

Dr. Wulf-Dietrich Leber  
Jürgen Malzahn  
Johannes Wolff

Bonn, 12.03.2007

## **Elektiv wird selektiv**

**Ein Vorschlag für einen nach Krankenhausleistungen differenzierenden Ordnungsrahmen ab 2009**

Der vorliegende Text ist die aktualisierte Fassung eines Beitrages zum Aufsatzwettbewerb der B. Braun-Stiftung zur Krankenhausfinanzierung nach Ende der Konvergenzphase.

Der Beitrag wurde auf dem 6. Nationalen DRG-Forum *plus* am 19.04.2007 mit dem ersten Preis ausgezeichnet.

**award** KRANKENHAUS  
FINANZIERUNG **2009**  
B. Braun-Stiftung

## Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	2
Abbildungsverzeichnis.....	2
<b>1 In aller Kürze .....</b>	<b>3</b>
<b>2 Ordnungspolitischer Handlungsbedarf.....</b>	<b>5</b>
2.1 Vollendung der Konvergenzphase .....	5
2.2 Ende der Sicherstellung .....	6
2.3 Erosion der dualen Finanzierung.....	7
2.4 Kassenwettbewerb.....	8
2.5 Öffnung für ambulante Leistungen .....	9
<b>3 Rabattwettbewerb für elektive Krankenhausleistungen.....</b>	<b>12</b>
3.1 Abschied vom monolithischen Budget.....	12
3.2 Ausschreibung von elektiven Krankenhausleistungen.....	13
3.3 Synchron- oder Optionsmodell für Ausschreibungen.....	16
3.4 Abgrenzung des elektiven Fallspektrums .....	17
<b>4 Konturen eines differenzierenden Ordnungsrahmens .....</b>	<b>20</b>
4.1 Vollendung der Konvergenz und kontinuierliche DRG-Weiterentwicklung .....	20
4.2 Landes- oder Bundesbasisfallwert .....	21
4.3 Traditionelle Sicherstellung der Notfallversorgung.....	21
4.4 Die Rolle der Bundesländer .....	22
4.5 Vereinbarungsprinzip bei ambulanten Leistungen an Krankenhäusern .....	23
<b>5 Der Ordnungsrahmen im Überblick .....</b>	<b>24</b>
Literatur.....	26

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anzahl der Gewinner- und Verliererkrankenhäuser.....	5
Abbildung 2: Konvergenzscenario bei Kappung .....	6
Abbildung 3: Fördermittel der Länder 1991 – 2004.....	8
Abbildung 4: Ambulante Krankenhausleistungen .....	10
Abbildung 5: Abgrenzung von Notfall- und Elektivleistungen.....	19
Abbildung 6: Ordnungsrahmen für Krankenhausleistungen im Überblick .....	24

## 1 In aller Kürze

### **Konvergenz vollenden**

Nach dem Ende der sog. Konvergenzphase bedarf es zunächst der Vollendung der Konvergenz. Der Anpassungspfad sollte fortgesetzt werden, bis alle Krankenhäuser den einheitlichen Landesbasisfallwert (LBFW) erreicht haben. Ein bundeseinheitlicher Basisfallwert ist nicht notwendig und sollte nur eingeführt werden, wenn die Umstellung insgesamt beitragsneutral erreicht werden kann.

### **Ordnungspolitischer Handlungsbedarf**

Eine Neuordnung von Krankenhausplanung und -finanzierung ist aus mindestens vier Gründen notwendig: Erstens sichert der Krankenhausplan bei Vergütung nach LBFW nicht mehr die Versorgung. Zweitens bedarf es aufgrund der Erosion der dualen Finanzierung neuer Modelle für die Investitionsfinanzierung und die Verwendung der Landesfördermittel. Drittens verlangt der Kassenwettbewerb eine Begrenzung der kollektivvertraglichen Krankenhausbudgets zugunsten wettbewerbskonformer selektiver Verträge. Viertens bedarf die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungserbringung eines zuverlässigen Rechtsrahmens, der vertragliche Vereinbarungen mit den Krankenkassen und eine Harmonisierung mit der vertragsärztlichen Versorgung beinhaltet.

### **Abschied vom monolithischen Budget**

Die Neuordnung sollte berücksichtigen, dass Krankenhausleistungen unterschiedlich sind. Das bislang dominierende einheitliche Krankenhausbudget wird durch mehrere unterschiedlich regulierte Budget- bzw. Erlösbereiche zu ersetzen sein. Während für Notfallleistungen traditionelle planerische Instrumente der Sicherstellung adäquat sind, sollten für elektive Krankenhausleistungen kassenspezifische Verträge vorgesehen werden. Die Abgrenzung des elektiven Leistungsspektrums ist nicht trivial; sie kann durch Zuordnung von DRGs und der Notwendigkeit eines Rettungstransportes erfolgen.

### **Ausschreibung elektiver Krankenhausleistungen**

Die Krankenkassen haben die elektiven Krankenhausleistungen durch Einzelverträge mit Krankenhäusern sicherzustellen. Es gibt für die Kassen einheitliche Vorgaben zum Leistungsvolumen, das für eine bestimmte Versichertengemeinschaft in der jeweiligen Versorgungsregion vertraglich vereinbart sein muss. Die Auswahl der Häuser erfolgt in einem geordneten Ausschreibungsverfahren. Wollen Versicherte Leistungen in einem Haus in Anspruch nehmen, mit dem ihre Kasse keinen Vertrag hat, so haben sie einen gesonderten Tarif zu wählen oder aber die Kostendifferenz selber zu tragen.

### **Synchron- oder Optionsmodell**

Die Ausschreibung elektiver Leistungen kann synchron oder optional erfolgen. Kommt im Optionsmodell kein selektiver Rabattvertrag zustande, so gelten die bisherigen kollektivvertraglichen Prinzipien, also umfassender Kontrahierungszwang und Vergütung zum Landesbasisfallwert. Die selektivvertragliche Option bei Weiterbestand eines Kollektivsystems wurde bereits im Bereich der besonderen ambulanten Versorgung nach § 73 c SGB V und bei Arzneimittelrabattverträgen nach § 130 a Abs. 8 SGB V gesetzlich umgesetzt.

### **Neue Rolle der Bundesländer**

Die planerische Funktion der Bundesländer sollte sich künftig weitestgehend auf die Notfallversorgung beschränken. Auch die Fördermittel sind darauf zu konzentrieren. Sie sollten weder an Investitionen noch an die Bemessungsgröße „Bett“ gekoppelt sein. Kann ein Haus zum einheitlichen Landesbasisfallwert die Versorgung nicht sicherstellen, so darf nur dann ein Sicherstellungszuschlag erhoben werden, wenn durch Ausschreibung festgestellt wurde, dass kein anderes Krankenhaus (und kein neuer Investor) die Leistung zum Landesbasisfallwert bzw. zu einem geringeren Sicherstellungszuschlag erbringen kann. Für den Bereich

der elektiven Leistungen definieren die Bundesländer die Versorgungsregionen und überwachen – quasi als Verbraucherschutzbehörde – die Krankenkassen bezüglich der Einhaltung der bundesweiten Vorgaben zur vertraglichen Absicherung der elektiven Krankenhausleistungen.

### **Ambulante Krankenhausleistungen**

Ambulante Leistungserbringung (inklusive der teilstationären Leistungen) ist mit der vertragsärztlichen Versorgung abzustimmen. Eine unbeschränkte extrabudgetäre Abrechnungsgarantie muss zugunsten vereinbarter Leistungsmengen geändert werden. Da bei hochspezialisierten Leistungen bzw. seltenen Erkrankungen nach § 116 b SGB V durch den Risikostrukturausgleich keine ausreichende Morbiditätsorientierung zu erwarten steht, ist ein kollektivvertragliches System vorzusehen. Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V sind hingegen zum großen Teil elektiv und sollten deshalb selektivvertraglich vereinbart werden.

### **Wettbewerbsstärkung**

Die ordnungspolitische Debatte über Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung wurde Jahrzehnte ohne jede praktische Konsequenz geführt. Diesmal hat eine wettbewerbsorientierte Neuordnung Chancen auf Umsetzung, weil das traditionelle Instrumentarium bei der gesetzlich vorgezeichneten leistungsorientierten Vergütung auf landeseinheitlichem Niveau die Versorgung nicht mehr sicherstellt. Soll der Kassenwettbewerb nicht funktionslos sein, so wird der Gesetzgeber das herrschende Prinzip kollektivvertraglicher Budgets zugunsten selektivvertraglicher Optionen öffnen müssen. Die Einführung des Wettbewerbs durch selektive Verträge im Bereich elektiver Krankenhausleistungen ist gleichermaßen im Interesse von wirtschaftlichen Krankenkassen wie im Interesse effizienter Krankenhäuser.

## 2 Ordnungspolitischer Handlungsbedarf

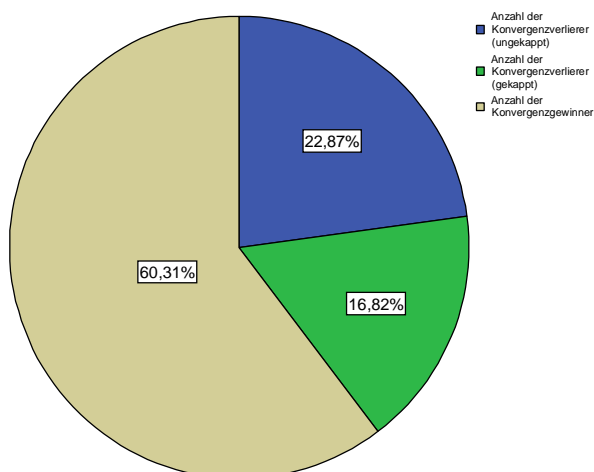
### 2.1 Vollendung der Konvergenzphase

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

Bevor dies im Einzelnen diskutiert werden kann, muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass die Konvergenz mit Ende der Konvergenzphase keinesfalls abgeschlossen ist. Mit Inkrafttreten des 2. Fallpauschalenänderungsgesetzes zum 01.01.2005 wurde die anfangs für drei Jahre ausgelegte Konvergenzphase auf fünf Jahre verlängert und die linearen Anpassungsschritte in Richtung Landesbasisfallwert progressiv umgestaltet. Zusätzlich wurde eine Kappungsgrenze eingeführt, die die Budgetreduktion der Krankenhäuser begrenzt.<sup>1</sup>

Nach derzeitigem Stand der Verhandlungen<sup>2</sup> gestaltet sich die Verteilung von Konvergenzgewinnern und -verlierern folgendermaßen: Ca. 40 % der Krankenhäuser zählen zu den Konvergenzverlierern, geben also Budgetanteile über die Konvergenzphase ab. Von diesen fallen wiederum ca. 17 % unter die Kappungsregelung. Die überwiegende Anzahl der Krankenhäuser mit einem Budgetabschluss zum Zeitpunkt des Stichtags kann sich jedoch zu den Gewinnern der DRGs zählen.

**Abbildung 1: Anzahl der Gewinner- und Verliererkrankenhäuser (1.373 Krankenhäuser 2006 mit Budgetabschluss – Stand: 10.01.2007)**



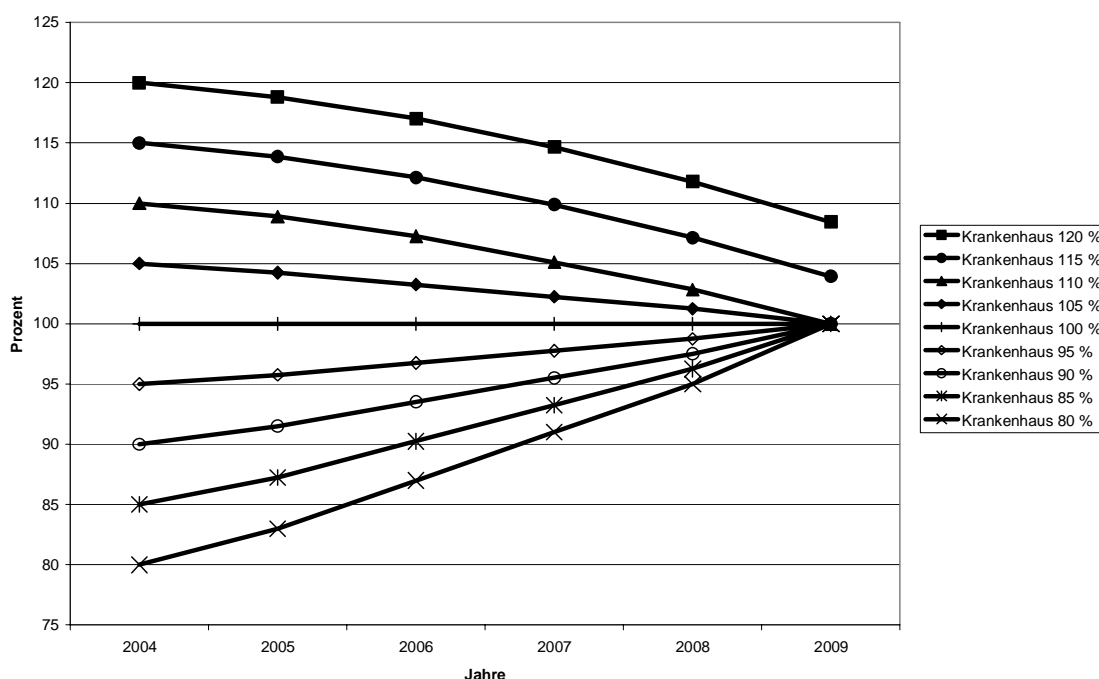
Quelle: AOK-Bundesverband

<sup>1</sup> vgl. Zweites Gesetz zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser und zur Änderung anderer Vorschriften (Zweites Fallpauschalenänderungsgesetz – 2. FPÄndG) vom 26.11.2004

<sup>2</sup> Stand: 10.01.2007; Grundgesamtheit 1.373 Krankenhäuser mit Budgetabschluss

In Abhängigkeit von der prozentualen Überschreitung des Landesbasisfallwertes kann es dazu kommen, dass Krankenhäuser bis zum Ende der Konvergenzphase nicht das einheitliche Niveau des Landesbasisfallwertes erreichen. Größenordnungsmäßig handelt es sich um 200 bis 300 Krankenhäuser. Aus der schematischen Vereinfachung in Abbildung 2 lässt sich erkennen, dass Krankenhäuser mit über 11,1% Abweichung vom Landesbasisfallwert am Anfang der Konvergenzphase diesen am Ende nicht erreichen werden. Die Problematik der iterativen Ermittlung des Landesbasisfallwertes aufgrund der Umverteilungsproblematik durch die Kappungsregelung bleibt in dieser Betrachtung ausgeklammert.<sup>3</sup> Es ist also in jedem Fall eine Regelung dafür vorzusehen, wie mit diesen Fällen zu verfahren ist.

**Abbildung 2: Konvergenzscenario bei Kappung**



Quelle: Eigene Berechnungen

## 2.2 Ende der Sicherstellung

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

Beim Übergang zur leistungsorientierten Vergütung kann es nun passieren, dass der Sicherstellungsauftrag (erstmal) an die Länder fällt. Bei einer Vergütung der Krankenhäuser nach leistungsorientierten Einheitspreisen kann es zur dauerhaften Unterdeckung kommen, die nach geltendem Recht nicht von den Krankenkassen zu finanzieren ist. Ohne Hilfe seitens des Krankenhausträgers muss das Krankenhaus seine Tätigkeit einstellen. Der Kranken-

<sup>3</sup> vgl. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (Hg.): Kappung – Bestimmung des Landesbasisfallwertes mit Kappungsgrenze, Bonn 2005, abrufbar unter [www.wido.de](http://www.wido.de)

hausplan ist keinerlei Hilfe für ein defizitär geführtes Krankenhaus; er stellt keine Versorgung mehr sicher. Nur wenn das Land oder die Kommune die laufenden Defizite übernehmen würde, wäre die Versorgung im herkömmlichen Sinne sichergestellt. Kurzum: Ohne Selbstkostendeckungsprinzip ist der Krankenhausplan in puncto Sicherstellung weitgehend wirkungslos; seit 1995 ist das laut Krankenhausfinanzierungsgesetz so, am Ende der Konvergenzphase wird es de facto so sein. Wenn aber die Krankenhausplanung die Sicherstellung der Versorgung nicht mehr garantiert, dann verliert sie ihre Legitimation.<sup>4,5</sup>

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

### 2.3 Erosion der dualen Finanzierung

Der Rückzug der Länder aus der stationären Versorgung lässt sich in kaum übersehbarer Deutlichkeit bei der Investitionsfinanzierung erkennen (Abbildung 3). Als das Krankenhausfinanzierungsgesetz 1974 in Kraft trat und die duale Finanzierung festschrieb, betrug der Finanzierungsanteil der Bundesländer (und damals noch des Bundes) fast 20 % an den Krankenhausausgaben (geplantes Finanzierungsverhältnis zwischen Ländern und Krankenkassen bei Einführung der dualen Finanzierung 1972: 1 : 3). Heute – rund ein viertel Jahrhundert später – ist der Beitrag der Länder zu einer fast vernachlässigbaren Restgröße von 5 % geschrumpft. Berücksichtigt man, dass in den neuen Bundesländern ein Teil der Länderinvestitionen über Artikel 14 Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) eigentlich GKV-finanziert ist, sinkt dieser Wert sogar unter die 5%-Marke. Die Entwicklung des Finanzierungsanteils der Bundesländer macht eine Neubewertung der gegenwärtigen Situation auch aus diesem Grund notwendig.<sup>6,7</sup>

---

<sup>4</sup> vgl. AOK-Bundesverband (Hg): Presseseminar „DRGs – Wie geht es weiter ab 2007?“, Bonn 2003, abrufbar unter [www.aok-gesundheitspartner.de](http://www.aok-gesundheitspartner.de)

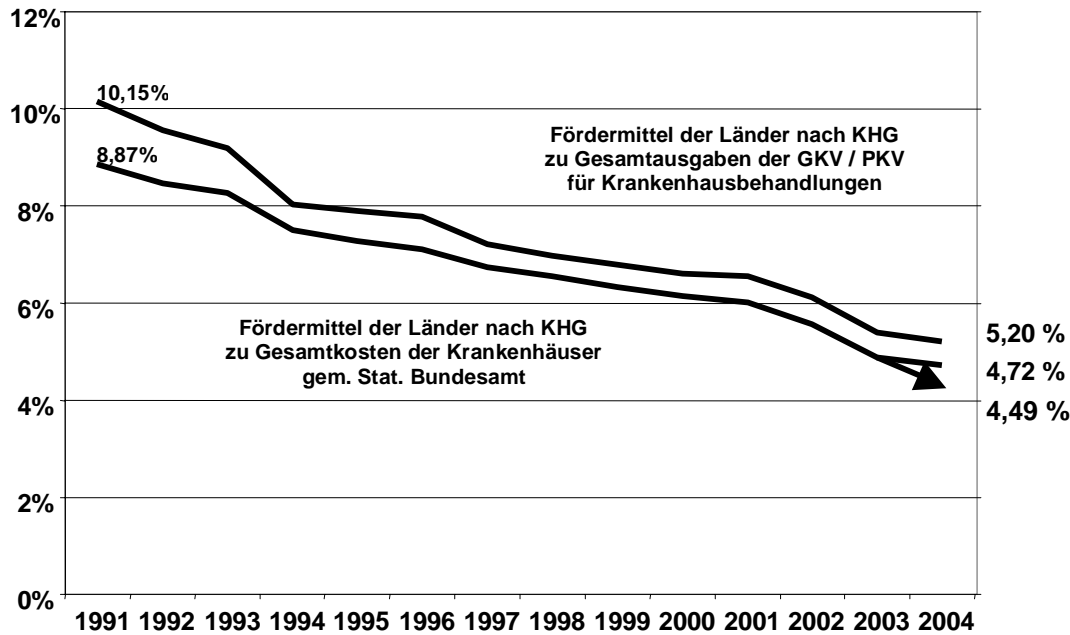
<sup>5</sup> vgl. Leber, W.-D.: Krankenhausplanung in Zeiten des Wettbewerbs, in: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, Jg. 20, 2003, Heft 2, S. 185 ff.

<sup>6</sup> vgl. AOK-Bundesverband (Hg): Presseseminar „DRGs – Wie geht es weiter ab 2007?“, Bonn 2003, abrufbar unter [www.aok-gesundheitspartner.de](http://www.aok-gesundheitspartner.de)

<sup>7</sup> vgl. Herrmann, C.: Monistik ante portas – Notwendigkeiten und Wege des Umstiegs auf eine effizienzorientierte Krankenhausfinanzierung, in: Klauber, J., Robra, B.-P., Schellschmidt, H.: Krankenhausreport 2006, Stuttgart 2007, S. 101 ff.

---

Abbildung 3: Fördermittel der Länder 1991 – 2004



Quelle: Destatis Fachserie 12, Reihe 6.1.1

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

## 2.4 Kassenwettbewerb

Mitte der 90er Jahre wurde die freie Kassenwahl eingeführt, damit Krankenkassen im Wettbewerb die Versorgung ihrer Versicherten optimieren. Auch die offizielle Regierungsrhetorik erwartet eine Steigerung von Wirtschaftlichkeit und Qualität durch mehr wettbewerbliche Steuerung (vgl. das angebliche „Wettbewerbsstärkungsgesetz“). Umso mehr erstaunt es, dass sich die Wettbewerbsmöglichkeiten der Krankenkassen bislang mehr oder minder auf die Farbgestaltung in der Außendarstellung beschränken. Derzeit verhandeln die Krankenkassen in nahezu allen Bereichen der GKV einheitlich und gemeinsam. Krankenkassen- bzw. kassenartenspezifische Verhandlungen gibt es dagegen kaum. Versorgungsformen, wie beispielsweise die integrierte Versorgung, machen derzeit nicht einmal ein Prozent der Leistungsausgaben aus. Der für den Wettbewerb der Krankenkassen maßgebliche Beitragssatz ist deshalb kaum steuerbar.<sup>8</sup> Das bestehende Geflecht kollektivvertraglicher Regelungen, insbesondere das Monopol der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Zwang, ein Krankenhausbudget einheitlich und gemeinsam zu verhandeln, erlaubt es der einzelnen Kasse nicht, im Wettbewerb eine günstigere Versorgung zu vereinbaren.

<sup>8</sup> vgl. Rebscher, H.: Von der Krankenkasse zum Unternehmen Gesundheit, in: Rebscher, H.: Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung, 2006, S. 855 ff.



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

Kommt die Abschaffung der Kollektivverhandlungen und der Übergang zu selektiven Verträgen nicht in einem Schritt, so bedarf es einer Übergangsphase, in der Kollektiv- und Selektivverträge gleichzeitig existieren. Für diese Phase ist es wichtig, dass eine Zunahme von Selektivverträgen mit einer Rückführung der Kollektivverträge einhergeht. Es bedarf einer Refinanzierung von Selektivverträgen. Versuche der Etablierung des selektiven Vertragsprinzips müssen scheitern, solange sie mit einer extrabudgetären „on top“-Finanzierung verbunden werden. Für einen Übergang auf ein selektivvertragliches Modell bietet sich aus diesem Grund das Prinzip des Rechnungsabzugs an. Das Kollektivbudget wird dann um die Höhe der Kosten bereinigt, die die betreffende Leistung unter den kollektivvertraglichen Bedingungen gekostet hätte.<sup>9</sup> Wird die so abgeschlossene Versorgung zukünftig beendet, so fällt das entsprechende Volumen wieder zurück in das Kollektivbudget.<sup>10</sup>

## 2.5 Öffnung für ambulante Leistungen

Auch wenn die starre Grenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu den am nachhaltigsten kritisierten Charakteristika des deutschen Gesundheitswesens gehört, gibt es doch eine beachtliche Formenvielfalt bei der Erbringung ambulanter Leistungen durch Krankenhäuser. Dem Sozialbesetzbuch (SGB V) sind mehr als ein Dutzend verschiedener Rechtsformen zu entnehmen (vgl. Abbildung 4). Alle diese Formen unterscheiden sich stark in ihrer Aufgabenstellung und historischen Entstehung. Es fällt schwer, gemeinsame Grundprinzipien zu benennen, da Zulassungsvoraussetzungen, Vergütung und Regelungen zur Qualitätssicherung eine beachtenswert breite Streuung aufweisen.

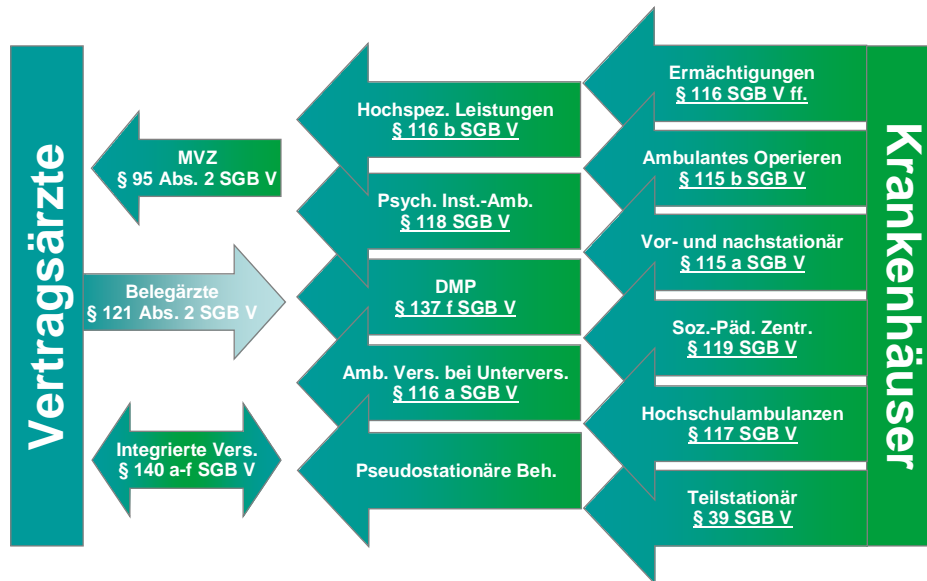
---

<sup>9</sup> vgl. Cassel, D., Ebsen, I., Greß, S., Jacobs, K., Schulze, S., Wasem, J.: Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vorschläge für kurzfristig umsetzbare Reformschritte – Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes, Juli 2006, abrufbar unter [www.uni-essen.de](http://www.uni-essen.de)

<sup>10</sup> vgl. Leber, W.-D.: Refinanzierung ambulanter Klinikleistungen, in: Krankenhaus Umschau, 3/2005, S. 232 ff., abrufbar unter [www.aok-gesundheitspartner.de](http://www.aok-gesundheitspartner.de)

---

Abbildung 4: Ambulante Krankenhausleistungen



Quelle: Eigene Darstellung

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

1989	Hochschulambulanzen
1989	Sozialpädiatrische Zentren
1989	Psychiatrische Institutsambulanzen
1993	Ambulantes Operieren
1993	Vor- und nachstationär
2000	Integrierte Versorgung
2004	Disease-Management-Programme (DMP)
2004	Hochspezialisierte Leistungen

Seit den 90er Jahre gab es keine einzige gesetzliche Regelung, die hingegen den Tätigkeitsbereich der Kassenärztlichen Vereinigung „auf Kosten“ der Krankenhäuser erweiterte.<sup>11</sup>

In vielen dieser neuen Betätigungsfelder der Krankenhäuser kam es zu einem Bruch mit bisherigen Regelungen des vertragsärztlichen Bereichs. Besonders deutlich tritt dies bei der fehlenden Berücksichtigung ambulanter Aktivitäten der Krankenhäuser bei der vertragsärztlichen Bedarfsplanung zu Tage. Beispiele hierfür sind die Zulassung der Krankenhäuser zum ambulanten Operieren gem. § 115 b SGB V sowie die integrierte Versorgung.<sup>12</sup> So wundert es nicht, dass insbesondere der gegenwärtige Status des kassenärztlichen Sicherstellungsauftrages relativ unbestimmt ist.

<sup>11</sup> vgl. Leber, W.-D., Stackelberg, J. M. von: Der ordnungspolitische Rahmen für ambulante Krankenhausleistungen, in: Rebscher, H.: Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung, 2006, S. 700 ff.

<sup>12</sup> vgl. Held, M., Leber, W.-D., Wolff, J.: Ambulantes Operieren neu geregelt – Dreiseitiger Vertrag im Schiedsamt entschieden, in: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, Jg. 22, 2005, Heft 3, S. 256 ff.

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

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

Auch die derzeit existierende teil- und pseudostationäre Versorgung bedarf dringend einer Überprüfung, insbesondere der irreführende Rechtsbegriff „teilstationär“. Seit Einführung der teilstationären Behandlung durch das Gesundheitsreformgesetz ist es nicht gelungen, eine Legaldefinition für die teilstationäre Behandlung zu finden, die es ermöglicht, teilstationäre Leistungen von ambulanten oder vollstationären Fällen zu unterscheiden.<sup>13</sup> Selbst die Abbildung teilstationärer Leistungen im Rahmen der DRG-Kalkulation führte nicht zu nennenswerten Ergebnissen. Wozu also eine weitere stationäre Versorgungsform für teilweise fachärztlich-ambulante Leistungen, die bislang weder definiert noch beispielsweise über die Substitution stationärer Leistungen begründet werden kann? Aus den bislang als teilstationär abgerechneten Leistungen lassen sich grob zwei verschiedene Gruppen von Leistungen separieren:

- 1 sequentielle Mehrtagesfälle, bei denen der Patient nicht durchgängig 24 Stunden im Krankenhaus ist (geriatrischen Tageskliniken, Schlaflabore etc.)
- 2 Eintagesfälle, die sich in der Regel als Teil einer „Intervallbehandlung“ wiederholen (bspw. Chemotherapie und Dialyse)

Sequentielle Mehrtagesfälle sollten eigenständig geregelt werden, wobei es weder Sinn macht, einen vollstationären Aufenthalt abzurechnen, noch eine Folge von Einzelrechnungen je Tag. Die „tagesstationären“ Fälle sollten dagegen Teil eines neu zu schaffenden einheitlichen Ordnungsrahmens für ambulante Leistungen werden, die sowohl von niedergelassenen Ärzten als auch vom Krankenhaus erbracht werden können.

Das bestehende inkonsistente Nebeneinander der Versorgungsformen ist Zeichen einer überfälligen Neuordnung. Dringend bedarf es einer Harmonisierung der unterschiedlichen Bereiche ambulanter Klinikleistungen untereinander und mit konkurrierenden Versorgungsbereichen. Eine Zulassung auf Zuruf durch Anmeldung bei gleichzeitig bestehender Abrechnungsgarantie der Krankenhäuser gegenüber den Krankenkassen darf es nicht länger geben.

Nicht zuletzt die inkonsistent geregelte ambulante Tätigkeit von Krankenhäusern zeigt, dass umfassender Handlungsbedarf besteht. Mit ein paar Korrekturen an Erlösausgleichssätzen ist es nicht getan. Die Grundfesten des bisherigen Krankenhausrechts – kollektivvertragliches Budget, Investitionsfinanzierung durch die Länder, Krankenhausplan, eigenständige Zulassungsregeln zur ambulanten Behandlung – stehen zur Disposition.

---

<sup>13</sup> Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22.12.1999, BGBl I, S. 2626

### **3 Rabattwettbewerb für elektive Krankenhausleistungen**

#### **3.1 Abschied vom monolithischen Budget**

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

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

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

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

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

Als weiterer Erlösbereich sind Zusatzleistungen und hier insbesondere die klassischen Wahlleistungen zu nennen: Einzelzimmerzuschlag und Chefarztbehandlung. Hier besteht bezüglich Preisgestaltung und Abrechnung ein Bereich, der traditionell außerhalb des Budgets verortet war und auch künftig gesonderten Regelungen unterworfen sein wird.

Dies wirft die Frage auf, ob die Krankenhausfälle von PKV-Versicherten grundsätzlich in ein eigenständiges Vergütungssystem überführt werden sollten. Im Folgenden wird davon abgesehen. Die private Grundversicherung in Form des PKV-Basistarifs ist spätestens seit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)<sup>14</sup> integrierter Bestandteil einer allgemeinen Versicherungspflicht. Durch den künftigen Basistarif entsteht letztlich eine „GKV in privater Trägerschaft“, bei der der Staat in hohem Maße regulierend eingreift. Schon die Bestim-

---

<sup>14</sup> Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz); erscheint demnächst

mung, dass der Basistarif nicht teurer als die entsprechende Versicherung in der GKV sein darf, zeigt, dass politisch keine Absicht besteht, Basisleistungen der PKV aus der bisher bestehenden Einheit mit gesetzlichen Versicherten herauszulösen.

Diskutiert werden muss allerdings, ob es jenseits der traditionellen Wahlleistungen „Einzelzimmer“ und „Chefarzt“ einen gesondert zu regelnden Erlösbereich für Leistungen gibt, der Nicht-GKV-Leistungen umfasst. Schon immer gab es Krankenhausleistungen, wie z.B. die Schönheitsoperation, die außerhalb des Budgets einen eigenständigen Erlösbereich darstellen. Handelte es sich bislang eher um eine Randerscheinung, so könnte es sich um einen künftig wachsenden und daher eigenständig zu regelnden Bereich handeln. Zum einen wird ein Teil des wachsenden Wohlstands für ergänzende Leistungen im medizinischen Wellnessbereich verausgabt, zum anderen wird der Bereich privat zu finanzierender Leistungen durch weitere Einschränkungen des GKV-Leistungskataloges an Bedeutung gewinnen. Zumindest bedarf es einer öffentlichen Debatte, inwieweit die sog. IGeL-Angebote (individuelle Gesundheitsleistungen) des ambulanten Sektors künftig auch im stationären Sektor abgerechnet werden dürfen und welchen Regularien dieser Erlösbereich unterworfen sein sollte.

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

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

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

Im Folgenden werden nur die ersten drei näher diskutiert.

### **3.2 Ausschreibung von elektiven Krankenhausleistungen**

Bleibe der jetzige Gesetzesrahmen unverändert, würden für elektive Krankenhausleistungen in jedem Bundesland einheitliche Vergütungen gezahlt – weder differenziert nach Krankenhäusern noch nach Krankenkassen. Mögliche Effizienzvorteile eines Hauses könnten nicht an die Beitragszahler weitergegeben werden.<sup>15</sup> Der Beitragswettbewerb der Krankenkassen wäre für diesen Bereich völlig funktionslos. Auf der anderen Seite hätten auch effiziente Krankenhäuser nicht die Chance, ihre Versorgungsleistungen durch attraktive Preisangebote an die Kassen auszuweiten. Im Endeffekt gibt es dann keinen Mechanismus zur Durchsetzung effizienter Häuser.

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

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

---

<sup>15</sup> Im Folgenden wird weiterhin von Beitragszahlern gesprochen, auch wenn nach dem GKV-WSG eine Differenzierung über die sog. kleine Prämie erfolgt, also präziser von „Prämienzahlern“ die Rede sein müsste.

sondern auch auf der Mittelebene der Preisentwicklung für Krankenhausleistungen. Dies hilft, den Umfang der Zwangsversicherung zu begrenzen und steigende Lohnnebenkosten zu vermeiden. Für elektive Krankenhausleistungen könnte eine solche Begrenzung realisiert werden, indem man Abweichungen vom Landesbasisfallwert lediglich nach unten erlaubt, der Landesbasisfallwert also einen Höchstpreis darstellt. Es käme dann zu einer Art Rabattwettbewerb unterhalb des Landesbasisfallwertes.<sup>16</sup>

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

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

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

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

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

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

Ein Bieterverfahren für stationäre Leistungen mag zunächst ungewohnt sein. Aber bei Ausschreibungen handelt es sich um ein sehr erfolgreiches, breit angewendetes Prinzip, das zunehmend auch im Gesundheitswesen Platz greift. Seit Anfang des Jahres schreiben die Krankenkassen Rabattverträge für Arzneimittel aus und die Pharmaindustrie, die bisher durch Landschaftspflege im ärztlichen Bereich agierte, muss geordnete Rabatte anbieten,

---

<sup>16</sup> vgl. Tuschen, K. H., Rau, F.: Wettbewerb ist kein Selbstzweck – Für den Übergang sind Festpreise ein notwendiges Instrument, in: Führen und Wirtschaften, Jg. 23, 2006, Heft 4, S. 386 ff.

um entsprechende Mengensteigerungen zu erreichen. Auch die Ausschreibung zur Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen im Bereich der Nephrologie zeigen, wie breit sich offizielle Ausschreibungsverfahren an den Stellen durchsetzen, wo früher eher intransparente Verhandlungen die Regel waren.

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

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

Ein möglicher Einwand gegen ein solches Rabattmodell lautet: „Ausschreibung führt zur Dominanz der Ökonomie und verschlechtert die medizinische Qualität.“ Richtig ist: Wenn man Qualität nicht zum Gegenstand der Ausschreibung macht, dann wird der Preis zum dominanten Entscheidungsparameter. Es kommt deshalb darauf an, die Leistungen sauber zu beschreiben, was ein tief in die medizinische Detaildiskussion führender Prozess ist. Insbesondere bedarf es einer Qualitätsdefinition. Das kann die Einhaltung bestimmter Mindeststandards für die Prozessqualität sein, das kann aber auch ein ausgereiftes Verfahren sein, das die Messung von Ergebnisqualität beinhaltet. Eine der Herausforderungen wird es sein, die Ergebnisqualität aufwandsarm zu messen, wozu vor allem Routinedaten heranzuziehen sein werden.<sup>17</sup>

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

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

Die Vorgaben für die Einkaufsvolumina sollten auf Bundesebene vorgegeben werden, z.B. als Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses. Dabei könnten Daten verwendet

---

<sup>17</sup> Hier sei auf das Projekt „Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR)“ hingewiesen – ein gemeinsames Projekt von AOK-Bundesverband, dem Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen (WIdO), den Helios Kliniken und der Universität Magdeburg (FEISA). Die Veröffentlichung des Projektberichtes erfolgt im März 2007.

werden, die im Rahmen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches zur Abschätzung der Finanzbedarfe genutzt werden. Falsch wäre es, die Vorgaben auf Landesebene zu definieren. Dies würde dazu führen, dass jedes Bundesland astronomisch hohe Vorgaben macht, weil die positiven Effekte für die Gesundheit, die Wirtschaftskraft und den Arbeitsmarkt in der Region entstehen, das Gros des daraus resultierenden Finanzmehrbedarfs jedoch über die Mischkalkulation der bundesweiten Kassen länderübergreifend umgelegt würde. Die Definition von Versorgungsregionen würde allerdings in den Kompetenzbereich der Bundesländer fallen.

Diese Vorgaben könnten z.B. folgende Struktur haben: „Für je 1.000 Versicherte in der Alters- bzw. Morbiditätsgruppe A hat die Krankenkasse Y Leistungen im Umkreis U vertraglich zu vereinbaren.“ Diskussionswürdig ist auch, ob sich die Vorgaben eher allgemein auf den Casemix beziehen. Die Planungsbehörde hätte zu diesem Zweck in einem ersten Schritt die relevanten Versorgungsbezirke festzulegen. Auf Basis des bestehenden Krankenhausplans werden anschließend die gesamten Casemixpunkte aller Krankenhäuser des Bezirks ermittelt. Diese Casemixpunkte können anschließend auf die Fachabteilungen aufgeteilt werden. Verhandlungs- bzw. Ausschreibungsgegenstand wäre dann die Casemixsumme aller Fachabteilungen eines Versorgungsbezirks. Die Gesamtcasemixsumme der Fachabteilungen eines Versorgungsbezirks ist anschließend in Notfallleistungen und Elektivleistungen zu splitten.

### **3.3 Synchron- oder Optionsmodell für Ausschreibungen**

Die Ausschreibung von Elektivleistungen kann als obligatorisches Verfahren zu einem bestimmten Zeitpunkt (Synchronmodell) oder als prozesshafter Übergang mit optionalen Ausschreibungen (Optionsmodell) gestaltet werden. Bei der synchronen Variante würden zu einem bestimmten Zeitpunkt alle Kassen sämtliche Elektivleistungen ausschreiben. Beim Optionsmodell hätten die Kassen die Möglichkeit, ein Bieterverfahren zu eröffnen; ohne erfolgreiche Vergabe bliebe jedoch „alles beim Alten“.<sup>18</sup> Beide Modelle hätten zur Voraussetzung, dass eine klar definierte Abgrenzung der auszuschreibenden Elektivleistungen existiert.

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

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

Im Optionsmodell hätten die Krankenkassen die Möglichkeit auszuschreiben, ohne Ausschreibung bliebe jedoch das herkömmliche System erhalten. Die Versicherten könnten also jedes Krankenhaus wählen und das Krankenhaus würde gemäß Landesbasisfallwert vergütet. Der „Rückfall“ auf geltendes Recht mit Kontrahierungspflicht würde auch dann gelten,

---

<sup>18</sup> vgl. Ebsen, I., Greß, S., Jacobs, K., Szecsenyi, J., Wasem, J.: Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung – Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes, März 2003, abrufbar unter [www.wido.de](http://www.wido.de)



wenn eine Krankenkasse ausschreibt, aber keine Angebote unterhalb des Landesbasisfallwertes bekommt.

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

Das hier dargestellte Optionsmodell hat eine gewisse Analogie zu neueren Regelungen für Arzneimittel sowie zur ambulanten ärztlichen Vergütung. Bei Arzneimitteln haben die Krankenkassen nach § 130 a Abs. 8 SGB V die Möglichkeit, Rabatte mit Arzneimittelherstellern zu vereinbaren. Dies kann z.B. als Ergebnis eines Ausschreibungsverfahrens für bestimmte Wirkstoffe geschehen. Führt das Ausschreibungsverfahren zu keinem Ergebnis, dann gelten die bisherigen „rabattfreien“ Preise und Versorgungsregularien. Die Regelung hatte zunächst wenig reale Auswirkungen. Durch das Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG)<sup>19</sup> wurde deshalb die Möglichkeit geschaffen, Leistungserbringer (in der Regel die verschreibenden Ärzte) an den Rabatten zu beteiligen. Seit im GKV-WSG die Apotheker verpflichtet sind, die rabattierten Arzneimittel abzugeben (sofern aut-idem nicht vom Arzt explizit ausgeschlossen), zeichnet sich eine breite Umsetzung der Rabattoption ab.

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

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

### **3.4 Abgrenzung des elektiven Fallspektrums**

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

---

<sup>19</sup> Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) vom 26.04.2006, BGBl I, S. 984

rendes Gut. Für die Notfallversorgung besteht ein solcher Konsens: keiner soll vor den Türen eines Krankenhauses zurückgewiesen werden, nur weil er der „falschen“ Krankenkasse angehört.

Zur Grenzziehung zwischen Leistungen, die dem Kassenwettbewerb zugeordnet werden sollen, und Leistungen, deren Zugang im Wesentlichen durch Landesplanung bestimmt wird, können neben dem Notfallcharakter auch noch andere Kriterien diskutiert werden. Wir schlagen als weitere Einschränkungen vor, Leistungen mit starkem Potential zur Risikoselektion vom Kassenwettbewerb auszunehmen, wobei dieses Kriterium mit zunehmender Morbiditätsorientierung des Risikostrukturausgleichs an Bedeutung verliert. Außerdem sollten Leistungen im unmittelbaren Todesumfeld ebenfalls kassenübergreifend geregelt sein. Beide Kriterien sind schwierig in der Diskussion.

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

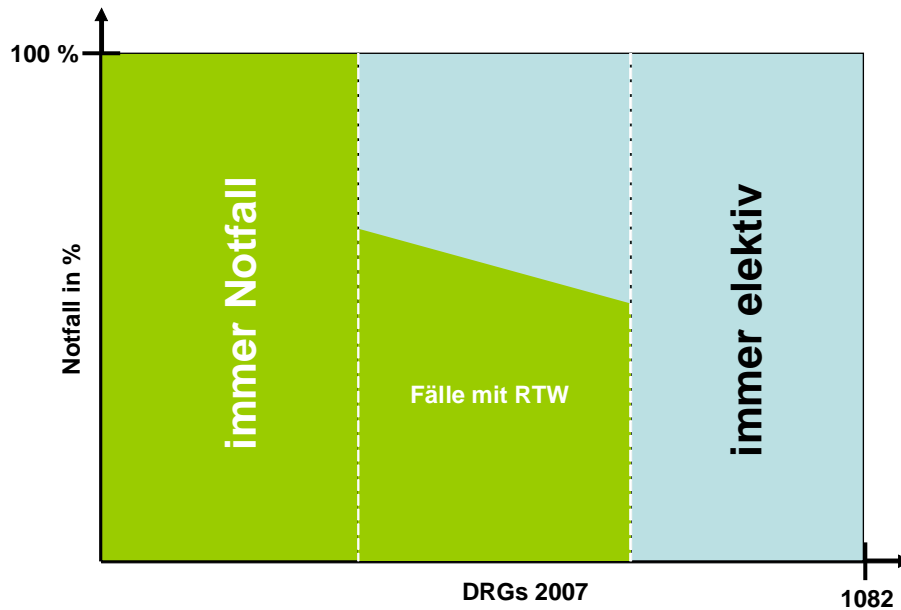
Alternativ kann für die Trennung der Leistungen in Notfall- und Elektivleistungen der Zugangsweg des Patienten ins Krankenhaus herangezogen werden. Eine Krankenhausleistung ist höchstwahrscheinlich dann eine Elektivleistung, wenn der Patient selbstständig ein Krankenhaus aufsucht. Wird der Patient mit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

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

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

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

Abbildung 5: Abgrenzung von Notfall- und Elektivleistungen



Quelle: Eigene Darstellung

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

## 4 Konturen eines differenzierenden Ordnungsrahmens

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

Die wettbewerbliche Neuordnung für elektive Krankenhausleistungen ist das zentrale Anliegen dieser Erörterung. Wie in Abschnitt 2 gezeigt wurde, besteht aber auch unabhängig davon Regelungsbedarf. Zentral ist zunächst die Vollendung der Konvergenz nach Ende der Konvergenzphase. Die derzeit im Gesetz vorgesehene gesetzliche Regelung<sup>20</sup> einer sofortigen Absenkung auf den Landesbasisfallwert ist für den Zweck der Beendigung der DRG-Konvergenzphase 2009 zwar prinzipiell geeignet, ist aber in der Frage der tatsächlichen Umsetzung als unrealistisch einzustufen. Vielmehr sollte man die bisherige Konvergenzphase fortführen, bis alle Krankenhäuser das einheitliche Niveau des Landesbasisfallwertes erreicht haben. Krankenhäuser sollten zu diesem Zweck ab 2010 weiter mit konstant 25 % auf den Landesbasisfallwert konvergieren. Einer Fortführung der Kappungsregelung bedarf es nicht.

Das DRG-System mit seinen vielen ergänzenden Vergütungsregelungen bedarf keiner grundsätzlichen Korrektur. Auch nach 2009 sollte man weiter eine Regelung anbieten, bei der sich Krankenhäuser oder Teile von Krankenhäusern zeitlich befristet als **besondere Einrichtung** nach § 17 b Abs. 1 Satz 15 KHG einstufen lassen können, sofern Leistungen mit den Entgeltkatalogen und Zusatzentgelten noch nicht sachgerecht vergütet werden. Wie bereits heute sollte die Definition einer besonderen Einrichtung eng an die Entwicklung des DRG-Fallpauschalenkataloges gebunden sein. Inwieweit die weiteren bestehenden Öffnungsklauseln dagegen noch eine Berechtigung haben, sollte kritisch überprüft werden (bspw. hochspezialisierte Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 2 a des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)).

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

Die von der Anwendung des DRG-Systems ausgenommenen Bereiche der **Psychiatrie sowie Einrichtungen für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin** (§ 17 b Abs. 1 Satz 1 KHG) bleiben auch über 2009 von der Anwendung des DRG-Systems ausgenommen. Eine Anwendung des DRG-Systems auf die genannten Bereiche ist zwar nicht unmöglich, bedarf aber einer langfristigen Vorbereitung und sollte aus diesem Grund nicht parallel verfolgt werden.<sup>21</sup>

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

Das Verfahren zur zeitnahen Überführung neuer medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in das DRG-System (sog. **NUB-Verfahren**) sollte ebenfalls in seiner bisheri-

---

<sup>20</sup> vgl. § 4 Abs. 12 Krankenhausentgeltgesetz

<sup>21</sup> vgl. Maylath, E.: DRGs in der psychiatrischen Krankenhausfinanzierung am Beispiel Ungarns. Ein Modell für Deutschland?, in: Das Gesundheitswesen, Vol. 62, Nr. 12 Jg. 2000, S. 633 ff.

gen Form beibehalten werden. Die Erfahrung der letzten Jahre zeigt, dass die Anzahl der beantragten Methoden – anders als die Zahl der antragstellenden Krankenhäuser – weiter zurückgeht. Dies spricht für eine weitgehend zeitnahe Berücksichtigung medizinischer Innovationen im G-DRG-System. Darüber hinaus stellt das NUB-Verfahren eine wichtige Informationsquelle für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems durch das InEK dar.

#### **4.2 Landes- oder Bundesbasisfallwert**

Die Frage, ob statt des Landesbasisfallwertes ein Bundesbasisfallwert eingeführt werden sollte, erfreut sich großer Beliebtheit. Sie ist jedoch für das hier dargestellte Wettbewerbskonzept von nachrangiger Bedeutung. Wahrscheinlich werden auch nach 2009 die Landesbasisfallwerte vorerst erhalten bleiben. Die Krankenkassen werden die Vereinheitlichung solange nicht befürworten, wie die ausgabenneutrale Angleichung nicht garantiert ist. Einer Anhebung des Basisfallwertes bspw. von Schleswig-Holstein müsste eine im Ausgabevolumen entsprechende Absenkung des Berliner Basisfallwertes gegenüberstehen. Möglicherweise gibt es auch eine Annäherung ohne gesetzliche Vorgaben: Betrug der Unterschied zwischen dem kleinsten und dem größten Landesbasisfallwert ohne Kappung 2005 noch 16 %, so beträgt der Unterschied 2006 nur noch 13 %.<sup>22</sup> Basisfallwertdifferenzen sind zudem ökonomisch begründbar und durchaus sinnvoll im Sinne regionalisierter Gesundheitspolitik oder zur Berücksichtigung des Lohnniveaus. Im Übrigen wären mit der Schaffung eines Bundesbasisfallwertes nicht nur Umverteilungswirkungen zwischen den Krankenhäusern, sondern erneute Umverteilungen zwischen regionalen Krankenkassen verbunden. Die weiteren Erörterungen gehen von der Existenz eines Landesbasisfallwertes aus, behalten aber bei einem Bundesbasisfallwert ihre Gültigkeit.

#### **4.3 Traditionelle Sicherstellung der Notfallversorgung**

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

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

Problematischer ist der Einwand, dass die Notfallversorgung immer dann nicht sichergestellt ist, wenn die „Produktionskosten“ eines Hauses dauerhaft über dem Landesbasisfallwert liegen und auch Trägerzuschüsse nicht zur Sicherstellung der Notfallversorgung ausreichen. Dies ist der in Abschnitt 2.2 beschriebene Fall, dass der Krankenhausplan bei einheitlicher Vergütung die Versorgung nicht mehr garantiert. Will man die Versorgung im geplanten Umfang erhalten, dann muss in diesem Fall eine staatliche Defizitdeckung erfolgen oder aber eine Art von Sicherstellungszuschlag greifen.

---

<sup>22</sup> AOK-Bundesverband (Hg.): Landesbasisfallwerte, Bonn 2006, abrufbar unter [www.aok-gesundheitspartner.de](http://www.aok-gesundheitspartner.de)

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

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

Ein Krankenhaus würde für die Notfallversorgung also nur dann einen Sicherstellungszuschlag erhalten können, wenn zuvor diese Versorgungsleistung ausgeschrieben worden wäre. Es kann im Einzelnen noch diskutiert werden, ob diese Ausschreibung vom Land durchzuführen wäre, oder ob dies durch die Krankenkassen gemeinsam auf Landesebene zu erfolgen hat. Da es um einen Zuschlag geht, den überwiegend die Krankenkassen zu zahlen haben, wäre Letzteres angezeigt. Da andererseits auch die Verwendung staatlicher Mittel betroffen ist, könnte das Krankenhausrecht eine gemeinsame Verfahrensdurchführung vorsehen – mit Regeln allerdings, die es keinem der beiden Partner erlaubt, das Verfahren aus welchen Gründen auch immer zu verzögern. Damit alle Beteiligten ein gleichgerichtetes Interesse haben, sollte die Zuschlagszahlung von der vorherigen Durchführung des Verfahrens abhängig gemacht und zeitlich befristet sein (keine Fortwirkungsklausel).

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

#### **4.4 Die Rolle der Bundesländer**

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

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

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

Die Funktion der Bundesländer bei elektiven Leistungen beschränkt sich auf die Festlegung der Versorgungsbezirke sowie die Aufsicht über die Krankenkassen, damit diese die bun-

desweiteren Vorgaben zum Abschluss von Versorgungsverträgen einhalten. Der Charakter der Krankenhausplanungsbehörden würde sich im Elektivbereich – überspitzt formuliert – von einer Baubehörde zu einer Verbraucherschutzbehörde ändern.

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

#### **4.5 Vereinbarungsprinzip bei ambulanten Leistungen an Krankenhäusern**

Wie in Abschnitt 2.5 geschildert sind mit der Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung ordnungspolitische Handlungsnotwendigkeiten entstanden, die eine Neuordnung der ambulanten Leistungen an Krankenhäusern berücksichtigen müssen. Auch innerhalb der ambulanten Krankenhausleistungen ist – analog der vollstationären Krankenhausbehandlung – eine Trennung in kollektive und selektive Verhandlungen vorzunehmen. Dabei ist das Vereinbarungsprinzip sowohl auf den selektivvertraglichen als auch auf den kollektivvertraglichen Leistungsbereich anzuwenden. Eine mengenmäßig unbeschränkte Abrechnungsgarantie der Leistungserbringer gegenüber der Krankenkasse wie derzeit bei den Leistungen nach §§ 115 b, 116 b SGB V darf es nicht länger geben.

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

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

Für beide Bereiche ambulanter Krankenhausleistungen sind Kataloge auf OPS-Basis zu schaffen, die Zuordnung, Qualität, Quantität und ambulante Machbarkeit definieren.

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

## 5 Der Ordnungsrahmen im Überblick

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

**Abbildung 6: Ordnungsrahmen für Krankenhausleistungen im Überblick**

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

Quelle: Eigene Darstellung

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

Für ambulante Leistungen gilt die gleiche Vergütungssystematik wie im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung (EBM). Die ambulanten Leistungen umfassen auch jene Leistungen, die bislang unter dem irreführenden Rechtsbegriff „teilstationär“ Bestandteil des Krankenhausbudgets waren. Möglicherweise bedarf es der Ergänzung der EBM-Systematik.

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

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

Natürlich bedient ein solcher differenzierter Ordnungsrahmen nicht alle Einkommensphantasien der Krankenhäuser. Er berücksichtigt vielmehr, dass auch in wohlhabenden Industriestaaten begrenzte Ressourcen für die Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehen. Im



Unterschied zum jetzigen System erlaubt der vorgeschriebene Ordnungsrahmen aber dynamisches Wachstum für effiziente Krankenhäuser. Es gibt keine strukturkonservierende Fortschreibung des Status quo, sondern einen geordneten Wettbewerb mit willkürfreier Ausschreibung und Kontrahierung.

Es gibt eine gewisse Hoffnung, dass die nächste Diskussion über den Ordnungsrahmen nicht ganz so konsequenzenlos bleibt wie die Diskussion über Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung in den letzten dreißig Jahren. Es gab körbeweise Artikel über die suboptimale Ressourcenallokation. Krankenkassen haben dutzendfach mehr Mitsprache bei der Krankenhausplanung gefordert und die Unvereinbarkeit von gemeinsamen und einheitlichen Verhandlungen und Kassenwettbewerb wurde vielfach belegt, aber nichts hat sich getan. Die neue DRG-Vergütungssystematik, die die Selbstkostendeckung endgültig durch eine leistungsorientierte Vergütung ersetzt, wird jedoch einen fundamentalen Wandel herbeiführen. Da der Krankenhausplan – wie oben gezeigt wurde – keine Versorgung mehr sicherstellt und die Länderförderung längst keine ausreichende Investitionsfinanzierung mehr garantiert, ist eine fundamentale Reform des Krankenhausgesetzes von 1972 unausweichlich. Die oben vorgeschlagene Konzentration landesplanerischer Tätigkeit auf den Notfallbereich ist gleichermaßen im Interesse der Bundesländer, im Interesse der Krankenkassen und im Interesse dynamisch fortschreitender Krankenhäuser.

## Literatur

AOK-Bundesverband (Hg.): Landesbasisfallwerte, Bonn 2006, abrufbar unter [www.aok-gesundheitspartner.de](http://www.aok-gesundheitspartner.de)

AOK-Bundesverband (Hg.): Presseseminar „DRGs – Wie geht es weiter ab 2007?“, Bonn 2003, abrufbar unter [www.aok-gesundheitspartner.de](http://www.aok-gesundheitspartner.de)

Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) vom 26.04.2006, BGBl I, S. 984

Cassel, D., Ebsen, I., Greß, S., Jacobs, K., Schulze, S., Wasem, J.: Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vorschläge für kurzfristig umsetzbare Reformschritte – Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes, Juli 2006, abrufbar unter [www.uni-essen.de](http://www.uni-essen.de)

Ebsen, I., Greß, S., Jacobs, K., Szecsenyi, J., Wasem, J.: Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung – Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes, März 2003, abrufbar unter [www.wido.de](http://www.wido.de)

Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22.12.1999, BGBl I, S. 2626

Held, M., Leber, W.-D., Wolff, J.: Ambulantes Operieren neu geregelt – Dreiseitiger Vertrag im Schiedsamt entschieden, in: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, Jg. 22, 2005, Heft 3, S. 256 ff.

Herrmann, C.: Monistik ante portas – Notwendigkeiten und Wege des Umstiegs auf eine effizienzorientierte Krankenhausfinanzierung, in: Klauber, J., Robra, B.-P., Schellschmidt, H.: Krankenhausreport 2006, Stuttgart 2007, S. 101 ff.

Leber, W.-D.: Krankenhausplanung in Zeiten des Wettbewerbs, in: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, Jg. 20, 2003, Heft 2, S. 185 ff.

Leber, W.-D.: Refinanzierung ambulanter Klinikleistungen, in: Krankenhaus Umschau, 3/2005, S. 232 ff., abrufbar unter [www.aok-gesundheitspartner.de](http://www.aok-gesundheitspartner.de)

Leber, W.-D., Stackelberg, J. M. von: Der ordnungspolitische Rahmen für ambulante Krankenhausleistungen, in: Rebscher, H.: Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung, 2006, S. 700 ff.

Maylath, E.: DRGs in der psychiatrischen Krankenhausfinanzierung am Beispiel Ungarns. Ein Modell für Deutschland?, in: Das Gesundheitswesen, Vol. 62, Nr. 12 Jg. 2000, S. 633 ff.

Rebscher, H.: Von der Krankenkasse zum Unternehmen Gesundheit, in: Rebscher, H.: Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung, 2006, S. 855 ff.

Tuschen, K. H., Rau, F.: Wettbewerb ist kein Selbstzweck – Für den Übergang sind Festpreise ein notwendiges Instrument, in: Führen und Wirtschaften, Jg. 23, 2006, Heft 4, S. 386 ff.

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (Hg.): Kappung – Bestimmung des Landesbasisfallwertes mit Kappungsgrenze, Bonn 2005, abrufbar unter [www.wido.de](http://www.wido.de)

Zweites Gesetz zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser und zur Änderung anderer Vorschriften (Zweites Fallpauschalenänderungsgesetz – 2. FPÄndG) vom 26.11.2004