

Theo Barth, Andreas Hölscher, Bettina Kreilein

Die Krankenhausreform 2009

Die Neugestaltung des ordnungspolitischen Rahmens vor dem Hintergrund einer wettbewerblichen Ausrichtung des Krankenhausbereiches

Das DRG-System tritt nach Ende der Konvergenzphase zum 1. Januar 2009 in die Echtphase. Vorschläge des Gesundheitsministeriums für eine Anschlussgesetzgebung sehen eine stärkere wettbewerbliche Ausrichtung des Krankenhausmarktes vor. Ob diese Pläne von den Bundesländern, den Leistungserbringern und den Krankenkassen mitgetragen werden, ist gegenwärtig noch offen. Der Beitrag diskutiert ausgewählte ordnungspolitische Fragestellungen und Lösungsansätze in den Bereichen Vertragsfreiheit, Sicherstellung der Krankenhausversorgung und Krankenhausfinanzierung. Im Zentrum steht ein Modell, das im Wege einer Mischung von kollektiv- und individualvertraglichen Elementen den ordnungspolitischen Rahmen für die anstehende Neugestaltung bilden kann. Mit diesem Modell soll der Einstieg in die Vertragsfreiheit für ausgewählte planbare Leistungen gewagt werden.

Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung nach Ablauf der Konvergenzphase 2009

Mit Ablauf des Jahres 2008 endet die so genannte Konvergenzphase, in der die krankenhausesindividuellen Basisfallwerte schrittweise an ein landeseinheitliches Preisniveau herangeführt werden. Das leistungsorientierte Fallpauschalensystem (DRG-System) tritt dann in die Echtphase. Für die Zeit ab 2009 bedarf es einer Anschlussgesetzgebung, die technische Details des Krankenhausrechts klärt und den ordnungspolitischen Rahmen regelt. Die Vorschläge des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) sehen eine stärkere wettbewerbliche Ausrichtung des Krankenhausmarktes vor (BMG 2007: 1). Damit folgt es der Zielsetzung des Gesetzgebers, den mit dem GKV-WSG eingeleiteten Weg zur Intensivierung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen fortzusetzen (Bundestagsdrucksache 13/3100).

Die Pläne der Bundesregierung für eine umfassende Finanz- und Strukturreform im Krankenhausbereich werden jedoch von den Bundesländern

nicht mitgetragen. Dies wurde bereits durch den einstimmigen Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz im Dezember 2007 deutlich. Danach wird ein umfassender ordnungspolitischer Handlungsbedarf seitens der Länder derzeit nicht gesehen (Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg 2007: 11). Ebenso wie die Positionen der Länder und die des BMG scheinen auch die Vorstellungen der Leistungserbringer und Kostenträger nicht miteinander vereinbar. Der Grund hierfür ist in den abweichenden politischen und ökonomischen Interessen der Beteiligten zu finden.

Wettbewerb in der Krankenhausversorgung

Mit Einführung des neuen DRG-Vergütungssystems vor fünf Jahren wurde die endgültige Abkehr der Selbstkostendeckung in den deutschen Krankenhäusern vollzogen. Seitdem hat sich die Transparenz und Vergleichbarkeit des Leistungsgeschehens im Krankenhausbereich wesentlich erhöht. Das DRG-System ist inzwischen allseits akzeptiert (Rau 2007: 378). Nach Auswertung einer Umfrage des BMG zur DRG-Einführung führte das neue System insgesamt zu mehr Wettbewerb in der Krankenhausversorgung (BMG 2007a: 28 f., 32,) und hat die Krankenhäuser dazu bewegt, ihre Prozesse zu optimieren (Rau 2007: 379). Die verstärkte ökonomische Ausrichtung der Leistungserbringung zeigt sich unter anderem in einer Verkürzung der Liegezeiten der Patienten, einer zunehmenden Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich, aber auch in der Veränderung der Zahl und Struktur der Krankenhäuser (Rutz 2006: 312 f., 339 ff.).

Der Wettbewerb wird als Steuerungsinstrument im Krankenhausesektor grundsätzlich anerkannt. Nach anfänglichem vereinzeltm Widerstand gegen die DRG-Einführung bejahen nun alle Akteure eine stärkere wettbewerbliche Orientierung. Die Interpretationen dessen, was unter „Wettbewerb in der Krankenhausversorgung“ konkret zu verstehen ist und welche Wettbewerbselemente zu intensivieren sind, klaffen jedoch weit auseinander (Neubauer und Beivers 2007: 63, 72).

Das Ziel eines ordnungspolitischen Rahmens muss es sein, durch sinnvolle Anreize einen gerechten Wettbewerb in der Krankenhausversorgung und eine bedarfsgerechte Anpassung von Leistungsstrukturen zu erreichen. Dabei ist ein Ressourcen schonender Mitteleinsatz im Sinne einer langfristigen Finanzierbarkeit von Gesundheitsleistungen zu fördern und vor allem eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen.

In der Praxis ist der Wettbewerb der Krankenhäuser um die Gunst der Patienten bereits voll im Gange. So hat das RWI (Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung) in seinem Rating Report 2008 Gesundheitsregionen und regionale Patientenströme ermittelt, die Hinweise auf die medizinische Attraktivität eines Gesundheitsstandortes geben. Einzelne Kliniken können für spezielle Behandlungen eine überregionale Anziehungskraft entfalten (RWI 2008: 14 f.).

Eine Auswertung der BARMER (Basis: Abrechnungsdaten 2007) bestätigt einen erheblichen Zufluss zu bestimmten Gesundheitsstandorten. Im Jahr 2007 wurden beispielsweise in Hamburger Krankenhäusern über 30.000 Patienten der BARMER vollstationär behandelt. Nur 71 Prozent der Versicherten haben auch ihren Wohnort in Hamburg – 29 Prozent der Versicherten stammen aus anderen Bundesländern. Den Schwerpunkt bilden die nahegelegenen Regionen Lübeck und Lüneburg mit einem Anteil von 67 Prozent. Betrachtet man einzelne Krankenhäuser in Hamburg, ziehen diese zwischen 14 und 73 Prozent Patienten aus anderen Bundesländern an. Die Fälle nicht ortsansässiger Patienten weisen dabei um 15 Prozent höhere Fallkosten auf.

Patientenbewegungen sind nicht nur zwischen einzelnen Bundesländern, sondern auch innerhalb der Bundesländer feststellbar. Nach einer Erhebung der baden-württembergischen Krankenhausgesellschaft haben im Jahr 2006 40 Prozent der Krankenhäuser in Baden-Württemberg mehr als fünf Prozent ihrer Patienten verloren beziehungsweise dazugewonnen. Ausschlaggebend für die Auswahl eines Krankenhauses

seien die Qualität und der Ruf eines Krankenhauses: „Die Patienten stimmen mit den Füßen ab“ (BWKG 2007: 1 f.).

Eine Versichertenbefragung der BARMER belegt die hohe Relevanz der Qualität bei der Auswahl eines Krankenhauses. Danach ist für 96 Prozent der Versicherten vor allem der gute Ruf der Ärzte beziehungsweise des Krankenhauses maßgeblich. Zur Wahl eines Krankenhauses informieren sich 93 Prozent der Versicherten bei ihrem behandelnden Haus- oder Facharzt. Der Informationsschwerpunkt liegt auf der Bewertung der bisherigen Behandlungsqualität und der Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern (Streuf et al. 2007: 113 ff.).

Ausgewählte ordnungspolitische Fragestellungen und Lösungsansätze

Kollektive gegenüber selektiven Verträgen Wie weit soll Vertragsfreiheit gehen?

Im Rahmen des aktuellen Gesetzgebungsverfahrens zum ordnungspolitischen Rahmen 2009 plant die Bundesregierung den Einstieg in einen Preiswettbewerb. Das BMG sah folgenden Ansatz vor: Den Krankenkassen soll die Möglichkeit für Einzelverträge mit Krankenhäusern bei planbaren und hochstandardisierbaren Leistungen eröffnet werden. Diese Leistungen sollen in einem Katalog auf Bundesebene gesetzlich vorgegeben und von den Akteuren der Selbstverwaltung weiterentwickelt werden. Beim Abschluss von Einzelverträgen kann der Landesbasisfallwert über- beziehungsweise unterschritten werden. Sofern mit einem Krankenhaus keine Einzelverträge abgeschlossen werden, hat dies auch weiterhin das Recht, die Leistungen zu erbringen. Die Vergütung erfolgt in diesem Fall in Höhe des Landesbasisfallwertes. Ferner ist für diesen Leistungsbereich keine Mengenbegrenzung vorgesehen. Es entfällt der Ausgleich von Mehr- und Minderleistungen. Für alle nicht im Katalog erfassten Leistungen verhandeln die Krankenkassen weiterhin gemeinsam und einheitlich. Nach Auffassung des Gesundheitsministeriums sind Einzelverträge insbesondere in Ballungsgebieten geeignete

Gestaltungsmittel, die zu einer Effizienzsteigerung und Qualitätsverbesserung sowie zu notwendigen Kapazitätsanpassungen in der Krankenhausversorgung führen (BMG 2007: 1 f., BMG 2008: Anlage 1). Diese Auffassung wird auch vom Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen unterstützt, der sowohl einen Qualitätswettbewerb als auch einen „moderaten Einstieg“ in einen partiellen Preiswettbewerb unter Berücksichtigung von Qualitätsaspekten befürwortet. Ein Preiswettbewerb zwischen den Krankenhäusern diene als „Anreiz zur Hebung von Wirtschaftlichkeitsreserven“ (Ossen 2008a: 108).

Die Bundesländer haben sich einstimmig für eine „Steigerung des Wettbewerbs um die Qualität, die Effizienz und die Effektivität der Leistungserbringung“ ausgesprochen, am Kontrahierungszwang für alle Kostenträger halten sie jedoch fest. Einzelvertragliche Vereinbarungen seien allenfalls zur Überwindung der sektoralen Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu stärken (Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg 2007: 2 ff.). Den Ländern geht es vor allem um den Erhalt ihrer Planungshoheit. Sie befürchten, die Krankenkassen könnten mit Einkaufsmodellen unberechtigten und unkalkulierbaren Einfluss auf die Krankenhausplanung und damit auf die Sicherstellung der Krankenhausversorgung nehmen.

In ähnlicher Weise hat sich die Mehrzahl der Krankenhäuser, vertreten durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), positioniert. Die DKG bekennt sich zu einem Leistungs- und Qualitätswettbewerb im Krankenhausbereich, den Einstieg in einen Preiswettbewerb in Form einzelvertraglicher Regelungen lehnt sie jedoch ab. Aus Sicht der DKG ist ein Preiswettbewerb mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung mit qualitativ hochwertigen Krankenhausleistungen nicht zu vereinbaren. Die DKG plädiert für eine zunehmende Kooperation der ambulanten und stationären Leistungserbringer. Hier seien, analog zum Bereich der integrierten Versorgung, einzelvertragliche Regelungen erforderlich, um kreative Lösungen zu ermöglichen (DKG 2007: 8 ff., Ossen 2008a: 108).

Die Argumentation der DKG ist an dieser Stelle nicht stringent. Die aktuellen Verträge mit Krankenhäusern zur Integrierten Versorgung werden in der Regel von einzelnen Krankenkassen abgeschlossen. In diese Verträge werden vor- beziehungsweise nachgelagerte Versorgungsbereiche eingebunden. Eine Vielzahl der Verträge beinhaltet eine mengenabhängige Preisstaffelung. Würden bei der Beurteilung dieser Verträge die Komponenten zu angrenzenden Versorgungsbereichen ausgeblendet, wären sie letztlich nichts anderes als kassenspezifische Individualverträge mit Krankenhäusern und entsprächen bereits weitgehend den Vorstellungen des BMG.

Auch die Krankenkassen setzen sich für eine Stärkung des Wettbewerbs ein. Einzelne Krankenkassen fordern auch den Einstieg in einen partiellen Preiswettbewerb. Als Befürworter der selektiven Kontrahierung sehen insbesondere die BARMER, der AOK-Bundesverband und die Techniker Krankenkasse die Chance freiwilliger Einkaufsmodelle darin, vorzugsweise in Ballungsgebieten mit einer hohen Krankenhausdichte qualitätsorientierte und kostensparende Strukturveränderungen herbeizuführen.

Die im Wettbewerb befindlichen Kassen werden dabei bemüht sein, für ihre Versicherten eine gesicherte Leistungsqualität zu günstigen Preisen einzukaufen. Den Krankenkassen geht es um die Möglichkeit, solche Krankenhäuser besserzustellen, die sich durch innovative Versorgungskonzepte und qualitativ hochwertige Leistungen auszeichnen. Begrenzt werden soll der Preiswettbewerb auf bestimmte Leistungen. Nach dem Vorbild der Integrierten Versorgung sollen Einzelverträge sukzessive weiterentwickelt werden. Die Sicherstellung einer flächendeckenden Notfallversorgung bleibt nach den Modellvorstellungen der Kassen unberührt (BARMER Ersatzkasse 2007: 3 f., Leber 2007: 87 ff., Techniker Krankenkasse 2007: 2 ff.).

Das Transparenz-Modell der BARMER

Aus den Positionen der verschiedenen Akteure im Krankenhaussektor lässt sich ein alternativer Denkansatz zur Einführung von Einzelverträgen entwickeln, der als Transparenz-Modell im Folgenden vorgestellt wird.

Gemäß der ursprünglichen Vorstellungen des BMG sind für einen Katalog bestimmter planbarer und steuerbarer Leistungen auf Basis der DRG-Klassifikation Selektivverträge möglich. Dieser Katalog beinhaltet die Leistungen, die regelmäßig die Kriterien der Steuerbarkeit (beispielsweise Behandlungsbeginn frühestens zehn Tage nach Diagnosestellung) und der Planbarkeit (Ausschluss von Notfallbehandlungen) erfüllen. Die Entwicklung dieses Katalogs erfolgt auf Grundlage der Krankenhausabrechnungsdaten.

Im ersten Schritt werden alle DRG ausgeschlossen, die in den Abrechnungsdaten einen Anteil an Notfallkennzeichnungen von über 15 Prozent ausweisen. Im zweiten Schritt erfolgt eine medizinische Beurteilung der Leistungen in Bezug auf Plan- und Steuerbarkeit. Hierzu werden unter anderem ergänzende Ausschluss- beziehungsweise Einschlusskriterien auf Basis von Diagnosen und Prozeduren definiert. So werden etwa die Fälle einer DRG ausgeschlossen, in denen als Diagnose eine Verletzung kodiert wird. Die Abgrenzung zwischen diagnostischen und therapeutischen Linksherzkatheteruntersuchungen kann etwa über die kodierte Operationsprozedur erfolgen. Ziel ist eine eindeutige Abgrenzung der Leistungen (Definitionstransparenz).

Das Leistungsspektrum reicht von Arthroskopien über Hüft- und Kniegelenkersatz bis zu Schrittmacherwechsel und operativen Eingriffen am Auge. Eine detaillierte Aufstellung der medizinischen Leistungsbereiche, die aus Sicht der Autoren für den Einstieg in Individualverträge geeignet sind, ist der folgenden Aufstellung zu entnehmen.

Medizinische Leistungsbereiche für Individualverträge

Nerven

- Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom

Augen

- Eingriffe an den Augenmuskeln (Schieloperationen)
- Hornhauttransplantation
- Konservative Behandlung von Glaukom, Katarakt, Korrektur der Augenlider
- Korrektur der Augenlider außer bei bösartigen Neubildungen und Verletzungen
- Linsenextraktion
- Rekonstruktion der Tränenwege
- Operative Eingriffe bei Glaukom, Katarakt, Korrektur der Augenlider

Hals-Nasen-Ohren

- Entfernung der Gaumen- und Rachenmandeln außer bei bösartigen Neubildungen
- Operation am Innenohr
- Operative Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Warzenfortsatz, Mittelohr und Speicheldrüsen außer bei akuten Entzündungen
- Operative Korrektur der Kieferstellung
- Operative Korrektur Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte

Atmungsorgane

- Behandlung der Schlafapnoe

Kreislaufsystem

- Aggregatwechsel Kardioverter/Defibrillator
- Linksherzkatheter
- Schrittmacherwechsel
- Venenstripping

Verdauungsorgane

- Herniotomie ohne Einklemmung oder Gangrän

Hepatobiliäres System und Pankreas

- Diagnostik und Therapie der Gallenblase, Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse

Bewegungsapparat

- Arthroskopien (Schulter, Ellenbogen und Knie)
- Bandscheibeneingriffe
- Hüft- und Kniegelenkersatz
- Operative Eingriffe bei Hallux Valgus
- Operative Eingriffe an der Hand bei Dupuytren-Krankheit

Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

- Eingriffe bei gutartigen Schilddrüsenerkrankungen

Männliche Geschlechtsorgane

- Eingriffe am Hoden ohne bösartige Neubildungen
- Prostataresektion

Weibliche Geschlechtsorgane

- Eingriffe an Uterus und Adnexen außer bei bösartigen Neubildungen und Entzündungen
- Scheiden-, Blasen-, Beckenbodenplastik außer bei Verletzungen

Geburten/Neugeborene

- Entbindung/Kaiserschnitt
- Versorgung von Neugeborenen

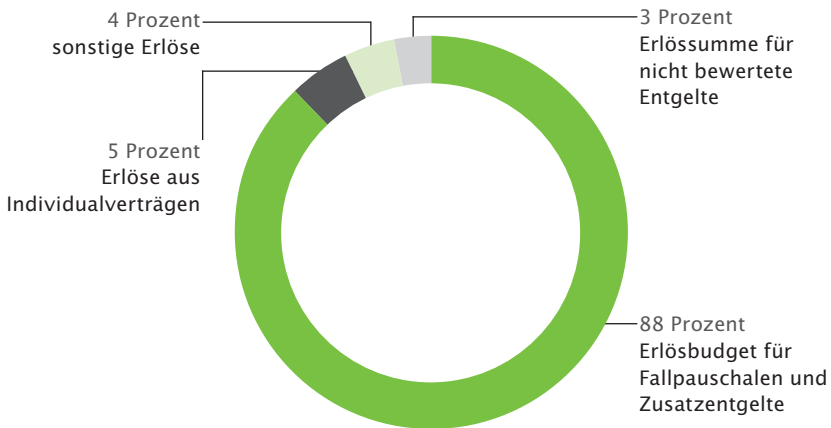
Im Jahr 2009 werden die Katalogleistungen aus dem Leistungserüst der Krankenhäuser auf der Basis der Vorjahresvereinbarung ausgliedert. Die Leistungsmenge wird auf dem Niveau der Ausgliederung festgeschrieben. Für sie wird eine separate Erlössumme, analog der nicht bewerteten Zusatzentgelte und Fallpauschalen, gebildet (Finanztransparenz). Grundsätzlich können dann nach der derzeitigen Systematik des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) vier Erlösbereiche für den stationären Bereich definiert werden:

- Kollektivvertragliche Erlöse
 - Erlöse für bundeseinheitlich bewertete Fallpauschalen und Zusatzentgelte (Erlösbudget)
 - Erlöse für nicht bewertete Fallpauschalen und Zusatzentgelte (Erlössumme)
 - Sonstige Erlöse (beispielsweise Zu- und Abschläge, Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden)
- Individualvertragliche Erlöse
 - Erlöse für Leistungen, die im Rahmen von Individualverträgen erbracht werden

Nach Einschätzung der Autoren werden beim Einstieg in den Vertragswettbewerb die kollektivvertraglichen etwa 95 Prozent und die individualvertraglichen Erlöse etwa fünf Prozent des stationären

Erlösvolumens ausmachen. Der Wert kann regional stark variieren. Nicht alle Krankenkassen werden in allen Versorgungsregionen die Katalogleistungen in Individualverträge überführen. Dies ist von der kassenspezifischen Nachfragesituation, der Versichertenstruktur und der regionalen Konkurrenzsituation abhängig. Die quantitative Differenzierung der einzelnen Erlösbereiche wird aus Abbildung 1 ersichtlich.

Abbildung 1: Differenzierung der Erlösbereiche nach KHEntgG



Datenbasis: BARMER-Daten 2007

Die planbaren Leistungen können von den Krankenhäusern grundsätzlich zum Landesbasisfallwert abgerechnet werden. Leistungsverschiebungen und Mengensteigerungen sind bei diesen Leistungen lediglich im Rahmen von Einzelverträgen möglich. Überschreitet ein Krankenhaus die ausgegliederte Leistungsmenge ohne den Abschluss eines Selektivvertrages, sind die anfallenden Mehrerlöse an die Krankenkassen zurückzuzahlen. Mindererlöse aufgrund von Leistungsrückgängen werden nicht ausgeglichen.

Sofern eine Krankenkasse von der Möglichkeit der Individualverträge Gebrauch machen möchte, sind die entsprechenden Leistungen für die jeweiligen Versorgungsregionen auszuschreiben (Vergabetransparenz). Dabei sind unterschiedliche Komponenten zu definieren, unter anderem Art und Menge der Leistungen, Strukturmerkmale, zusätzliche – über gesetzliche Anforderungen hinausgehende – Qualitätskriterien (zum Beispiel ergänzende Gewährleistungsansprüche, Nachweis der Ergebnisqualität) sowie Zusatzleistungen (zum Beispiel Service- und Betreuungsleistungen).

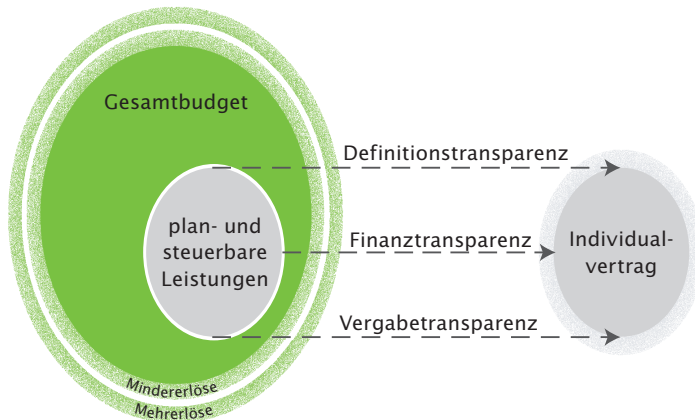
Als Versorgungsregionen sind räumlich klar abgrenzbare Gebiete (Städte, Landkreise, Regierungsbezirke oder gegebenenfalls Bundesländer) zu definieren. Es ist davon auszugehen, dass Ausschreibungen nur in solchen Regionen durchgeführt werden, in denen eine Konkurrenzsituation zwischen Krankenhäusern besteht. Schwerpunkt von Einzelverträgen wird also der städtische Ballungsraum sein. Für Krankenhäuser ohne Einzelvertrag wird die Erlössumme der planbaren Leistungen analog der Regelungen für Kollektivverträge weiterentwickelt. Es gelten hier die gesetzlichen Vorgaben für die Budgetermittlung.

Zur Steuerung der Patientenströme stehen den Krankenkassen Wahltarife und Bonussysteme zur Verfügung. Ein zentrales Steuerungsinstrument ist das Angebot von Zusatzleistungen. Hierzu gehören unter anderem zusätzliche Service- und Betreuungsleistungen vor, während und nach dem Krankenhausaufenthalt sowie spezielle Hotelleistungen. Darüber hinaus sind ergänzende medizinische Leistungen vorstellbar. Die Einführung eines Malussystems ist aus Sicht der Autoren nicht angezeigt. Vielmehr sollten vertragliche Regelungen mit den niedergelassenen Ärzten für die Patientensteuerung genutzt werden, da die Ärzte eine Schlüsselrolle bei der Leistungsinanspruchnahme der Patienten einnehmen.

Für die planbaren Leistungen sollte eine gesetzliche Beratungspflicht der Krankenkassen eingeführt werden, nach der sich die Versicherten vor

Beginn der Behandlung über die Leistungen der Vertragskrankenhäuser informieren können. Die Vermittlung von Informationen zur Leistungsqualität und zu Zusatzleistungen der Krankenhäuser steht dabei im Vordergrund. Die Krankenkassen sind gefordert, eine entsprechende Beratungskompetenz aufzubauen. Die Wahlfreiheit der Versicherten wird nicht eingeschränkt.

Abbildung 2: Das BARMER-Transparenz-Modell



Der dargestellte Ansatz zum Abschluss von Individualverträgen wird den Erwartungen an eine stärkere wettbewerbliche Ausrichtung des Krankenhaussektors gerecht:

- Ein transparentes Ausschreibungsverfahren für planbare Leistungen stellt sicher, dass das beste Leistungsangebot berücksichtigt wird.
- Die Krankenhäuser und Krankenkassen werden neue Produkte (beispielsweise Zusatzleistungen) entwickeln, um sich von Wettbewerbern abzugrenzen. Sie werden dabei aktuelle Kundenbedürfnisse aufgreifen.
- Die Einbindung der vor- und nachgelagerten Leistungsbereiche führt zu einer stärkeren sektorenübergreifenden Vernetzung und schafft die

Voraussetzungen für ein optimales Behandlungsergebnis (Leistungskombination ambulante/stationäre Behandlung und Rehabilitation).

Das Modell ist als Einstieg in den Vertragswettbewerb zu verstehen. Mit zunehmenden Erfahrungen in der Ausgestaltung und Umsetzung von Individualverträgen kann der kollektivvertragliche Anteil sukzessive reduziert werden. Perspektivisch sollte lediglich die Notfallversorgung kollektiv geregelt werden.

Krankenhausplanung und Sicherstellung der Krankenhausversorgung – Kongruenz von Kompetenz und Verantwortung?

Vor dem Hintergrund des dargestellten Vertragsmodells stellt sich die Frage, inwieweit die diskutierten Anpassungen der Krankenhausplanung und die Sicherstellung der Versorgung den Anforderungen von Kollektivverträgen und Individualverträgen gerecht werden.

Unter Anerkennung der verfassungsrechtlich verankerten Verantwortung der Länder für die Sicherstellung der Krankenhausversorgung soll nach den Vorstellungen des BMG die Krankenhausplanung zu einer verschiedenen Leistungssektoren übergreifenden Rahmenplanung weiterentwickelt werden. Die Zulassung der Plankrankenhäuser zur Leistungserbringung in der gesetzlichen Krankenversicherung soll dabei unberührt bleiben (BMG 2007: 2).

Auch die Bundesländer wollen die Krankenhausplanung zugunsten einer Rahmenplanung weiterentwickeln. Dabei bestehen sie auf ihrer Kompetenz und Letztverantwortung für die Gewährleistung der stationären Versorgung, insbesondere der Notfallversorgung. Die konkrete Ausgestaltung der Krankenhausplanung soll den Ländern selbst überlassen werden (Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg 2007: 4). Ebenso fordert die DKG „so viel Planung wie nötig, so wenig wie möglich“ und plädiert dafür, die Krankenhausplanung auf die Festlegung von Standorten, medizinischen Fachgebieten und die Notfallversorgung zu beschränken (DKG 2007: 9, Ossen 2008: 10 ff.).

Im Zuge der sich verändernden Investitionsfinanzierung fordern die Krankenkassen eine bedarfs- und qualitätsorientierte Krankenhausplanung, die ihnen mehr Mitwirkungsrechte einräumt. Detailvorgaben durch die Länder – in diesem Punkt stimmen die Krankenkassen mit den Vertretern der Leistungserbringer und der Politik überein – sind mit einer stärkeren wettbewerblichen Ausrichtung nicht vereinbar. Die Landesbehörde sollte künftig eine „Regulierungsbehörde“ sein, die eine Monitoring- und Überwachungsfunktion übernimmt (Techniker Krankenkasse 2007: 8, BARMER 2007: 8). Die konkreten Versorgungsverträge sollten auf der Grundlage der Rahmenvorgaben der Länder zwischen den Vertragsparteien geregelt werden (BARMER 2007: 8).

Eine Rahmenplanung unterstützt grundsätzlich die weitere wettbewerbliche Entwicklung des Krankenhausmarktes, da sie den Akteuren mehr Möglichkeiten zur flexiblen Ausgestaltung bietet. Für Individualverträge kann diese Flexibilität noch erhöht werden. Hier ist eine Standortfestlegung nicht notwendig. Die Definition eines bestimmten Leistungsminimums (Art und Menge) je Versorgungsregion wäre ausreichend. Die Landesbehörde könnte ihrer Aufsichtspflicht nachkommen, indem sie die Abdeckung des definierten Leistungsminimums und die Einhaltung von Qualitätsanforderungen überprüft. Das vereinbarte Leistungsvolumen sollte sich im kollektiv- und im individualvertraglichen Bereich an der tatsächlichen Nachfrageentwicklung orientieren.

Krankenhausfinanzierung – auf dem Weg zur Monistik?

Das System der Investitionsfinanzierung ist ebenfalls auf seine Kompatibilität mit Kollektivverträgen und Individualverträgen zu überprüfen. Nach den Vorstellungen des BMG sollte die duale Krankenhausfinanzierung abgeschafft werden und die Krankenkassen sollten zur Finanzierung der Betriebs- und Investitionskosten aus einer Hand zusätzliche Mittel aus Steueraufkommen über den Gesundheitsfonds erhalten (BMG 2008: Anlage 3). Das Gesundheitsministerium stützte sich bei seinen Überlegungen zur Einführung einer monistischen Finanzierung auf eine Expertise des Vorsitzenden des Wirtschafts-Sachverständigenrates

Rürup. Der Großteil der Investitionsmittel sollte danach in Form von DRG-Zuschlägen ausgezahlt werden (Rürup 2008: 5 ff.).

Nach massivem Widerstand der Bundesländer ist das BMG von seinen Plänen abgerückt. Die Investitionsfinanzierung soll nun als duale Finanzierung fortgeführt werden. Nach einem Eckpunktepapier des BMG sollen ab 2012 leistungsbezogene Investitionspauschalen durch die Länder gezahlt werden (BMG 2008a: 1). Mit der Möglichkeit zur gezielten Einzelinvestitionsförderung von Krankenhäusern sollen die Länder darüber hinaus ein weiteres Steuerungsinstrument in der regionalen Krankenhausversorgung behalten.

Die DKG begrüßt das Bekenntnis der Länder zu ihrer Verantwortung für die Krankenhausversorgung. Vorrangig ginge es aus Sicht der DKG um den Abbau des bestehenden Investitionsstaus in den Kliniken (DKG 2007: 14, Ossen 2008: 12). Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken fordert hingegen eine Liberalisierung des deutschen Krankenhausmarktes und befürwortet den Umstieg von einer dualen zu einer regionalen monistischen Krankenhausfinanzierung (BDPK 2007: 11, BDPK 2007a: 9 ff.).

Auch nach Meinung der Krankenkassen bedarf es neuer Modelle für die Investitionsfinanzierung. Voraussetzung für die Einführung einer monistischen Finanzierung ist allerdings neben dem Abbau des Investitionsstaus eine ausreichende Refinanzierung, um eine Beitragssatzsteigerung zu vermeiden (Leber, Malzahn und Wolff 2007: 83 f., BARMER 2007: 6 f.).

Die Krankenhausfinanzierung aus einer Hand wäre aus betriebswirtschaftlicher und volkswirtschaftlicher Sicht ein systemlogischer Ansatz. In einem monistischen System würde die Zuteilung von Investitionsmitteln stärker wettbewerblich organisiert werden. Die Krankenhäuser würden künftig nicht nur um die Leistungsvergütung konkurrieren, sondern auch um Investitionsmittel. Qualitative und quantitative

Veränderungen der Leistungsstruktur würden nicht durch Investitionsentscheidungen der Länder (Individualförderung) konterkariert.

Preisbildung und Weiterentwicklung des Vergütungssystems Gleicher Preis für gleiche Leistung?

Im Rahmen der Reformbestrebungen des BMG sollen ab 2009 in einer Konvergenzphase von fünf Jahren die landesweiten Basisfallwerte an einen Bundesbasisfallwert herangeführt werden. Als Begründung wird die Einführung des Gesundheitsfonds mit seinem bundeseinheitlichen Beitragssatz genannt. Mit Blick auf eventuell vorhandene strukturelle Unterschiede in den Ländern soll zunächst eine Bandbreite in Höhe von zwei Prozent um den Bundesbasisfallwert von der Anpassung ausgenommen werden (BMG 2008: 3, Anlage 2, BMG 2008a: 5).

Die Länder bejahen die bundeseinheitliche Weiterentwicklung des DRG-Systems und ein Landesfestpreissystem. Dabei sei am Prinzip „gleicher Preis für gleiche Leistungen“ grundsätzlich festzuhalten. An einen Bundesbasisfallwert sei perspektivisch zu denken (Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg 2007: 3).

Auch die DKG vertritt die Auffassung, dass weiterhin Fest- und Einheitspreise zu vergüten sind. Nur bei gleichen Preisen für gleiche Leistungen werde die Krankenhausversorgung auch in der Fläche nachhaltig sichergestellt. Über die Einführung bundeseinheitlicher Preise könne erst nach Abschluss und Auswertung des Konvergenzprozesses entschieden werden (DKG 2007: 8, Ossen 2008: 10).

Zum Ende der Konvergenzphase wird zunehmend deutlich, dass diese nicht ausgabenneutral umgesetzt werden kann. Nach Schätzungen der BARMER wird sich ein positiver Umverteilungssaldo von über einer Milliarde Euro ergeben. Den „Gewinner-Krankenhäusern“ ist mehr Geld zugeflossen als die „Verlierer-Krankenhäuser“ abgegeben haben. Bei der Vereinbarung oder Festsetzung der Landesbasisfallwerte wurden diese vielfach zu hoch angesetzt. Die Landesbasisfallwerte entsprechen

nicht immer den landesbezogenen Durchschnittswerten aus den krankenhausindividuellen Basisfallwerten. Der positive Umverteilungssaldo von über einer Milliarde Euro entspricht einem Anteil von plus 2,2 Prozent des aktuellen Budgetvolumens im stationären Sektor. Dieser Wert variiert jedoch stark zwischen den einzelnen Bundesländern. Neben Bundesländern mit einem positiven Umverteilungssaldo sind auch Bundesländer mit einem negativen Umverteilungssaldo zu verzeichnen. Die jeweiligen so genannten „Top-3-Bundesländer“ sind der Tabelle 1 zu entnehmen.

Tabelle 1: Konvergenzumverteilungssalden ausgewählter Bundesländer (Angaben in Prozent)

Bundesland	Umverteilungssaldo (in Prozent des Budgetvolumens)
Sachsen-Anhalt	- 3,7
Bremen	- 1,0
Brandenburg	- 0,4
Bundesdurchschnitt	2,2
Berlin	4,4
Bayern	4,6
Rheinland-Pfalz	5,3

Auch die Einführung eines Bundesbasisfallwertes birgt die Gefahr einer Steigerung des Preisniveaus. Die Krankenkassen werden folglich die Vereinheitlichung der Landesbasisfallwerte nicht befürworten, solange eine ausgabenneutrale Angleichung nicht garantiert ist.

Kontrovers wird die Frage diskutiert, inwieweit der Wettbewerb um mehr Qualität mit einem Preiswettbewerb vereinbar ist. Aus Sicht der DKG würde mit der Einführung eines Preiswettbewerbs die Grenze zur Dominanz ökonomischer Steuerungsmechanismen überschritten und im Ergebnis zu Lasten der Qualität gehen (DKG 2007a: 611, 616).

Ein Zusammenhang zwischen Qualität und Wirtschaftlichkeit wird von den Autoren des Krankenhaus Rating Reports 2008 festgestellt. Kliniken, die eine höhere Wirtschaftlichkeit aufweisen, liefern demnach keine schlechtere Qualität (RWI 2008: 123). Eine ökonomische Ausrichtung der Krankenhäuser scheint also nicht zwangsläufig, wie von der DKG befürchtet, auf Kosten der Qualität zu gehen.

Die Diskussion zur künftigen Preisgestaltung fokussiert sich auf die Frage „Festpreis oder Höchstpreis?“. Die Entwicklung der landesweiten Basisfallwerte wie in der Tabelle 2 dargestellt zeigt, dass die Preise für Krankenhausleistungen keine Festpreise sind. Die Veränderungen der Landesbasisfallwerte von 2005 bis 2008 zeigen vielmehr eine sehr dynamische Entwicklung.

Tabelle 2: Entwicklung der Landesbasisfallwerte 2005 bis 2008 (absolute Angaben in Euro)

Bundesland	2005	2006	2007	2008	Index 2008 (2005=100)
Baden-Württemberg	2.856	2.850	2.846	2.854	99,9
Bayern	2.790	2.789	2.805	2.819	101,1
Berlin	3.086	2.990	2.960	2.898	93,9
Brandenburg	2.639	2.669	2.723	2.765	104,8
Bremen	2.915	2.899	2.885	2.878	98,7
Hamburg	2.971	2.893	2.850	2.824	95,1
Hessen	2.748	2.793	2.808	2.826	102,8
Mecklenburg-Vorpommern	2.636	2.650	2.680	2.733	103,7
Niedersachsen	2.785	2.792	2.787	2.785	100,0
Nordrhein-Westfalen	2.734	2.741	2.736	2.754	100,7
Rheinland-Pfalz	2.928	2.960	2.960	2.960	101,1
Saarland	2.930	2.935	2.935	2.935	100,2
Sachsen	2.705	2.725	2.754	2.754	101,8
Sachsen-Anhalt	2.744	2.780	2.780	2.775	101,1
Schleswig-Holstein	2.650	2.666	2.673	2.685	101,3
Thüringen	2.730	2.730	2.743	2.761	101,2

Die Bandbreite hat sich zwischen 2005 und 2008 von 450 Euro auf 275 Euro verringert. Die höchste Steigerung eines Landesbasisfallwertes von plus 4,8 Prozent hat das Bundesland Brandenburg zu verzeichnen. Die stärkste Absenkung von minus 6,1 Prozent lässt sich in Berlin feststellen. Danach waren die Krankenhäuser in den letzten Jahren immer wieder gefordert, sich auf Preisveränderungen einzustellen.

Bewertung und Ausblick

Die anstehende Neugestaltung des ordnungspolitischen Rahmens bietet Möglichkeiten, die Weichen für mehr Wettbewerb im Krankenhaus zu stellen. Nach dem Vorbild der DRG-Einführung ist der aktuelle Gestaltungsprozess als lernendes System zu verstehen. Als Einstieg sollte die Vertragsfreiheit für ausgewählte planbare Leistungen gewagt werden. Die wettbewerbliche Ausrichtung bedeutet für Leistungserbringer und Kostenträger Risiken – sie bietet aber für alle Beteiligten auch Chancen.

Für eine erfolgreiche Umsetzung von Individualverträgen sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen anzupassen. Folgende Aspekte sind dabei von zentraler Bedeutung:

- Definition eines Leistungsspektrums von plan- und steuerbaren Leistungen zur zweifelsfreien Abgrenzung des kollektiv- und individualvertraglichen Leistungsbereichs,
- Bildung separater Erlösbereiche für Kollektiv- und Individualverträge,
- Definition von Versorgungsregionen,
- eindeutige gesetzliche Regelungen zum Ausschreibungsverfahren,
- Freiheit in der Vertragsgestaltung (Leistungen und Preise),
- Erweiterung der Möglichkeiten zur Leistungssteuerung,
- Krankenhausrahmenplanung in flexibler Ausprägung,
- Einstieg in eine leistungsbezogene Investitionsfinanzierung.

Der Ruf nach mehr Wettbewerb wird häufig von dem Wunsch begleitet, diesen Schritt durch Kontrollsysteme zu sichern. Das beste Sicherungssystem sind mündige Versicherte und Patienten. Sie werden auf

Versorgungsdefizite reagieren und diese bei der Auswahl des Krankenhauses berücksichtigen.

Ziel einer Stärkung des Vertragswettbewerbs muss es sein, die Versorgungssicherheit der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten und die langfristige Finanzierbarkeit medizinischer Leistungen zu sichern.

Literatur

- Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft – BWKG (Hrsg.) (2007): Pressemitteilung. DRG-System führt zu erheblicher Umschichtung der Fälle zwischen den Krankenhäusern. Wettbewerb um die beste Qualität ist voll im Gange. Stuttgart.
- BARMER Ersatzkasse (2007): Ordnungspolitischer Rahmen zur Zukunft der Krankenhausversorgung ab 2009. Positionen der BARMER Ersatzkasse. Wuppertal.
- Bundesministerium für Gesundheit – BMG (2007): Diskussionsentwurf – Eckpunkte für den ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 vom 13. Juni 2007. Bonn.
- Bundesministerium für Gesundheit – BMG (2007a): Auswertung des BMG-Fragenkatalogs zu den Erfahrungen mit der DRG-Einführung vom 23. März 2007. Bonn.
- Bundesministerium für Gesundheit – BMG (2008): Schreiben der Bundesministerin für Gesundheit Ulla Schmidt an die gesundheitspolitischen Sprecher des Deutschen Bundestages vom 28. Februar 2008. Bonn.
- Bundesministerium für Gesundheit – BMG (2008a): Eckpunkte für den ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 vom 27. Juni 2008. Bonn.
- Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. – BDPK (2007): Mehr unternehmerische Freiheit – Krankenhäuser schrittweise entfesseln. Eckpunkte zur Gestaltung des ordnungspolitischen Rahmens für Krankenhäuser nach dem Ende der Konvergenzphase. Berlin.
- Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. – BDPK (2007a): Modell 21 – Krankenhäuser gesund und zukunftsfähig machen. Berlin.

- Deutsche Krankenhausgesellschaft – DKG (2007): Konzept für die Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens ab dem Jahr 2009. Berlin.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft – DKG (2007a): Für den Wettbewerb um beste Qualität. In: Das Krankenhaus. Nummer 7. S. 611-616.
- Leber, W.-D., J. Malzahn und J. Wolff (2007): Elektiv wird selektiv. Grundzüge eines wettbewerbsorientierten, nach Leistungen differenzierenden Ordnungsrahmens für Krankenhäuser ab dem Jahr 2009. In: J. Klauber, B.-P. Robra und H. Schellschmidt (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2007. Bonn. S. 81-106.
- Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg, Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (2007): Konzept zur Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung unter Berücksichtigung der Finanzierungsfragen. Zukunft der Krankenhausversorgung. Stuttgart.
- Neubauer, G., und A. Beivers (2007): Ende der Konvergenzphase und Neuordnung der Krankenhaussteuerung: Zum Stand der ordnungspolitischen Diskussion. In: J. Klauber, B.-P. Robra und H. Schellschmidt (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2007. Bonn. S. 63-80.
- Ossen, P. (2008): Wohin führt der Weg der Krankenhäuser? In: das Krankenhaus. Nummer 1. S. 5-12.
- Ossen, P. (2008a): Gegen das „Aldi-Prinzip“ im Krankenhausbereich. In: Das Krankenhaus. Nummer 2. S. 101-112.
- Rau, F. (2007): Das DRG System zwingt zu besseren Prozessen. In: f&w. Nummer 4. S. 378-379.
- Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung – RWI (Hrsg.) (2008): Krankenhaus Rating Report 2008. Qualität und Wirtschaftlichkeit. Essen.
- Rürup, B. (2008): Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern. Expertise im Auftrag des BMG. Berlin.
- Rutz, S. (2006): Die Einführung von Diagnosis Related Groups in Deutschland. Interessen – Anreize – Erste Ergebnisse. Köln.

- Streif, R., S. Maciejek, A. Kleinfeld, G. Blumenstock, M. Reiland und H. K. Selbmann (2007): Informationsbedarf und Informationsquellen bei der Wahl eines Krankenhauses. In: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2007. Nummer 12. S. 113-120.
- Techniker Krankenkasse (2007): Beiträge zur Gesellschaftspolitik. Zukunft der Krankenhausversorgung. Eckpunkte der Techniker Krankenkasse für die Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens der Krankenhausfinanzierung nach Beendigung der Konvergenzphase 2009. Hamburg.