaufenthalt hinausgehen und Ereignisse bzw. Behandlungsanlässe in anderen Krankenhäusern und Leistungsbereichen ebenfalls betrachten, sind geeig-

net, die Ergebnisqualität umfassend zu bewerten. Hierzu bedarf es der entsprechenden Datengrundlagen, die insbesondere über die pseudonymisierten Versichertenbezüge zusammenführbar sein müssen.

5.5 Versicherte können Qualität gut einschätzen. Ihre Zufriedenheit soll stärkere Beachtung finden.

Nicht nur in anderen Wirtschaftsbereichen, mit zum Teil hochkomplexen Produkten und Dienstleistungen, sondern auch im Gesundheitswesen ist die Versichertenperspektive stärker in den Vordergrund zu rücken. Es ist nicht nur die Qualität des Essens oder anderer Hotelleistungen, die zu Patienten gewordene Versicherte beurteilen können. Nicht nur chronisch Kranke, die in ihrer Krankheitskarriere ein „Expertenwissen“ 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 können insoweit

stärker als bisher in die Qualitätssicherung einbezogen werden. Wichtig ist dabei nicht nur eine entsprechende Vorgabe an die Selbstverwaltungspartner, sondern auch die Möglichkeit für die Krankenkassen, diese Ergebnisse von Versichertenbefragungen gegenüber Versicherten im Beratungsprozess nutzen zu dürfen.

5.6 Routinedaten werden stärker genutzt und ausgebaut.

Die Nutzung von Routinedaten ist eine der effektivsten und einfachsten Möglichkeiten, Bürokratie abzubauen und gleichzeitig die Qualitätssicherung zu verbessern. Vielfach können Primärerhebungen durch Routinedaten ersetzt, zumindest ergänzt werden. Routinedaten können insbesondere auch für die leistungsbereichsübergreifende Qualitätssicherung genutzt werden. Konkret ist die Nutzung der Daten nach § 21 KHEntgG 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.

5.7 Das Land kontrolliert die Umsetzung der Qualitätsvorgaben.

Schon aus wettbewerblichen Gründen werden die Krankenkassen auf die Einhaltung und Überschreitung der Qualitätsvorgaben achten. Letztverantwortlich an dieser Stelle ist jedoch wie bei der Krankenhaus-Rahmenplanung das Land. Seine Aufgabe ist es, 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 sind eben die gesetzlichen und durch den G-BA konkretisierten Vorgaben. Neben der hierzu erforderlichen Transparenz über das Leistungsgeschehen und die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen sind hierzu die Länder mit entsprechenden Kontroll- und Sanktionsbefugnissen auszustatten, die im Zweifel auch zur Schließung von Krankenhäusern führen können.

Abbildung 3:

Qualitätssicherung im BKK Modell

Definition der Qualitätsstandards
 Abstimmungen auf der Bundesebene im G-BA zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bzw. zur internen und externen Qualitätssicherung

→ Beschlüsse des G-BA mit Verbindlichkeit für Krankenhäuser und Krankenkassen

Berücksichtigung der Qualitätsstandards bei Vertragsabschlüssen
 Krankenkassen/ARGEn kontrahieren nur derart qualitätsgesicherte Leistungen
 Krankenhäuser bieten derart qualitätsgesicherte Leistungen den Krankenkassen/ARGEn an und erbringen diese, soweit kontrahiert

Länder überprüfen Umsetzung
 Überprüfung der Erfüllung der verbindlichen Vorgaben durch die Länder (Transparenz und Sanktionsmöglichkeiten für die Länder sowie dementsprechende Mitwirkungspflichten der Krankenkassen und Krankenhäuser)

Expertenanhörung der AOLG am 20. September 2007 zur „Zukunft der Krankenhausversorgung“

Stellungnahme des BKK Bundesverbandes

I. Finanzierung der Betriebskosten

1. Welche Bilanz kann zur Lage der Krankenhäuser bei der Einführung des DRG-Systems gezogen werden und welcher Handlungsbedarf wird gesehen?

Stellungnahme des BKK Bundesverbandes:

Aus Sicht des BKK Bundesverbandes stellt sich die Lage der Krankenhäuser im internationalen Vergleich sowie im Vergleich zur Zeit vor der DRG-Einführung gut dar. Die Entwicklung der Finanzmittel, die seit Einführung des DRG-Systems durch die GKV dem Krankenhaussektor zugeflossen sind, weist Steigerungsraten auf, die regelmäßig über der Entwicklung der Grundlohnsumme lagen (s. Tabelle).

„Geld folgt der Leistung“ war eine Zielsetzung bei der DRG-Einführung. In einem ordnungspolitischen Rahmen mit Kontrahierungszwang und insoweit ohne echten (Vertrags-)Wettbewerb ist die Entwicklung und Anwendung des DRG-Systems gleichsam die technische Voraussetzung, um dieses Ziel zu erreichen. Durch die Konvergenzphase wird der Übergang schrittweise gestaltet und gibt den Krankenhäusern ausreichend Zeit, sich dieser Zielsetzung anzupassen. 1999 wurde die Einführung der DRGs beschlossen, mithin bestand und besteht bis Ende 2009 genügend Zeit für alle Beteiligten, sich hierauf einzustellen. Weitere Prolongationen der Konvergenzphase oder Ausnahmen von der Anwendung des landesweiten Basisfallwertes sind deshalb nicht angezeigt und behindern den Wettbewerb. Die bereits einmal

verlängerte Konvergenzphase sollte nicht beliebig weiter verlängert werden. Hierunter litte auch die Glaubwürdigkeit bei allen Beteiligten bezogen auf die Zielsetzung („Geld folgt der Leistung“).

2. Welche Änderungen des derzeitigen Vergütungssystems sind nach Ablauf der Konvergenzphase unverzichtbar?

Stellungnahme des BKK Bundesverbandes:

Bei der Weiterentwicklung des DRG-Systems sollte stärker als bisher darauf hingewirkt werden, die Entwicklung hin zu einem Einzelleistungsvergütungssystem zu vermeiden. Die zunehmende empirische Fundiertheit des Systems erlaubt die zunehmende Pauschalisierung resp. den Abbau der Anzahl der DRGs und v. a. der Zusatzentgelte. Konkret sollte die (im Zweifel endlose) Diskussion über die DRG-Fähigkeit bisher aus dem DRG-System ausgeschlossener Bereiche (Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und sog. besondere Einrichtungen in den Bereichen Pädiatrie, Palliativmedizin, Onkologie, Parkinson, Epilepsie, Multiple Sklerose) stärker als bisher durch empirisch fundierte Kostendatenerhebungen ersetzt werden, um deren Sonderbehandlung zu überwinden und auch hier zu einem pauschalierenden Vergütungssystem zu kommen.

Entwicklung der Krankenhausausgaben im Vergleich zur Grundlohnsummenentwicklung (Rate nach § 71 SGB V) seit Einführung der DRGs

Jahr	Rate nach § 71 SGB V (Veränderungsrate der Ausgaben für jeweiligen Geltungszeitraum)	Ausgaben für den Krankenhausbereich insgesamt GKV Bund (Veränderungsraten je Mitglied)	Delta in %	Ausgaben Krankenhausbehandlung insgesamt in Mrd. €	Delta in Mrd. € (Ausgaben über Einnahmenentwicklung)**
1	2	3	4=3-2	5	6=4x5
2003	1,06 %	1,5 %	0,44 %	46,80	0,21
2004	0,17 %	2,0 %	1,83 %	47,59	0,87
2005	0,38 %	3,3 %	2,92 %	48,96	1,43
2006	0,63 %	2,7 %	2,07 %	50,33	1,04
2007*	0,40 %	2,0 %	1,60 %	51,56	0,82
Mittelwert			1,77 %		
Gesamtabweichungen der Ausgaben- von der Einnahmenentwicklung (Summe)					4,37

* 2007 geschätzt aus 1. Halbjahr (KV45)

** Mitgliederänderungen in der GKV blieben unberücksichtigt.

3. Soll das DRG-System ein Festpreissystem bleiben oder soll auch Preiswettbewerb unter den Krankenhäusern stattfinden? Sollen Höchst-, Richt- und/oder Festpreise vereinbart werden?

Stellungnahme des BKK Bundesverbandes:

Aufgrund der noch andauernden Konvergenzphase ist das DRG-System derzeit noch kein Festpreissystem.

Das zukünftige System sollte als ein von Vertragsfreiheit geprägter wettbewerblicher Ordnungsrahmen ausgestaltet werden, in dem Preiswettbewerb herrscht. In einem von Vertragsfreiheit geprägten Ordnungsrahmen sollte den Vertragsparteien (Krankenkassen oder deren Arbeitsgemeinschaften sowie Krankenhausträgern) weder die Anwendung des DRG-Systems noch ein Höchst- oder Richtpreis und schon gar nicht ein einheitlicher Verkaufspreis im Sinne eines Festpreises vorgegeben werden. Allenfalls für vertragslose Zustände sollte in Ausnahmefällen die Anwendung eines Landes-/Bundesbasisfallwertes vorgegeben werden (Ersatzpreissystem als Rückfalloption).

4. Unter welchen Bedingungen ist eine Fortentwicklung des DRG-Systems von landeseinheitlichen Preisen zu bundeseinheitlichen Preisen möglich?

Stellungnahme des BKK Bundesverbandes:

Die Diskussion, ob es nach Vollendung der Konvergenzphase gesetzliche Regelungen in Richtung eines bundeseinheitlichen Basisfallwertes geben soll, ist derzeit 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 an Bedeutung ab, wenn sie – wie vom BKK Bundesverband vor-

geschlagen – nur als Rückfalloption zur Anwendung kommen und individualvertraglich vereinbarte Preise an Bedeutung gewinnen. Außerdem muss dem Grunde nach infrage gestellt werden, ob ein (bundes)einheitlicher Verkaufspreis für Krankenhausleistungen ordnungspolitisch überhaupt gewollt sein kann.

Im Übrigen findet die Diskussion vor dem Hintergrund der Verteilungswirkungen auf der Krankenseite und der Krankenkassenseite statt (und damit auch vor dem Hintergrund der Verteilungswirkungen zwischen den Ländern). Diese Verteilungswirkungen können jedoch nicht ohne die Wirkungsweise betrachtet werden, die mit der bestehenden Funktionsweise des nicht regionalisierten Risikostrukturausgleichs und des Nebeneinanders von bundesweiten und regionalen/landesbezogenen Beitragssatzerhebungen verbunden ist.

5. Sollen zukünftig auch weiterhin die Budgetverhandlungen gemeinsam und einheitlich geführt werden oder soll die Möglichkeit der Verhandlung zwischen Krankenhäusern und einzelnen Krankenkassen über Einzelverträge geschaffen werden? Wenn ja, für welche Leistungen?

Stellungnahme des BKK Bundesverbandes:

In einem von Vertragsfreiheit geprägten wettbewerblichen Ordnungsrahmen sollte es keine Vorgaben mehr zu gemeinsamen oder gemeinsamen und einheitlichen Verhandlungen auf der Krankenkassenseite geben. Die kassenindividuelle Verhandlung sollte der Regelfall sein.

Dabei bliebe es den Krankenkassen (aber auch den Krankenhäusern bzw. den Krankenhausträgern) unbenommen, sich zu Verhandlungsverbänden zusammenzuschließen. Die Krankenkassen werden im Vertragsgeschäft (zunächst) auf ihren bestehenden Verhandlungsstrukturen aufbauen und nach wie vor häufig als Arbeitsgemein-

schaften analog § 18 KHG auftreten (Verhandlungsgemeinschaften). Ob und wie Krankenkassen im Krankenhaus-Vertragsgeschäft zusammenarbeiten, wird sich jedoch auch an dieser Stelle im Wettbewerb zeigen: dem Wettbewerb um die Mandate der Krankenkassen im Vertragsgeschäft mit den Krankenhäusern, um die sich Verbände und Krankenkassen und künftig womöglich auch private bzw. privatisierte Anbieter bemühen werden. Hierzu bedarf es keiner staatlichen Vorgaben. Inhaltlich ist das geltende Recht (§ 18 KHG) an dieser Stelle hinreichend. Entscheidend wird für die Krankenkassen sein, dass sie in der Lage sind, im Wettbewerb zu bestehen und die Mindestvorgaben des Landes (s. u.) einzuhalten.

Es ist selbstverständlich, dass in einem von Vertragsfreiheit geprägten wettbewerblichen System das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen und auch das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb gelten sowie von den zuständigen Behörden auf Bundes- und Landesebene angewendet werden müssen, damit insbesondere wettbewerbswidriges Verhalten unterbunden werden kann.

II. Sicherstellungsauftrag/ Krankenhausplanung

1. Soll die Sicherstellung der stationären Versorgung auch künftig eine öffentliche Aufgabe der Länder sein?

Stellungnahme des BKK Bundesverbandes:

Ja. Die Sicherstellung ist verfassungsrechtlich unabdingbar, deren Übertragung auf eine andere Ebene als die Länder politisch kaum realistisch und auch ordnungspolitisch bzw. aus ökonomischer Sicht kaum wünschenswert. Dies heißt jedoch nicht, dass die Krankenhausplanung krankenhausträger-, standort- und kapazitäts- bzw. bettenbezogen ausgestaltet bleiben muss und so echter Wettbewerb verhindert wird.

2. Wie soll sich künftig die Krankenhausplanung der Länder darstellen? Welche Parameter sollen in jedem Fall durch die Planungsbehörde mittels Feststellungsbescheid bestimmt werden?

Stellungnahme des BKK Bundesverbandes:

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. Insbesondere die Vorgabe von Krankenhaus-Standorten und der damit verbundene leistungserbringerbezogene Kontrahierungszwang schränken den Wettbewerb stark ein. Die Aufgabe der Standortplanung erscheint jedoch vor dem Hintergrund der nachvollziehbaren Bestrebungen und der auch verfassungsmäßigen Verpflichtungen der Länder, im Rahmen der Daseinsvorsorge für ausreichende stationäre Versorgungskapazitäten sorgen zu müssen, schwierig. Gleichwohl sollte die Krankenhausplanung bzgl. der konkreten, normativen Vorgaben der Länder so weiterentwickelt werden, dass die Handlungsspielräume der Wettbewerber erweitert werden:

Die Vorgaben der Länder zur Sicherung einer ausreichenden stationären Versorgung an die Krankenkassen als Vertragspartei sollten in Form qualitativer und quantitativer Rahmenvorgaben erfolgen. 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) zu kontrahieren sind. Die einerseits unkonkreten Vorgaben (Fachabteilungen bzw. Schwerpunkte) und die andererseits sehr konkreten Vorgaben (Anzahl der Betten) würden durch Leistungsvorga-

ben ersetzt (weg von Fachabteilungs- und Bettenvorgaben hin zu Leistungsvorgaben). Der mit der Standortplanung verbundene leistungserbringerbezogene Kontrahierungszwang zugunsten einzelner (vom Staat letztverantwortlich bestimmter oder aufgrund mangelnder Konkretheit der Krankenhauspläne in das Versorgungssystem eingeklagter) Leistungserbringer wird durch Leistungsvorgaben unter Berücksichtigung der Erreichbarkeit für das Vertragsgeschäft ersetzt (weg von der Standortvorgabe hin zum Vertragswettbewerb). Die Krankenhausplanung wird sich so vom kapazitätsorientierten und leistungserbringerbezogenen Kontrahierungszwang zum leistungsorientierten und krankenkassenbezogenen Kontrahierungszwang wandeln. Dieser per Feststellungsbescheid näher bestimmte Kontrahierungszwang für die Krankenkassen soll 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. Hierdurch wird auch eine wichtige Voraussetzung zur Überwindung der Inkonsistenz zwischen der vertragsärztlichen Bedarfsplanung einerseits (die hier nicht Gegenstand der Betrachtung ist) und der Krankenhausplanung andererseits geschaffen.

Diese Weiterentwicklung der Krankenhausplanung sollte bezogen auf die zur Anwendung kommenden Methoden und Verfahren durch einen Erfahrungsaustausch auf der Bundesebene begleitet werden. Darüber hinaus können bestimmte Vorgaben auch bundesweit festgelegt werden. Dabei wird es im Wesentlichen um die Definition der Erreichbarkeit gehen, die bei Notfalleleistungen als notwendig und bei elektiven Leistungen allgemein als zumutbar angesehen wird. Darüber hinaus können methodische Vorgaben zur Ermittlung der quantitativen Vorgaben gemacht werden. Es werden auf Basis des DRG-Katalogs (auf der Ebene der MDC oder – für

ausgewählte Schwerpunkte – auch auf Ebene einzelner DRG, ICD oder OPS) die Anzahl der mindestens zu kontrahierenden Leistungen vorgegeben.

Diese bundesweiten Vorgaben („Rahmen für die Rahmenplanung“) stellen ihrer Eigenart nach eine Konkretisierung des Leistungskatalogs der GKV dar: Der Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V wird konkretisiert, diese Konkretisierungen werden von den Landesbehörden bei der Rahmenplanung berücksichtigt, den Krankenkassen insoweit landesbezogen vorgegeben und sind damit von den Krankenkassen im Vertragsgeschäft mit den Krankenhäusern zu beachten resp. umzusetzen. Insoweit liegt es auf der Hand, dass diese bundesweiten Vorgaben wie in den anderen Bereichen des Leistungsrechts und der Qualitätssicherung vom G-BA festgelegt werden. Sinnvoller ist jedoch mit Blick auf die in der Sache involvierten, im G-BA aber nicht vertretenen Länder, dass ein Bundesgremium eingerichtet wird, in dem die Länder, der Bund, die Krankenhauseite und die Kassenseite vertreten sind. Im Ergebnis soll so ein möglichst weitgehender Konsens bezüglich der im Prozess der Rahmenplanung anzuwendenden Methoden hergestellt werden. Auf dieser Ebene ist also auch der für notwendig erachtete Freiraum für die Beteiligten auf Landesebene bzw. die Landesbehörden zu definieren. Die Festlegung der Vorgaben für die Rahmenplanung sollte per Rechtsverordnung der Bundesregierung ohne Zustimmung des Bundesrates erfolgen. Letzteres und insgesamt der bundesweite Rahmen für die Rahmenplanung sind erforderlich, um der Gefahr der Strategieanfälligkeit entgegenzutreten, dass durch die Ausgestaltung der Rahmenvorgaben auf der Landesebene im jeweiligen Land Versorgungsstrukturen geschaffen werden, deren Kosten auf die GKV abgewälzt werden (planen, ohne zu bezahlen). Darüber hinaus würde dies vor dem Hintergrund des Nebeneinanders von bundesweiten und regionalen Beitragssät-

zen zulasten der Beitragszahler anderer Länder erfolgen sowie den Wettbewerb zwischen den regional und bundesweit tätigen Krankenkassen verzerren.

III. Kontrahierungszwang/ Krankenhaus als „Gesundheitszentrum“

1. **Soll es auch zukünftig den Kontrahierungszwang gemäß § 108 SGB V geben, der die Krankenkassen zum Abschluss von Verträgen mit den Krankenhäusern verpflichtet? Oder ist es aus Ihrer Sicht sinnvoll, diesen Kontrahierungszwang aufzuheben oder auf bestimmte Leistungskomplexe einzuschränken? Wenn ja, wie kann bei einem öffentlichen Sicherstellungsauftrag die Landesbehörde die wohnortnahe und bedarfsgerechte Versorgung mit Leistungen außerhalb des Kontrahierungszwangs gewährleisten?**

Stellungnahme des BKK Bundesverbandes:

Wie bereits in der Antwort zu Frage 2 in Kapitel II dargelegt, ist es mehr als sinnvoll, den Kontrahierungszwang generell aufzuheben, da er den Wettbewerb maßgeblich beeinträchtigt. Stattdessen sollte die Krankenhausplanung zum leistungsorientierten und krankenkassenbezogenen Kontrahierungszwang weiterentwickelt werden. Diese Weiterentwicklung ermöglicht den Ländern nach wie vor die Erfüllung des öffentlichen Sicherstellungsauftrags zur wohnortnahen und bedarfsgerechten Versorgung. Dieser kann womöglich sachgerechter als bisher erfüllt werden, da die trägerbezogene Standortplanung durch eine allgemeine am Versorgungsbedarf orientierte Leistungsplanung ersetzt wird.

Hiermit werden für die Bereitstellung ausreichender stationärer Kapazitäten zur Sicherstellung der Daseinsvorsorge konkrete Vorgaben gemacht, deren Umsetzung an-

hand der Daten nach § 21 KHEntgG und im Zweifel anhand der Verträge und/oder Ausschreibungsunterlagen laufend überprüfbar ist und deren Nichtbeachtung aufsichtsrechtlich entgegengewirkt werden kann. Die aufsichtsrechtliche Zuständigkeit ist diesbezüglich und insoweit für alle Krankenkassen bei dem jeweiligen Land zu verorten. Aufsichtsrechtliche Vorgaben, die beklagbar sind, sind im Rahmen der Aufsicht und im Zweifel auch bei der gerichtlichen Überprüfung an den Vorgaben des Landes zu messen, die aus der Rahmenplanung heraus ergangen sind. Bei den Ländern bliebe damit bzgl. der Sicherstellung der Versorgung die Letztverantwortung in zweifacher Hinsicht, und zwar bei den Vorgaben zur Rahmenplanung und bei der aufsichtsrechtlichen Überwachung der Umsetzung dieser Vorgaben. Lediglich die Umsetzung würde den Vertragsparteien (Krankenkassen und Krankenhäusern) übertragen.

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, soweit ein Versorgungsproblem eintreten sollte.

2. **Soll das Krankenhaus als „Gesundheitszentrum“ sein Leistungsspektrum weiter ausweiten und wie soll dies ggf. erfolgen? Oder soll sich das Krankenhaus auch weiterhin auf seine seitherigen Kernaufgaben beschränken? Wie ist Ihre Einschätzung zur zukünftigen Entwicklung des Leistungsangebotes in den Krankenhäusern insbesondere hinsichtlich der zunehmenden Spezialisierung und Einbindung ambulanter Versorgungsstrukturen?**

Stellungnahme des BKK Bundesverbandes:

Grundsätzlich sollten die Krankenhäuser die Möglichkeit erhalten, in frei verhandelten Verträgen mit den Krankenkassen alle Formen der Leistungserbringung anzubieten (ambulant bis stationär). Die sich hieraus ergebenden Interdependenzen zum vertragsärztlichen Bereich sind hier nicht Gegenstand. Es liegt jedoch auf der Hand, dass diese ebenfalls nur im Wettbewerb gelöst werden können: Wenn in beiden Sektoren Vertragsfreiheit herrscht, ist es Aufgabe der Krankenkassen, im Vertragsgeschäft gemeinsam mit den Krankenhäusern und Vertragsärzten sinnvolle Lösungen für die Versorgungsbedürfnisse der Versicherten zu finden (sektorenübergreifende Formen der Zusammenarbeit, Effizienz und Qualität). Effektive Bereinigungsmöglichkeiten und Vertragsfreiheit sind die gesetzgeberischen Mittel hierzu.

Die künftige Entwicklung wird vom Ausmaß der Vertragsfreiheit im Krankenhausbereich abhängen, die der Gesetzgeber den Krankenhäusern und Krankenkassen bietet. Je größer diese ist, desto stärker werden sich die Angebote der Krankenhäuser bedarfs- und effizienzorientiert spezialisieren und ambulante Versorgungsstrukturen einbinden.

IV. Finanzierung der Investitionskosten

1. Wie soll der ordnungspolitische Rahmen der Finanzierung der Krankenhausinvestition künftig ausgestaltet werden?

Stellungnahme des BKK Bundesverbandes:

Der ordnungspolitische Rahmen der Finanzierung sollte als monistisches Finanzierungssystem ausgestaltet werden. In einem monistischen Finanzierungssystem erfolgt die Vergütung für die Refinanzierung der gesamten im Krankenhaus entstehenden Kosten über die Preise (Investitionen und laufende Betriebskosten). Für eine praktikable Umsetzung wird ein Aufschlag auf die DRGs vorgeschlagen. Dieser sollte leistungsdifferenziert die Relativgewichte erhöhen; also mithin pauschal zur Anwendung kommen, aber differenziert ermittelt werden. Hierdurch würden die für die Erbringung der jeweiligen Krankenhausleistungen erforderlichen – im Zweifel je nach Leistung stark unterschiedlichen – Investitionsaufwendungen adäquat, d. h. leistungsbezogen berücksichtigt. Krankenhausleistungen, die einen höheren Investitionsaufwand erfordern, erhalten entsprechend höhere Relativgewichte/Zuschläge und vice versa, die sich an einem leistungsbezogenen, empirisch ermittelten Zuschlag zu den DRGs orientieren sollten. Die Ermittlung des Zuschlags sollte durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) in der Weise erfolgen, wie dies bisher schon für die Betriebskosten der Fall ist.

In einem von Vertragsfreiheit geprägten wettbewerblichen Ordnungsrahmen dienen diese DRG-orientierten Zuschläge den Vertragsparteien jedoch nur als Orientierungsgröße. Eine Vorgabe für die obligatorische Anwendung des DRG-Systems sollte es dagegen nicht geben.

2. Gibt es Gründe, die für einen Systemwechsel auf den Monismus sprechen, und falls ja:

- **Wie soll dann ein Übergang konkret ausgestaltet werden?**
- **Welcher Finanzrahmen wird dann für die Krankenhausversorgung für notwendig erachtet?**
- **Wie sollen dann die Mittel für die Krankenhausversorgung aufgebracht und verteilt werden?**

Stellungnahme des BKK Bundesverbandes:

A. Gründe für die Monistik

Optimale betriebswirtschaftliche Entscheidungen erfordern eine simultane Entscheidung über den Einsatz von Investitionen und Arbeit. Es ist ökonomisch weitgehend 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 und gegen die Dualistik.

Derzeit bestehen Wettbewerbsverzerrungen zwischen dem Krankenhausbereich und der vertragsärztlichen Versorgung, weil die Investitionskosten der Krankenhäuser größtenteils durch die Länder aufgebracht werden. Diese Subventionspolitik führt gegenüber den Vertragsärzten zu Wettbewerbsverzerrungen, weil Vertragsärzte ihre Investitionskosten selbst finanzieren müssen. Soweit diese beiden Versorgungsbereiche miteinander im Wettbewerb stehen (v. a. beim ambulanten Operieren) oder künftig stärker als bisher in Wettbewerb gebracht werden sollen, ist die Monistik ein wichtiger Beitrag, diese Wettbewerbsverzerrungen zu überwinden.

Die stark reglementierte staatliche Investitionsförderung kollidiert darüber hinaus mit

der wettbewerblich orientierten DRG-Vergütung für die Finanzierung der laufenden Betriebskosten. Auch deshalb ist der Übergang in die monistische Krankenhausfinanzierung geboten.

Im Übrigen ist die 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).

Jede einzelne Investitionsentscheidung und auch Entscheidungen über die gesetzliche Neuordnung der Investitionsfinanzierung sind zukunftsorientierte Entscheidungen. Der Einführung der Monistik können deshalb schon per definitionem weder vermeintliche „Investitionsstaus“ noch „ungleiche Ausgangslagen“ der Krankenhäuser (die sich in beliebiger Höhe benennen lassen) entgegenstehen.

B. Übergang zur Monistik

Bezüglich des Übergangs zur Monistik wurde mit dem Gesetzentwurf zur Gesundheitsreform 2000 ein gangbarer Weg aufgezeigt. Dieser Weg sollte jedoch insofern abgeändert werden, als dass zunächst – also noch vor dem Übergang der Pauschalförderung – die Einzelförderung der Länder abgebaut und ersatzweise als DRG-bezogene pauschale Finanzierung auf die Krankenkassen übergeht. Beim Übergang von der Dualistik auf die Monistik kommt es zu zusätzlichen Belastungen für die GKV. Die gesetzlichen Vorgaben hierzu sollten so ausgestaltet werden, dass Beitragssatzsteigerungen in der GKV durch die Einführung der Monistik vermieden werden. Hierzu wird vorgeschlagen, im Gegenzug und in gleicher Höhe versicherungsfremde Leistungen (z. B. Mutterschaftsgeld nach

§ 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 zu streichen. Wichtig ist, dass bei Umschichtungen von der GKV auf den Staat nicht nur deren Finanzierung, sondern auch die Leistungsgewährung verlagert wird, um die Unabhängigkeit der GKV vom Fiskus zu erhalten resp. die Finanzentwicklung der GKV von der Haushaltslage des Bundes und/oder der Länder zu entkoppeln (Leistungsverlagerung vor Finanztransfers).

C. Finanzrahmen

Bezüglich des Finanzrahmens bräuchte es in einem von Vertragsfreiheit geprägten Wettbewerbsmodell keine gesetzlichen Vorgaben. Es ist Sache der Krankenhäuser, auch die Investitionskosten bei der Preiskalkulation und bei den Verhandlungen mit den Krankenkassen zu berücksichtigen. Der im Wettbewerb durchsetzbare Preis ergibt sich am Markt. Ob die Summe der tatsächlichen, absoluten Zuschläge und damit letztlich die Erhöhung der Krankenhausvergütungen insgesamt dem derzeitigen staatlichen Investitionsvolumen (ca. 2,7 Mrd. €) entsprechen, entscheidet der Wettbewerb. Es ist – unter Beachtung qualitativer Vorgaben – die 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 die Refinanzierbarkeit der Investitionen tun.

D. Aufbringung und Verteilung der Mittel

Bezüglich der Mittel: Die Mittel sollten im monistischen Finanzierungssystem durch die Krankenkassen aufgebracht werden.

Bezüglich der Verteilung der Mittel: Die Verteilung der Mittel erfolgt leistungsbezogen über DRGs bzw. in einem von Vertragsfreiheit geprägten Wettbewerbsmodell am Markt; über die Verwendung der Mittel entscheidet allein der jeweilige

Krankenhausträger. Monistik und leistungsorientierte Rahmenplanung können nicht durch eine Einzelförderung ersetzt 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 Krankenhausträger selbst.

3. Welche Möglichkeiten werden gesehen, das seitherige duale Finanzierungssystem zu verbessern?

Stellungnahme des BKK Bundesverbandes:

Siehe Antworten zu Fragen 1, 2 und 4 in Kapitel IV.

4. Sollte bei Beibehaltung der seitherigen dualen Investitionsförderung durch die Länder eher eine Stärkung der Einzel- oder Pauschalförderung angestrebt werden?

Stellungnahme des BKK Bundesverbandes:

Bei Beibehaltung der seitherigen dualen Investitionsförderung durch die Länder sollte die Einzelförderung vollständig aufgegeben und die Pauschalförderung gestärkt werden. Zur Begründung siehe Antwort zu Frage 1 und 2 in Kapitel IV.

5. Welche alternativen Finanzierungsformen sind zur Steigerung der Finanzkraft der Krankenhäuser denkbar?

Stellungnahme des BKK Bundesverbandes:

In einem von Vertragsfreiheit geprägten Wettbewerbsmodell besteht immer auch die Chance, dass nicht nur einzelne Krankenhäuser Marktanteile gewinnen, sondern der Krankenhausmarkt insgesamt wächst, auch über den Grundlohnsummen-

zuwachs der GKV hinaus. Letzteres jedoch nur insoweit, als dies auch von den Versicherten gewünscht wird bzw. deren Nutzeneinschätzung zur Bereitschaft für die Bereitstellung der hierfür erforderlichen zusätzlichen Mittel führt. Oder insoweit, als es im (wettbewerbsrechtlich durch das UWG, GWB regulierten) Krankenhausmarkt durch den Wettbewerb zu höheren Preisen in einzelnen Versorgungsregionen kommt und diese nicht durch niedrigere Preise in anderen Versorgungsregionen kompensiert werden. In beiden Fällen wäre der Ausgabenanstieg gerechtfertigt und ökonomisch sogar wünschenswert. Im Übrigen wird durch den Vertragswettbewerb die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung insgesamt verbessert. Hierdurch wird die Leistungsfähigkeit der über die GKV solidarisch finanzierten Krankenhausversorgung gestärkt und letztlich entlastet. Für die Krankenhäuser ergeben sich Chancen im Wettbewerb, ihre Finanzkraft entscheidend zu stärken.

V. Qualität

1. Können Qualitätskriterien zur Zulassung und Bewertung von Krankenhausleistungen entwickelt und als Leitkriterium für einen Preiswettbewerb genutzt werden?

Stellungnahme des BKK Bundesverbandes:

Ja. Es gibt bereits heute zahlreiche rechtliche Vorgaben zur Qualität, die implizit Voraussetzung zur Zulassung bzw. Leistungserbringung sind. Neben z. B. baurechtlichen, berufsrechtlichen, strahlenrechtlichen, hygienerechtlichen Vorgaben sind dies nach dem SGB V die Vorgaben zur Strukturqualität und zu den Mindestmengen (§ 137 Abs. 1 S. 3 Nrn. 2 und 3 SGB V). Faktisch entfalten auch im Prozeduren- und Operationsschlüssel genannte Strukturvoraussetzungen eine Zulassungswirkung, da ohne sie die Abrechenbarkeit der jeweiligen Leistung nicht gegeben ist.

Die Vorgaben zur Strukturqualität sollten stärker als in der Vergangenheit ausgebaut werden. Dabei sollten die Ergebnisse aus den laufenden Verfahren zur externen Qualitätssicherung (Ergebnisqualitätsmessung) stärkere Beachtung finden bzw. miteinander verknüpft werden. Letztere sollte stärker auf sektorenübergreifende Betrachtungen und Langzeitbetrachtungen bzw. Datenanalysen ausgerichtet werden.

In einem von Vertragsfreiheit geprägten Wettbewerb werden nachhaltige Anreize für Effizienz und Qualität bei den Krankenhäusern und bei den Krankenkassen gesetzt. 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 Krankenkassen. Insoweit werden in einem von Vertragsfreiheit geprägten Wettbewerb einerseits die obligatorischen Vorgaben zur Qualitätssicherung weiterhin gelten, andererseits wird die Bewertung von Leistungen durch die Vertragsparteien an Bedeutung gewinnen und zum Leitkriterium für den Preiswettbewerb werden (echter Qualitätswettbewerb).

Ein reiner „Qualitätswettbewerb“ ist dagegen eine Fiktion, der allenfalls als Feigenblatt in die Diskussion eingebracht werden kann, wenn echter Wettbewerb abgelehnt resp. der Status quo erhalten bleiben soll. Gleichwohl kann auch ohne echten Wett-

bewerb versucht werden, etwa im Rahmen eines (Pseudo-)„Qualitätswettbewerbs“, Qualität sicherzustellen. Dies gelingt jedoch nur administrativ, also über gesetzlich vorgegebene und durch die Selbstverwaltung konkretisierte obligatorische Maßnahmen, weil die (echte) wettbewerbliche Anreizwirkung entfällt (es gilt ja der krankenhausbetragene Kontrahierungszwang). Gesetzliche Vorgaben und v. a. deren Umsetzung durch die Selbstverwaltung erfordern jedoch immer auch den Konsens aller Beteiligten oder die Konfliktlösung. Beides behindert die Umsetzung der Qualitätssicherung. Reiner „Qualitätswettbewerb“ ist deshalb weniger innovativ und häufig nur reaktiver Natur. Insoweit können in einem solchen System Qualitätskriterien nur sehr bedingt zum Leitkriterium für Preiswettbewerb werden.

Impressum

Herausgeber:

Bundesverband der Betriebskrankenkassen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen
Telefon: +49 201 179-1101
Telefax: +49 201 179-1000

Redaktion:

Dr. Andrea Trosky

Verantwortlicher Ansprechpartner:

Klaus Focke

Bildnachweis:

Titel: Jens Schicke

E-Mail-Adresse des BKK Bundesverbandes:

bkk-info@bkk.de
Internet: <http://www.bkk.de>

Für mit Namen der Verfasser oder Namenszeichen gekennzeichnete Beiträge
nur Übernahme der pressegesetzlichen Verantwortung. Aufnahme nur von
Originalbeiträgen. Vervielfältigung dieser Ausgabe oder einzelner Teile daraus
nur mit vorheriger schriftlicher Genehmigung des Herausgebers.

Gesamtherstellung:

Kaiserberg Kommunikation GmbH, Duisburg
Mülheimer Straße 100, 47057 Duisburg
Telefon: +49 203 30650-00
Telefax: +49 203 30650-50
E-Mail: diebkk@kaiserberg.com

Diese Beilage wurde auf chlorfrei gebleichtem Papier gedruckt.