

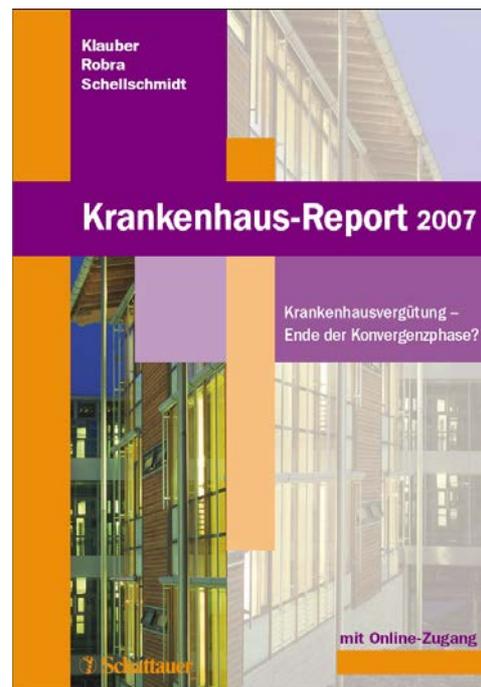
# Krankenhaus-Report 2007

## „Krankenhausvergütung – Ende der Konvergenzphase“

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

Schattauer (Stuttgart) 2008

Auszug Seite 63-80



<b>4</b>	<b>Ende der Konvergenzphase und Neuordnung der Krankenhaussteuerung: Zum Stand der ordnungspolitischen Diskussion .....</b>	<b>63</b>
	<i>Günter Neubauer und Andreas Beivers</i>	
4.1	Ende der Konvergenzphase .....	64
4.2	Welche Fragen stehen zur Lösung an? .....	64
4.2.1	Wie viel staatliche Krankenhausplanung? .....	65
4.2.2	Staatliche Investitionsförderung .....	65
4.2.3	Wie viel Steuerung über die Krankenkassen ist möglich? .....	66
4.2.4	Wie viel Mitwirkung der Versicherten und Patienten ist zumutbar? .....	66
4.2.5	Sektorübergreifende Koordination der Patientenversorgung .....	66
4.3	Welche Vorschläge werden gemacht? .....	67
4.3.1	Staatliche Krankenhausplanung .....	67
4.3.2	Staatliche Investitionsförderung .....	68
4.3.3	Neuordnung des Verhältnisses von Krankenhäusern und Krankenkassen .....	70
4.3.3.1	Neuordnung der vertraglichen Beziehungen .....	70
4.3.3.2	Preiswettbewerb oder Qualitätswettbewerb .....	72
4.3.3.3	Sicherstellung der Notfallversorgung .....	73
4.3.4	Mitwirkung der Versicherten und Patienten .....	74
4.4	Sektorübergreifende Aspekte .....	75
4.5	Ordnungspolitische Bewertung .....	77
4.6	Ausblick: Kommt die Neuordnung vor 2009? .....	79
4.7	Literatur .....	80

# 4 Ende der Konvergenzphase und Neuordnung der Krankenhaussteuerung: Zum Stand der ordnungspolitischen Diskussion<sup>1</sup>

Günter Neubauer und Andreas Beivers

4

## Abstract

Mit dem Ende der DRG-Konvergenzphase ist von der Bundesregierung eine Neuordnung der Finanzierung und Vergütung der Krankenhäuser vorgesehen. In dem Artikel werden zunächst die grundsätzlichen Fragen erörtert, die es im Bereich der Krankenhausfinanzierung zu lösen gilt. Danach werden dann die verschiedenen Vorschläge der einzelnen Akteure zur Neuordnung der Krankenhausversorgung systematisch zusammen- und auch gegenübergestellt und aus ordnungspolitischer Sicht bewertet. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sich in der Krankenhausversorgung inzwischen der Wettbewerb als ein Steuerungsinstrument angesehen wird, und dies von allen Parteien akzeptiert wird. Jedoch die Interpretationen, was unter Wettbewerb zu verstehen ist, klaffen noch weit auseinander. Zum Abschluss des Artikels wird erörtert, ob die Krankenhausreform noch vor dem Bundestagswahljahr 2009 Chancen hat oder ob sie doch eher von einer neuen Bundesregierung nach dem Jahr 2009 durchzuführen sein wird.

Following the DRG convergence phase, the Federal Government plans a re-organization of hospital financing and remuneration. The article starts with discussing the fundamental questions concerning hospital financing to be solved. Subsequently, it presents and confronts the different suggestions of the individual players on the re-organization of hospital care and evaluates them from the point of view of regulatory policy. In summary it can be stated that by now competition is regarded as a control instrument in hospital care and that this fact is accepted by all parties involved. However, the interpretations of what competition means still diverge. Finally, the article discusses whether the hospital reform has a chance to be implemented before the 2009 election to the Bundestag or whether it will have to be enforced by a new Federal Government after 2009.

<sup>1</sup> Die Autoren bedanken sich bei Herrn Dipl.-Volksw. Christof Minartz für die textliche Überarbeitung und die inhaltlichen Anregungen.

## 4.1 Ende der Konvergenzphase

Mit dem Ende der DRG-Konvergenzphase ist von der Bundesregierung eine Neuordnung der Finanzierung und Vergütung der Krankenhäuser vorgesehen. Schon 1992 hat der Sachverständigenrat bei der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen gefordert, die Vergütung und Steuerung der Krankenhausversorgung neu zu ordnen, vor allem die duale Finanzierung wie auch die Vergütungsanreize.

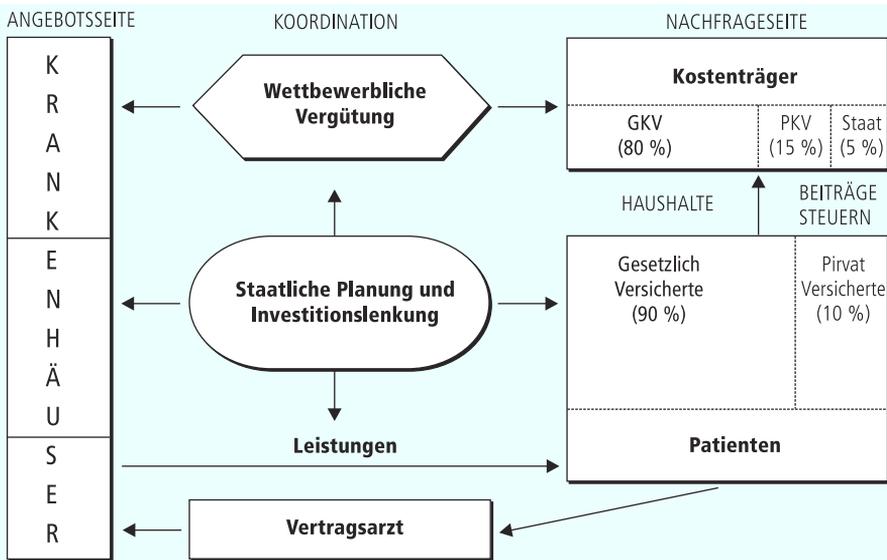
Durch die Einführung von DRGs seit dem Jahr 2000 erhielt zunächst eine Vergütungsreform Vorrang. Doch war von vornherein klar, dass die Umsetzung nicht auch schon eine ordnungspolitische Neuausrichtung der Krankenhausversorgung beinhalten kann. Dies ist heute Standpunkt aller politischen Parteien auf der Bundes- wie auf der Länderebene. Auch die verschiedenen Beteiligten und Betroffenen wissen, dass eine grundsätzliche Diskussion über die Neuorientierung der Krankenhausversorgung ansteht. Daher haben die meisten Verbände ihre Stellungnahmen so weit gefestigt, dass sie in die Diskussion eingebracht werden können.

Mit dem folgenden Beitrag sollen zunächst die grundsätzlichen Fragen erörtert werden, die es im Bereich der Krankenhausfinanzierung zu lösen gilt. In einem darauffolgenden Abschnitt stellen wir die verschiedenen Vorschläge zur Neuordnung systematisch zusammen- und auch gegenüber. In einem weiteren Punkt bewerten wir die eingebrachten Vorschläge aus ordnungspolitischer Sicht. Dabei wollen wir uns selbst einer Stellungnahme enthalten, jedoch aufzeigen, in welche Richtung sich die Krankenhausfinanzierung entwickeln könnte. Zum Abschluss soll die Frage erörtert werden, ob die Krankenhausreform noch vor dem Bundestagswahljahr 2009 Chancen hat oder ob die anstehende grundsätzliche Diskussion doch eher von einer neuen Bundesregierung nach dem Jahr 2009 zu führen sein wird.

## 4.2 Welche Fragen stehen zur Lösung an?

Das deutsche Krankenhaussystem zeichnet sich dadurch aus, dass zwei Steuerungsmodule nebeneinander bestehen, die im strengen Sinne nicht konsistent sind und daher neu austariert werden müssen: Einerseits die staatliche Krankenhausplanung, verbunden mit der Investitionsförderung aus Steuermitteln, andererseits die Finanzierung der laufenden Kosten durch die Kostenträger, insbesondere die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), die Private Krankenversicherung (PKV) sowie Selbstzahler (Abbildung 4–1). Da die Krankenkassen durch das DRG-System stärker Einfluss auf die Steuerung nehmen, wird dadurch die Steuerungskompetenz der Länder reduziert. So ist nach Einführung der DRGs eine Neugewichtung der Steuerungsmodule – Staat zu Wettbewerb – erforderlich. Letztlich geht es aus ordnungspolitischer Sicht nicht mehr um die Frage ob, sondern wie weit die staatliche Angebotsplanung zugunsten einer wettbewerblichen Nachfragesteuerung reduziert werden soll.

Abbildung 4-1  
**Das System der bimodalen Krankenhaussteuerung**



Krankenhaus-Report 2007

WIdO

#### 4.2.1 Wie viel staatliche Krankenhausplanung?

Die Krankenhausplanung liegt in Deutschland bei den einzelnen Bundesländern. Insofern ist hier keine einheitliche Meinung zu erwarten. Gleichwohl betrifft die Frage, inwieweit die Bundesländer die derzeitige Praxis der Krankenhausplanung auf eine stärker wettbewerbliche, DRG-basierte Vergütung hin abstimmen wollen, alle Bundesländer. Die Bundesländer haben in der Gesundheitsministerkonferenz im März 2007 erklärt, dass sie sich die staatliche Planung neben einer wettbewerblichen DRG-Vergütung durchaus vorstellen können, oder, wie es im Papier heißt, „Angebotsplanung und Wettbewerb der Krankenhäuser schließen sich nicht aus“ (80. Gesundheitsministerkonferenz 2007; TOP 3.4). In welchem Umfang noch Planung erforderlich sein wird, ist noch nicht ausdiskutiert. Als gemeinsame Meinung der Bundesländer kann gelten, dass die „Detailtiefe der Krankenhausplanung der Länder zugunsten einer Rahmenplanung zurückgeführt werden kann“ (80. Gesundheitsministerkonferenz 2007; TOP 3.3). Es wird weiter zu diskutieren sein, welche Meinungen bei den betroffenen Verbänden bestehen.

#### 4.2.2 Staatliche Investitionsförderung

Die Diskussion um die duale und monistische Krankenhausfinanzierung ist in Deutschland nicht neu. Im Rahmen der DRG-Einführung bleibt zu fragen, ob die staatliche Investitionsfinanzierung weiterhin über Steuern erfolgen soll oder ob eine Übertragung der Investitionen auf die Vergütung erforderlich ist bzw. gewünscht

wird. Zu diesen Fragestellungen gibt es eine kontroverse und differenzierte Diskussion.

### 4.2.3 Wie viel Steuerung über die Krankenkassen ist möglich?

Es stellt sich die Frage, inwieweit die staatliche Planung durch erweiterte Kompetenzen der Krankenkassen bei Versorgungsverträgen und Preisen reduziert werden soll. Auch hierzu sind die Meinungen höchst unterschiedlich. Im Detail ist zu klären, ob die Krankenkassen weiterhin in die Vertragspflicht der Krankenhausplanung genommen werden, also mit jedem Plankrankenhaus auch einen Versorgungsvertrag abschließen müssen. Weiter ist zu fragen, ob eine kollektive, für die Kassen einheitliche und gemeinsame Vergütungsfindung beibehalten oder eine individuelle und selektive Preisfindung im Rahmen des DRG-Systems angestrebt wird. Dies hätte weit reichende Konsequenzen, auch für die Krankenhausplanung.

Zur Preisfindung stehen verschiedene Muster zur Verfügung: Einheitliche Preise vs. flexible Preise, jeweils abgebildet über die Basisfallwerte der Krankenhäuser, der Länder oder des Bundes. Im Gesetz steht (noch), dass mittelfristig ein bundesweit einheitlicher Basisfallwert angestrebt werden soll. Freilich steht im Gesetz nicht, ob dieser einheitliche Bundesbasisfallwert auch tatsächlich die Vergütung bestimmen oder lediglich als ein Richtwert gelten soll. Doch werden auch flexible Wettbewerbspreise in die Diskussion eingebracht. Schließlich gibt es noch Vorschläge zur Höchst- oder auch Mindestpreisbildung im Rahmen der DRG-Basisfallwertbildung. Wenig bzw. nicht diskutiert wird, dass auch die DRG-Preise selbst, also auch die Relativgewichte, in einem Verhandlungssystem flexibilisiert werden sollen. Aus diesem Grunde werden wir auch später dieser Frage nicht weiter nachgehen. Wie weit die Privatversicherung und die Selbstzahler in der Vergütung eine eigene Rolle spielen sollen, ist offen. Auch hier sind die Meinungen unterschiedlich.

### 4.2.4 Wie viel Mitwirkung der Versicherten und Patienten ist zumutbar?

Die Mitwirkung der versicherten Patienten wird heute im Rahmen der Diskussion zum Ende der Konvergenzphase nur selten thematisiert. Doch in Kombination mit dem GKV-WSG, das sowohl Wahl- als auch Kostenerstattungstarife vorsieht, muss die Diskussion aus einem neuen Blickwinkel gesehen werden. Aus diesem Grunde wollen wir in der Betrachtung der Positionen der Verbände auch auf diese Fragestellung näher eingehen.

### 4.2.5 Sektorübergreifende Koordination der Patientenversorgung

Das Thema der sektorübergreifenden Patientenversorgung steht zwar nur am Rande der Diskussion, doch hat es diesen Randplatz nicht verdient. Schließlich können über die DRGs die Sektorgrenzen nicht nur angeglichen, sondern auch vertieft werden, je nachdem, wie die Ausgestaltung ausfällt. Aber auch das GKV-WSG hat den Krankenhäusern den Zugang zur ambulanten Versorgung weiter geöffnet. Auf der anderen Seite läuft eine Diskussion über eine Pauschalierung der Vergütung, insbesondere für Fachärzte, die auf der Grundidee der DRGs aufbaut. Aus diesem

Gründe halten wir es für erforderlich, diesen Komplex ebenfalls in die weitere Betrachtung einzubeziehen.

## 4.3 Welche Vorschläge werden gemacht?

Im Folgenden tragen wir zu den oben beschriebenen Sachfragen die Stellungnahmen von Leistungserbringern, Kostenträgern, des Bundes und der Länder zusammen und machen auf Übereinstimmungen und Unvereinbarkeiten aufmerksam.

4

### 4.3.1 Staatliche Krankenhausplanung

Die staatliche Krankenhausplanung ist alleinige Aufgabe der Bundesländer und soll dies auch bleiben (80. Gesundheitsministerkonferenz 2007; TOP 3.1 und 3.2). Die Detailtiefe der Landesplanung wird den einzelnen Bundesländern überlassen. Dies ist allerdings auch heute schon so. Es wird von Seiten der Bundesländer für möglich gehalten, dass die Länder den Sicherstellungsauftrag lediglich dahin interpretieren, dass sie die Grund- und Notfallversorgung als Gegenstand der Planung betrachten und die darüber hinausgehende Versorgung dem Wettbewerb überlassen. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bleibt bei der Krankenhausplanung mangels Zuständigkeit vage (Tuschen 2007, Folie 10).

Die Gruppe der Leistungserbringer ist sich ebenfalls relativ einig, dass die Krankenhausplanung bestehen bleiben soll. So hat der Landkreistag festgestellt, dass auch in Zukunft die Länder mit der Krankenhausplanung – und damit auch mit der Sicherstellung der Versorgung mit Krankenhausleistungen – betraut bleiben sollen (Deutscher Landkreistag 2007; S. 1 und 7). Der Landkreistag schlägt aber vor, in Zukunft die ambulante Leistungserbringung in die Planung der Länder stärker mit einzubeziehen (Deutscher Landkreistag 2005, S. 14).

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft als Vertreterin der Krankenhäuser geht mit der Position der Länder insofern einig, als sie fordert, dass die Planung reduziert werden sollte: „Staatliche Krankenhausplanung nach dem Grundsatz: Nicht mehr, sondern weniger!“ (DKG 2007, S. 1). Gleichwohl fordert auch sie, den Sicherstellungsauftrag als öffentliche Aufgabe zu belassen. Allerdings sollte den Krankenhäusern mehr Entscheidungsfreiheit für die medizinische und nichtmedizinische Leistungserbringung eingeräumt werden (DKG 2007, S. 1f).

Der Marburger Bund trägt die Position der DKG weitgehend mit. Auch der Verband der Krankenhausedirektoren (VKD) mahnt für die Krankenhäuser mehr Flexibilität im operativen Geschäft an. Gleichwohl stellt auch er die Krankenhausplanung der Bundesländer nicht infrage (VKD 2007; S. 3). Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK), in dem die privaten Leistungserbringer organisiert sind, geht einen Schritt weiter und fordert eine möglichst weitgehende Ablösung der Detailplanung der Länder durch eine Rahmenplanung (BDPK 2007; S. 12f).<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Siehe auch Statement Thomas Bublitz in f&w (2006); S. 393.

Die Seite der Krankenkassen vertritt viel weiter gehende Positionen. Zwar haben die Krankenkassen noch keine abgestimmte, allgemeine Meinung vorgelegt (Tuschen 2007; Folie 7), doch gehen die Meinungen, soweit sie veröffentlicht wurden, nicht weit auseinander. So empfiehlt der Verband der Angestelltenkrankenkassen (VdAK), die Krankenhausplanung generell auf eine regionale Rahmenplanung umzustellen (VdAK/AEV 2007; S. 4). Er schlägt dabei vor, qualitative, strukturelle bzw. prozessorientierte Voraussetzungen für die einzelnen Leistungsbereiche zu schaffen. Er will eine Umwandlung der betten- und fachabteilungsbezogenen Planungsvorgaben der Länder auf Orientierungsgrößen (VdAK/AEV 2007; S. 5).

Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes werden der Krankenhausplanung mit der Aufgabe des Selbstkostendeckungsprinzips die Grundlagen entzogen. Denn ein Krankenhaus kann wegen Defiziten zur Schließung gezwungen werden und somit aus dem Krankenhausplan ausscheiden, ohne dass die Länder dem wirkungsvoll entgegentreten können. Der AOK-Bundesverband möchte die planerische Funktion der Bundesländer künftig auf die Notfallversorgung beschränkt sehen. Darauf sind auch die Fördermittel zu konzentrieren (Leber et al. 2007, S. 3). Er fordert, die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung weitgehend auf die Krankenkassen zu übertragen (Leber et al. 2007, S. 4), die sie durch entsprechende Vertragsabschlüsse mit den Krankenhäusern umsetzen. Doch auch die Krankenkassen sprechen noch von einer staatlichen Rahmenplanung, wenngleich sie diese recht unterschiedlich beurteilen. Insgesamt kann aber gesagt werden, dass die Krankenkassen der Landesplanung mit sehr viel Reserviertheit gegenüber treten und sie auf ein Minimum reduzieren wollen. Die Sicherstellung der Versorgung wird dann durch die Krankenkassen über Verträge mit den bedarfsnotwendigen Krankenhäusern gewährleistet.

Die PKV ist der Auffassung, dass der Sicherstellungsauftrag der stationären Versorgung unverändert bei den Ländern verbleiben sollte. Die Partikularinteressen einzelner GKV-Kassen können eine wohnortnahe, abgestufte Versorgung mit Krankenhausleistungen letztlich nicht garantieren. Es entspreche dem Sozialstaatsprinzip, dass die Länder durch das Instrument der Krankenhausplanung die Rahmenbedingungen der stationären Versorgung schaffen, was insbesondere für die Notfallversorgung gilt. Eine weitergehende Detaillierung der Planungsvorgaben (z. B. Standort, Fachabteilungsstruktur) sollte sich – aus Sicht der PKV – konsequent an der Nachfrage nach Krankenhausleistungen orientieren (Patt 2007).

### 4.3.2 Staatliche Investitionsförderung

Die Kernfrage lautet: Monistische Finanzierung oder duale Finanzierung? Die Meinungen sind gespalten. Einerseits erkennen alle Parteien an, dass aus betriebswirtschaftlicher Sicht eine monistische Finanzierung über die Vergütungen, also einkalkuliert in die DRGs, die vernünftiger Lösung wäre. Andererseits wird gesehen, dass ohne zugesicherte Gegenfinanzierung der Investitionsmittel eine monistische Finanzierung Gefahr läuft, dass die Länderfinanzierung abgelöst wird, ohne dass ein Ersatz für diese Mittel sichtbar ist.

Zwar ist die Mehrzahl der Ländergesundheitsminister der Auffassung, dass zur dualen Finanzierung heute noch keine Alternative existiert (Tuschen 2007, Folien 15f), dennoch gibt es auch Stimmen, die in der monistischen Finanzierung die Zu-

kunft sehen, so z. B. Ministerin Lautenschläger aus Hessen auf dem 6. Nationalen DRG-Forum in Berlin.<sup>3</sup> Für alle aber ist klar, dass eine staatliche Gegenfinanzierung der Investitionsmittel für eine monistische Finanzierung im Augenblick nicht sichtbar ist. Neben der Frage der Mittelaufbringung sehen die Länder noch Klärungsbedarf in der Gestaltung eines Übergangs.

Insbesondere geht es darum, dass Krankenhäuser mit neuer Bausubstanz als bevorzugt eingestuft werden, während Krankenhäuser, die vor Neuinvestitionen stehen, nach einer Umstellung Nachteile erleiden müssten. Es gibt eine Reihe von Lösungsvorschlägen, die den Übergang von einer dualen zu einer monistischen Finanzierung, aber auch den Ausgleich zwischen den Krankenhäusern thematisieren. Bundesländer mit bisher höheren Förderquoten befürchten bei einer einheitlichen Lösung Nachteile für sich und ihre Häuser. Ein allgemein akzeptierter Vorschlag liegt zurzeit nicht vor. Das Bundesgesundheitsministerium folgt weitgehend den Bundesländern (Tuschen 2007, Folien 15). Diese gehen davon aus, dass, solange keine Gegenfinanzierung sichtbar ist, die duale Finanzierung ohne Alternative bleibt. Von daher sieht das BMG keinen direkten Handlungsbedarf, insbesondere hinsichtlich der Weiterentwicklung der DRG-Vergütung.

Der Deutsche Landkreistag hält ebenfalls an der dualen Finanzierung fest, obgleich er die damit verbundenen Probleme erkennt. Das Hauptargument für die Beibehaltung des heutigen Finanzierungssystems ist ein durch die Monistik drohender Verlust der Einflussnahme von Kommunen und Ländern bei der Gestaltung der Krankenhausversorgung (Deutscher Landkreistag 2007, S. 9).

Die DKG vertritt die Meinung, dass die Finanzierung der Investitionen vor allen Dingen durch Bürokratieabbau und mehr Entscheidungsfreiheit für die Krankenhäuser erleichtert werden soll (DKG 2007, S. 2). Die Umstellung der Finanzierung auf Monistik sieht die DKG zurzeit als schwierig an, da die Gegenfinanzierung der Investitionen von Seiten der Krankenkassen nicht gesichert ist. Sollte eine monistische Finanzierung eingeführt werden, so muss diese aus Sicht der DKG voll in das GKV-System integriert werden, letztlich über Aufschläge auf die DRG-Vergütung („Monistische Finanzierung, wenn Länderfördermittel und Investitionsstaat voll in das GKV-System fließen“) (DKG 2007, S. 2). Eine ähnliche Ansicht vertreten auch der VKD sowie der Vizevorsitzende des Marburger Bundes Rudolf Henke, der vor allem fordert, die Investitionsfördermittel von der Bezugsgröße „Bett“ abzulösen (siehe dazu auch Abbildung 4–3).

Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK) spricht sich für ein uneingeschränktes „Ja“ zur Monistik aus (BDPK 2007, S. 12f).<sup>4</sup> Die Umstellung sollte so erfolgen, dass die Investitionskosten als ein Kostenbestandteil wie andere auch in das DRG-System sachgerecht einkalkuliert werden. Zu Übergangsfragen werden keine Vorstellungen geäußert.

Auf Seiten der Krankenkassen wird die Forderung nach monistischer Finanzierung zurückhaltender vorgetragen, als das früher der Fall war. Beim VdAK wird etwa die Meinung vertreten, dass eine monistische Finanzierung, die die Voraussetzung für einen sektorübergreifenden Wettbewerb legen könnte, nicht ohne Bei-

3 Zitat Ministerin Silke Lautenschläger in Deutsches Ärzteblatt (2007).

4 Siehe auch Statement Bublitz in f&w (2006), S. 11.

tragssatzerhöhungen finanzierbar ist. Aus diesem Grund sei die monistische Finanzierung nur auf Basis langfristig klarer rechtsverbindlicher Bedingungen denkbar. Demzufolge will man an der dualen Finanzierung festhalten, solange eine Refinanzierung der Zusatzausgaben nicht gesichert ist (VdAK/AEV 2007, S. 4).

Der AOK-Bundesverband konstatiert, dass die duale Finanzierung letztlich heute schon ihr Ende erreicht hat (Leber et al. 2007, S. 3). Schließlich kommen die Länder ihrer Förderpflicht schon lange nicht mehr in befriedigendem Umfang nach. Er sieht daher die Notwendigkeit, eine Umstellung vorzunehmen. Allerdings verlangt auch er, ähnlich wie der VdAK, dass die staatliche Planung reduziert und der heute bestehende Investitionsstau abgebaut wird.

Schon aus betriebswirtschaftlichen Gründen spricht sich der PKV-Verband für eine monistische Krankenhausfinanzierung aus; allerdings ist die Frage der beitragsneutralen Gegenfinanzierung der Investitionsausgaben für GKV und PKV bisher nicht gelöst. Nach PKV-Einschätzung wird es somit auch in absehbarer Zukunft bei der dualen Finanzierung bleiben. Bei einer Umlenkung der für die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser eingesetzten Steuermittel direkt an die Krankenkassen müsse auch die PKV proportional einbezogen werden.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass die monistische Finanzierung zwar von allen Akteuren als die betriebswirtschaftlich bessere Lösung angesehen wird. Jedoch gelten die Frage der Mittelaufbringung im Falle einer monistischen Finanzierung ebenso wie die Umstellung der Investitionsfinanzierung als die wichtigsten Hindernisse.

### 4.3.3 Neuordnung des Verhältnisses von Krankenhäusern und Krankenkassen

Für die Neuordnung des Verhältnisses von Krankenhäusern und Krankenkassen sind drei Problemkreise hervorzuheben: die vertraglichen Beziehungen zwischen den Akteuren, das Preissystem und die Sicherstellung der Notfallversorgung.

#### 4.3.3.1 Neuordnung der vertraglichen Beziehungen

Krankenhäuser und Krankenkassen sind im derzeitigen System in ihren vertraglichen Beziehungen durch den staatlichen Krankenhausplan gebunden. Die Krankenkassen müssen allen Plankrankenhäusern einen Vertrag anbieten. Zwar können die Krankenkassen die vertraglichen Inhalte mit den Krankenhäusern aushandeln. Kommt jedoch keine Einigung zustande, wird eine neutrale Schiedsbehörde angerufen. Wird nun die Bindungswirkung der Krankenhauspläne aufgelockert, wie es auch von der GMK angesprochen wird,<sup>5</sup> so bietet sich Raum für eine freiheitlichere Gestaltung der Vertragsverhältnisse.

Die Bundesländer wollen gleichwohl an einer allgemeinen Kontrahierungspflicht der Krankenkassen mit den Plankrankenhäusern festhalten. Dies ist logisch, solange man einen Krankenhausplan für erforderlich hält. Allerdings weisen auch bei den Bundesländern einzelne Stimmen darauf hin (vgl. Ministerin Lautenschlä-

<sup>5</sup> Siehe 80. Gesundheitsministerkonferenz (2007); Punkt 3.3.

ger<sup>6</sup>), dass eine Lockerung der Vertragspflicht der Krankenkassen vorstellbar ist. Insbesondere könnte im Bereich der elektiven Behandlungen den Krankenkassen ein selektives Vertragsrecht zugestanden werden. Mit diesem Vorschlag befinden sich die jeweiligen Länder durchaus auf der Linie des GKV-WSG, in dem ebenfalls den Vertragspartnern ein individuelles Vertragsrecht eingeräumt wird, das das kollektive Vertragsrecht ersetzt. Allerdings wird hier noch keine Auflösung der Vertragspflicht generell angesprochen, sondern lediglich die Möglichkeit substitutiver individueller Verhandlungen eröffnet.<sup>7</sup>

Im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wird ein stärkeres, individuelles Verhandeln der Krankenkassen mit den Krankenhäusern angesprochen, bei gleichzeitiger Beibehaltung der generellen Vertragspflicht der Krankenkassen gegenüber den Krankenhäusern (Tuschen/Rau 2006, S. 387f). Vorstellbar ist also auf der staatlichen Ebene, dass die Krankenkassen aus dem derzeitigen kollektiven Vertragszwang gegenüber den Krankenhäusern entlassen werden und substitutiv zu den kollektiven vertraglichen Vereinbarungen individuelle Vereinbarungen mit den jeweiligen Krankenhäusern vornehmen können. Letzteres ist im Rahmen von integrierten Versorgungsverträgen schon möglich. Das macht eine generalisierende Entwicklung wahrscheinlicher.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) bejaht uneingeschränkt das Festhalten am Kontrahierungszwang für alle Plankrankenhäuser (DKG 2007, S. 1). Ob und inwieweit diese kollektive Vertragspflicht auch durch Individualvereinbarungen substituiert werden kann, wird von der DKG nicht im Einzelnen erörtert. Man kann jedoch davon ausgehen, dass die DKG durchaus bereit wäre, einer Ausweitung der Individualverhandlungen, wie sie schon im Rahmen der integrierten Versorgung möglich sind, zuzustimmen. Als Eckpunkt aus der Sicht der DKG ist an der generellen Vertragspflicht der Krankenkassen festzuhalten.

Der Position der DKG schließen sich im Grundsatz sowohl der VKD (2007, S. 3) wie auch der Marburger Bund (2007a) an. Letzterer richtet sich definitiv gegen selektives Kontrahieren der Krankenkassen.

Eine abweichende Position auf der Seite der Leistungserbringer nimmt der BDPK (2007, S. 7ff) ein. Er spricht sich dafür aus, Patienten eine freie Wahl des Krankenhauses rechtlich einzuräumen. Ferner ist er gegen die Fortsetzung des kollektiven Budgets, damit auch der Budgetierung. Damit aber ist er auch offen für selektives Kontrahieren. Ob der BDPK auch für eine Relativierung der generellen Kontrahierungspflicht der Krankenkassen eintritt, lässt sich aus den Stellungnahmen nicht klar erkennen. Von daher kann man davon ausgehen, dass der BDPK zwar für selektive Vertragsvereinbarungen eintritt, jedoch an der generellen Kontrahierungspflicht der Krankenkassen gegenüber den Plankrankenhäusern festhält.

Eine diametral abweichende Auffassung zu den Leistungserbringern wie auch zu den politischen Gremien nimmt der AOK-Bundesverband ein (Leber et al. 2007, S. 24f). Schon frühzeitig hat der AOK-Bundesverband für eine Aufhebung des Kontrahierungszwanges der Krankenkassen gegenüber den Plankrankenhäusern plä-

6 Gemäß dem Vortrag der Ministerin Silke Lautenschläger auf dem 6. Nationalen DRG-Forum in Berlin (2007) und Deutsches Ärzteblatt (2007).

7 Siehe Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) vom 26. März 2007.

diert. In neuerer Zeit entwickelt er das Konzept des selektiven Kontrahierens über Ausschreibungen für elektive Krankenhausleistungen. Diese Konzeption ermöglicht es den Krankenkassen, die aus ihrer Sicht bedarfsnotwendigen und zugleich wirtschaftlichen Krankenhäuser als Vertragspartner auszuwählen. Dabei ist es vorstellbar, dass Krankenhäuser nur mit Teilen ihres Leistungsspektrums als Vertragspartner einbezogen werden. Ein solches selektives Kontrahieren beinhaltet, dass einige Plankrankenhäuser keinen Versorgungsvertrag mit der AOK erhalten. Der Bundesverband begrenzt dieses Modell allerdings auf die elektiven, planbaren Behandlungen. Für die Notfallbehandlung will auch der Bundesverband das kollektive Vertragssystem beibehalten.

Der VdAK, als Vertreter der Ersatzkassen, vertritt keine so pointierte Auffassung wie die AOK (VdAK/AEV 2007, S. 2). Gleichwohl ist auch der VdAK der Auffassung, dass die individuellen Vertragsverhandlungen weiterentwickelt werden müssen.

Aus Sicht der PKV können die Vorgaben der Krankenhausplanung nur zielsicher umgesetzt werden, wenn es keine selektivvertraglichen Strukturen einzelner Kassenarten gibt. Sollten Selektivverträge ab 2009 zugelassen werden, muss aus Sicht der PKV sichergestellt werden, dass für die selbstzahlenden Patienten Preisdiskriminierungen rechtlich ausgeschlossen sind (Patt 2007).

Zusammenfassend können wir festhalten, dass im Bereich der Neugestaltung des Vertragsrechts die Positionen aus heutiger Sicht als unvereinbar einzustufen sind. Die Krankenkassen wollen die Zulassung von Krankenhäusern über ihre Verträge steuern, während die Krankenhäuser das geltende Recht beibehalten wollen.

#### 4.3.3.2 Preiswettbewerb oder Qualitätswettbewerb

Bei der Frage nach der Wettbewerbsorientierung unterscheiden sich die Akteure im Grundsatz nicht. Alle bejahen eine stärker wettbewerbliche Orientierung. Doch gehen die Meinungen auseinander, welche Wettbewerbsform zu intensivieren wäre – Preiswettbewerb oder Qualitätswettbewerb. Mit dem Preiswettbewerb verbindet sich auch die Frage, inwieweit DRGs als Festpreise oder als flexible Preise weiterzuentwickeln sind.

Auf Seiten des für die Preisgestaltung zuständigen BMG herrscht die Auffassung vor, dass zumindest am Beginn einer ordnungspolitischen Neuorientierung der Qualitätswettbewerb Vorrang vor dem Preiswettbewerb (Tuschen/Rau 2006, S. 388f) hat. Daher wird zunächst ein Festhalten an den landesweiten, einheitlichen Basisfallwerten für erforderlich erachtet. Da sich auf Bundesebene die Stimmen mehren, die einen bundesweit einheitlichen Basisfallwert befürworten, ist die Auffassung des BMG, zunächst an den Landesbasisfallwerten festzuhalten, eher eine reduzierte Position.

Auf Seiten der Bundesländer sind die Meinungen geteilt. Zwar wollen alle Bundesländer an einem Festpreissystem festhalten und lediglich den Qualitätswettbewerb intensivieren.<sup>8</sup> Doch bei den Festpreisen gehen die Meinungen dahingehend auseinander, dass ein Teil der Bundesländer einen bundeseinheitlichen Basisfall-

<sup>8</sup> Siehe 80. Gesundheitsministerkonferenz (2007); Punkt 3.4 und 3.5.

wert fordert (Tuschen 2007, Folie 17), während andere an landeseinheitlichen Basisfallwerten längerfristig festhalten wollen. Die Positionen der Länder werden stark von den Aussichten bestimmt, inwieweit die eigenen Krankenhäuser durch einen bundesweiten Basisfallwert profitieren bzw. verlieren würden.

Auch auf Seiten der Leistungserbringer herrscht die Auffassung vor, dass dem Qualitätswettbewerb Vorrang zu geben ist und die Vergütung weiterhin über Festpreise bzw. Einheitspreise zu erfolgen hat. Ob letztlich ein bundesweiter Basisfallwert anzustreben ist, muss nach Meinung der DKG nach einigen Jahren Erfahrung mit Landesbasisfallwerten neu beurteilt werden (DKG 2007, S. 10f). Allerdings hat die DKG Meinungsunterschiede in ihren eigenen Reihen, ähnlich wie es sie auch bei den Bundesländern gibt. Der VKD ist bei der Befürwortung des Qualitätswettbewerbs nicht ganz so strikt festgelegt (VKD 2007, S. 1). Als negatives Beispiel wird der Rehabilitationsbereich angeführt. Die relativ geschlossene Auffassung der Leistungserbringer wird vom BDPK relativiert. Der BDPK fordert einen Qualitätswettbewerb (BDPK 2007, S. 6), solange das Umfeld für funktionierenden Preiswettbewerb nicht geöffnet worden ist, wofür derzeit wenig spricht. Das bedeutet aber auch, dass ein Qualitätswettbewerb in absehbarer Zeit möglich ist.

Ähnlich wie auf Seiten der Leistungserbringer liegen auch auf Seiten der Krankenkassen die Meinungen nahe beieinander: Man will den Preiswettbewerb generell zulassen. Die Krankenkassen sehen in einem Wettbewerb über Preise auch die Möglichkeit, dass im anstehenden Selektionsprozess der Krankenhäuser eine faire Selektion nach Leistungsstärke erfolgt. Wie der Preiswettbewerb genau zu erfolgen hat, ist von den Krankenkassen noch nicht im Detail konsentiert. Während die AOK einen Preiswettbewerb über Ausschreibungen anstrebt (Leber et al. 2007, S. 13f), bevorzugen die Ersatzkassen Modelle von Höchst- oder Richtpreisen.<sup>9</sup>

Damit kommt eine neue Diskussion auf, die bislang wenig thematisiert wird: Wird Wettbewerbsrecht bei flexiblen Wettbewerbspreisen zur Anwendung gebracht oder ist weiterhin das Sozialrecht heranzuziehen? Möglicherweise könnte das Wettbewerbsrecht die großen Krankenkassen dazu bringen, zumindest befristet einem Festpreissystem letztlich doch den Vorzug zu geben.

Aus Sicht der PKV ist mittelfristig mehr Preiswettbewerb nur zu erreichen, wenn auf der Basis eines Bundesbasisfallwertes das gegenwärtige Festpreissystem durch ein Höchstpreissystem abgelöst wird (Patt 2007).

#### 4.3.3.3 Sicherstellung der Notfallversorgung

Im Bereich der Notfallversorgung konvergieren die Positionen der verschiedenen Akteure. Sie wird generell weiter als Aufgabe der staatlichen Planung und Daseinsfürsorge eingeschätzt, wobei aus Sicht der Leistungserbringer die Notfallversorgung Teil der gesamten Krankenhausversorgung und in diese eingebettet vorzuhalten ist. In der Position der AOK (Leber et al. 2007, S. 24f) hingegen wird die Notfallversorgung zu einer besonderen kollektiven Aufgabe verselbständigt, die von den übrigen Versorgungsaufgaben, die auch selektiv über Verträge der Krankenkassen gesteuert werden können, zu trennen ist. Die Abgrenzung der Notfall-

<sup>9</sup> Siehe Statement Dr. Gerdemann in f&w (2006); Seite 394.

versorgung von der planbaren Versorgung stellt ein schwer lösbares technisches und betriebswirtschaftliches Problem dar. Bislang scheint die Position der AOK nicht mehrheitsfähig zu sein.

Zu erwähnen ist hier noch die Position des BDPK (2007, S. 6), der die gesamte Krankenhausversorgung stärker wettbewerblich und marktlich steuern will. Selbst die Notfallversorgung wird nicht von vornherein zur staatlichen Aufgabe erklärt. Hier hält man auch die Gestaltung über marktliche Prozesse für möglich. Insgesamt sind jedoch die Meinungsunterschiede bei der Notfallversorgung als gering einzuschätzen.

Keine Rolle spielt dabei, ob der Sicherstellungsauftrag von den Kommunen oder von den Ländern zu übernehmen ist. In den meisten Kommunalordnungen sind letztlich die Kommunen für die Sicherstellung verantwortlich, die allerdings im Rückgriff auf die Landesplanung jeweils abgesichert werden kann.

#### 4.3.4 Mitwirkung der Versicherten und Patienten

Über eine gestaltende Rolle der versicherten Patienten wird bei der Neuordnung der Krankenhausversorgung relativ wenig diskutiert. Allerdings ist infolge des GKV-WSG mit entsprechenden Tariffdifferenzierungen zu rechnen.

Im BMG sieht man insbesondere in der Einführung von Kostenerstattungsoptionen und Wahlтарifen Möglichkeiten zur Mitwirkung der versicherten Patienten.<sup>10</sup> Gleichwohl befürwortet das BMG keine freie Krankenhauswahl jenseits der Plankrankenhäuser. Die Bundesländer, ebenso wie die Kommunalvertretungen, haben hier keine eigene Position, dürften jedoch der Meinung des BMG nahe stehen.

Bei den Leistungserbringern erhebt die DKG die Forderung der freien Krankenhauswahl für Patienten (DKG 2007, S. 8f), freilich auch hier nur innerhalb der Plankrankenhäuser. Für Teile des VKD ist die Stärkung der Eigenverantwortung der Patienten sowie mehr Leistungstransparenz eine Voraussetzung dafür, dass auch Preiswettbewerb später zugelassen werden könnte.<sup>11</sup>

Der BDPK<sup>12</sup> geht mit seiner Position am weitesten. Er fordert eine Stärkung der Patientenautonomie, freie Wahl des Krankenhauses sowie die Möglichkeit, dass der Versicherte verschiedene Versorgungsalternativen wählen kann. Eventuelle Mehrkosten aufgrund der Wahloptionen sollen Patienten selbst übernehmen. Kostenbeteiligung und Kostenerstattung sind wichtige Wege in diese Richtung.

Auf Seiten der Krankenkassen wird ebenfalls die Möglichkeit, den Versicherten Wahlтарife anzubieten, ebenso begrüßt wie Kostenerstattungsoptionen, die vor allem für den VdAK schon immer eine Rolle spielten. Auch die Lenkung der Patienten in ihrer Krankenhauswahl über Hausarztmodelle wird als positiv eingeschätzt. Der VdAK fordert darüber hinaus mehr Qualitätstransparenz für die Versicherten und Patienten (VdAK/AEV 2007, S. 10f).

Insgesamt werden also die Mitwirkungsmöglichkeiten der Versicherten und Patienten eher niedrig eingeschätzt. Gleichwohl kann festgestellt werden, dass vor-

10 Siehe auch Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) vom 26. März 2007.

11 Siehe Statement Heinz Kölking in f&w (2006); Seite 392.

12 siehe Statement Thomas Bublitz in f&w (2006); Seite 394.

wiegend die Leistungserbringer eine freie Krankenhauswahl für die Kassenpatienten wünschen, wobei sich freilich die freie Wahl auf Plankrankenhäuser zu begrenzen hat. Die Möglichkeiten, Wahltarife und Kostenerstattungsoptionen anzubieten, unterstützen die Mitwirkung der Versicherten vor allem aus der Sicht des BDPK.<sup>13</sup>

## 4.4 Sektorübergreifende Aspekte

4

Aus Sicht des BMG ist eine stärkere Verzahnung der ambulanten und stationären Bereiche erforderlich.<sup>14</sup> Man sieht bereits im GKV-WSG weitere Schritte zur Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante, insbesondere spezialärztliche Versorgung realisiert, sodass man lediglich einen Weg fortzusetzen hat. Die Bundesländer machen hierzu keine Aussage, jedoch fordert der Deutsche Landkreistag, dass die Krankenhausplanung mit der vertragsärztlichen Planung zu verknüpfen sei und auf diese Weise eine sektorübergreifende Gesamtschau entwickelt wird (Deutscher Landkreistag 2005, S. 12).

Für die DKG ist die sektorale Trennung ebenfalls weiter abzubauen, wobei insbesondere die doppelte Facharztschiene als ein Hindernis angesehen wird (DKG 2007, S. 6f). Möglichkeiten, die sektorübergreifenden Schranken abzubauen, werden vor allen Dingen in der Weiterentwicklung des DRG-Systems für belegärztliche und auch teilstationäre Leistungen gesehen. Die Beibehaltung der GOÄ und GOZ als Abrechnung für wahlärztliche Leistungen wird ebenfalls als Verzahnungsinstrument mit der ambulanten, privatärztlichen Versorgung gesehen.

Der Marburger Bund (2007b, S. 6) betont, dass vor allen Dingen die unterschiedliche Investitionsförderung zwischen Krankenhaus und vertragsärztlicher Versorgung ein Hindernis für eine weitere Integration darstellt. Solange die Krankenhäuser aus öffentlichen Mitteln gefördert werden und die Vertragsärzte ihre Investitionen über die Vergütung zu finanzieren haben, besteht eine Integrationslücke, die durch eine entsprechende Neugestaltung der Vergütung zu beseitigen ist.

Der BDPK (2007, S. 10) unterstützt eine stärkere Verzahnung von ambulante und stationärem Sektor besonders intensiv. Sektorale Budgets sind abzuschaffen, das Fernziel ist eine weitgehende Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung. Die Privatliquidation für wahlärztliche Leistungen im Krankenhaus und für Privatpatienten in der ambulanzärztlichen Versorgung soll weiterhin als einigende, gemeinsame Vergütung beibehalten werden.

Die Krankenkassen verlangen ebenfalls einen Abbau der Sektorgrenzen zwischen stationärer und vertragsärztlicher Versorgung. Gemeinsam sehen sie in dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz dafür einen sinnvollen Ansatz. Die AOK sieht weiterhin in der Möglichkeit des selektiven Kontrahierens im stationären wie im ambulanten Bereich Chancen für eine stärker integrierte, sektorübergreifende Ver-

<sup>13</sup> Siehe Statement Thomas Bublitz in f&w (2006); Seite 394.

<sup>14</sup> Siehe auch Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) vom 26. März 2007.

sorgung (Leber et al. 2007, S. 24f). Dabei sieht die AOK die teilstationäre bzw. tagesklinische Versorgung als eigene Versorgungsform skeptisch. Der VdAK sieht in fachärztlichen Gesundheitszentren mit dem Krankenhaus als integrativem Ort eine optimale Vernetzung (VdAK/AEV 2003, S. 70). Es gelte, ein übergreifendes, gemeinsames fachärztliches Budget für ambulante wie stationäre Leistungen zu entwickeln.

Im Bereich der sektorübergreifenden Versorgung wird nur teilweise die Rolle der Weiterentwicklung von DRGs gesehen. Die meisten Akteure sehen vielmehr in der Definition der Leistungen und in der Zusammenfassung von ambulanten und stationären Leistungen in einer Institution bzw. einer Organisation Schritte zu einer weitergehenden Integration. Gleichwohl wird von der DKG die Entwicklung von teilstationären DRGs thematisiert und als ein Instrument der sektorüberschreitenden Optionen vorgeschlagen (DKG 2007, S. 1).

Abschließend stellen wir in einer Übersicht die wichtigsten Positionen schlagwortartig zusammen (Abbildungen 4–2 bis 4–4).

Abbildung 4–2

### Die Positionen der Gebietskörperschaften

Akteure Problemfelder	Staat		
	Bund (BMG)	Länder (GMK)	Deutscher Landkreistag
<b>I. Die Rolle des Staates</b>			
>> Zukunft der staatlichen Krankenhausplanung	pro Rahmenplanung Hoheit der Länder	Krankenhaus- (Rahmen-)Plan ist und bleibt Aufgabe der Länder	Krankenhaus- (Rahmen-)Plan ist und bleibt Aufgabe der Länder
>> Staatliche Investitionsförderung: Duale oder monistische Finanzierung	keine einheitliche Meinung	solange Gegenfinanzierung nicht geklärt, keine Alternative zum dualen System vorhanden	pro duale Finanzierung, um Einfluss der Kommunen und Länder auf die Gestaltung der Krankenhausversorgung zu erhalten
<b>II. Neuordnung des Verhältnisses von Krankenhäusern und Krankenkassen</b>			
>> Vertragsrecht: Kontahierungspflicht vs. selektives Kontrahieren	Möglichkeit zu selektivem Kontrahieren	Beibehaltung der Kontrahierungspflicht	—
>> Preissystem: Einheitliche Preise vs. flexible Preise	Qualitätswettbewerb hat Vorrang vor Preiswettbewerb Festhalten an landes/bundes- einheitlichen Basisfallwerten	Meinungen unterschiedlich; Tendenz zu Qualitätswett- bewerb und Festpreissystem	—
>> Sicherstellung der Notfallversorgung	Aufgabe der staatlichen Daseinsfürsorge	Aufgabe der staatlichen Daseinsfürsorge	Aufgabe der staatlichen Daseinsfürsorge
<b>III. Mitwirkung der Versicherten und Patienten</b>			
	Kostenerstattungsoptionen Wahltarife	—	—
<b>IV. Sektorenübergreifende Aspekte</b>			
>> Sektorenübergreifende Koordinaton der Patientenversorgung und Vergütungsmechanismen	stärkere Verzahnung ambulant und stationär (Öffnungs- klauseln für Krankenhäuser)	—	Verknüpfung der KH-Planung mit der vertragsärztlichen Planung

Abbildung 4–3  
Positionen der Leistungserbringer

<b>Akteure</b>  <b>Problemfelder</b>	<b>Leistungserbringer</b>			
	Verband der Krankenhau- sdirektoren (VKD)	Deutsche Kranken- hausgesellschaft (DKG)	Marburger Bund	Bundesverband deutscher Privatkranken- anstalten (BDPK)
<b>I. Die Rolle des Staates</b>				
>> Zukunft der staatlichen Krankenhausplanung	Flexibilisierung, doch Krankenhausplan bleibt Aufgabe der Länder	Reduktion der Planung Sicherstellung als staatl. Aufgabe	Krankenhaus- (Rahmen-) Plan ist und bleibt Aufgabe der Länder	Rahmenplanung beim Staat
>> Staatliche Investitionsförderung: Duale oder monistische Finanzierung	pro Monistik, Frage der Zeit	derzeit keine Chance für Monistik, Bürokratieabbau und mehr Entscheidungsfreiheit	Ablösung der Förderung vom Bett	pro Monistik Kalkulation der Investitionskosten in das DRG-System
<b>II. Neuordnung des Verhältnisses von Krankenhäusern und Krankenkassen</b>				
>> Vertragsrecht: Kontahierungspflicht vs. selektives Kontrahieren	Festhalten am Kontrahierungszwang	Festhalten am Kontrahierungszwang	Tendenz zur Festhaltung am Kontrahierungszwang	Tendenz zur Festhaltung am Kontrahierungszwang
>> Preissystem: Einheitliche Preise vs. flexible Preise	Vorrang für Qualitätswettbewerb; Vergütung über Landesbasisfallwerte; Test von Bundes-Basisfallwerten	Vorrang für Qualitätswettbewerb; Vergütung über Landesbasisfallwerte; Test von Bundes-Basisfallwerten	—	Vorrang für Qualitätswettbewerb, solange keine Bedingungen für Preiswettbewerb gegeben sind
>> Sicherstellung der Notfallversorgung	Aufgabe der staatlichen Daseinsfürsorge; Notfallversorgung als Teil der gesamten Krankenhausversorgung	Aufgabe der staatlichen Daseinsfürsorge; Notfallversorgung als Teil der gesamten Krankenhausversorgung	Aufgabe der staatlichen Daseinsfürsorge	Aufgabe der staatlichen Daseinsfürsorge
<b>III. Mitwirkung der Versicherten und Patienten</b>				
<b>IV. Sektorenübergreifende Aspekte</b>				
>> Sektorenübergreifende Koordinatoren der Patientenversorgung und Vergütungsmechanismen	—	Abbau der sektoralen Trennung; Weiterentwicklung des DRG-Systems; teilstationäre Leistungen in das DRG-System einbinden	unterschiedliche Investitionsförderung von KH und vertragsärztlicher Versorgung als Hauptproblem	Stärkere Verzahnung ambulant und stationär; Abschaffung sektoraler Budgets

Krankenhaus-Report 2007

Wido

## 4.5 Ordnungspolitische Bewertung

Wenn man die Diskussion aus der übergeordneten ordnungspolitischen Sicht bewerten will, so gibt es eine Reihe von Gemeinsamkeiten wie auch z. T. kaum zu vereinende Gegensätze. Zunächst sind sich alle Akteure einig, dass die Rolle des Staates, insbesondere die der Länder, ein Stück zurückgenommen werden muss und andererseits dieses Vakuum durch die Krankenkassen auszufüllen ist. Dabei sind die Leistungserbringer generell der Meinung, dass die Bundesländer eine Art Letztverantwortung für die Versorgung behalten müssen, die Krankenhausplanung letztlich bestehen bleiben soll und die Investitionsförderung dem Grunde nach zwar reduziert, aber als Teil der Krankenhausplanung zumindest für Neubauprojekte beibehalten werden soll. Die Positionen sind also generell im Bereich der Investiti-

Abbildung 4–4  
Positionen der Krankenkassen/Krankenversicherungen

<b>Akteure</b>  <b>Problemfelder</b>	Krankenkassen/Krankenversicherungen		
	Ersatzkrankenkassen (vdak)	AOK-Bundesverband	PKV-Verband
<b>I. Die Rolle des Staates</b>			
>> Zukunft der staatlichen Krankenhausplanung	Umstellung auf regionale Rahmenplanung	Planung nur noch für Notfallversorgung	Sicherstellung als staatl. Aufgabe
>> Staatliche Investitionsförderung: Duale oder monistische Finanzierung	Monistik als Voraussetzung für sektorübergreifenden Wettbewerb (Finanzierung nur durch Beitragssatzerhöhungen)	Duale Finanzierung am Ende; Umstellung muss vorgenommen werden	pro Monistik, doch Frage nach beitragsneutraler Gegenfinanzierung offen
<b>II. Neuordnung des Verhältnisses von Krankenhäusern und Krankenkassen</b>			
>> Vertragsrecht: Kontrahierungspflicht vs. selektives Kontrahieren	Festhalten am Kontrahierungszwang Kontra selektives Kontrahieren	freie Wahl des Krankenhauses Selektives Kontrahieren	Tendenz zur Festhaltung am Kontrahierungszwang
>> Preissystem: Einheitliche Preise vs. flexible Preise	Preisfindung (bei elektiven Eingriffen) über Ausschreibungen	Intensivierung des Preiswettbewerbes über Höchst- und Richtpreise	Preiswettbewerb durch Höchstpreise (auf Basis des Basisfallwertes)
>> Sicherstellung der Notfallversorgung	Aufgabe der staatlichen Daseinsfürsorge	Notfallversorgung als kollektive Aufgabe der GKV	Aufgabe der staatlichen Daseinsfürsorge
<b>III. Mitwirkung der Versicherten und Patienten</b>	Anbieten von Wahlтарifen Kostenerstattungsoption, Hausarztmodelle	Anbieten von Wahlтарifen	—
<b>IV. Sektorenübergreifende Aspekte</b>			
>> Sektorenübergreifende Koordination der Patientenversorgung und Vergütungsmechanismen	Abbau der Sektorgrenzen Fachärztliches Gesundheitszentrum mit KH als optimale Vernetzung	Abbau der Sektorgrenzen Selektives Kontrahieren im ambulanten und stationärem Bereich	—

Krankenhaus-Report 2007

Wido

onsfinanzierung flexibler als im Bereich der Krankenhausplanung und Sicherstellung der Versorgung.

Die Krankenkassen ihrerseits sind bereit, die Steuerungslücke auszufüllen, fordern dafür aber mehr Steuerungskompetenz, als ihnen der Staat und die Leistungserbringer zubilligen wollen. Gleichwohl kann man feststellen, dass sich insgesamt alle Akteure einig sind, dass eine stärker wettbewerbliche Steuerung erforderlich ist, bei der allerdings der Staat eine regulierende Funktion beibehalten soll. Die Devise lautet also: Mehr Wettbewerb, aber nur in Grenzen, und weiterhin eine dominante Ordnungs- und Kontrollfunktion bei den Ländern.

Besonders deutlich wird dies, wenn die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern angesprochen werden. Hier fordern die Krankenkassen einerseits weitgehende Steuerungskompetenz, während die Krankenhäuser die Länder weiterhin als Ordnungsmacht der Krankenhausversorgung beibehalten wollen. Lediglich der BDPK geht über die Position der Leistungserbringer und auch des Staa-

tes hinaus und verlangt eine stärkere marktliche Orientierung (BDPK 2007, S. 6). Freilich ist damit auch verbunden, dass die Patienten und Versicherten stärker in die Steuerung eingebunden werden und damit quasi eine eigenständige Rolle gegenüber den Krankenkassen erhalten. Zugespitzt könnte man sagen, dass der BDPK auf der Nachfragerseite die Versicherten und Patienten als „countervailing power“ zu den Krankenkassen versteht.

Alle Akteure vereint wiederum die Grundüberzeugung, dass die Krankenhausversorgung zwar über mehr Wettbewerb, aber eigentlich doch nicht über einen Markt gesteuert werden sollte, einen Markt, in dem die Krankenkassen ihren Versicherten und Patienten Optionen bieten. Dies bedeutet, dass die Krankenkassen den Patienten/Versicherten stets mehrere Optionen anbieten, die Patienten/Versicherten aber die letzte Entscheidung haben. Schließlich bedeutet dies auch, dass die Patienten/Versicherten etwaige Mehrkosten selbst tragen müssen, die entstehen, wenn sie einen Leistungserbringer aufsuchen, der nicht Vertragspartner ihrer Krankenkasse ist. Hier schimmert die Konzeption des GKV-WSG insofern durch, als auch dort den Krankenkassen für die Patientenversorgung Vertragshoheit gegeben wird.

Wettbewerb soll durch Zurückdrängung der Kollektivverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern und durch Stärkung der Individualverträge erreicht werden. Dabei ist es bei den Leistungserbringern und auch letztlich bei den Krankenkassen weitgehend unstrittig, dass nur vom Staat zugelassene Krankenhäuser in diesen Vertragswettbewerb eingebunden werden sollen.

Aus ordnungspolitischer Perspektive kann man abschließend feststellen, dass sich in der Krankenhausversorgung durch die DRGs die Entwicklungsrichtung insofern ändert, als Wettbewerb als ein Steuerungsinstrument von allen Parteien akzeptiert wird, jedoch die Interpretation, was unter Wettbewerb verstanden wird, noch weit auseinanderklafft. Eine konsequente, marktliche Steuerung wird hingegen von niemandem gefordert. Am Rande sollte noch erwähnt werden, dass die DRGs selbst voll akzeptiert und von keinem Verband mehr in Frage gestellt werden.

## 4.6 Ausblick: Kommt die Neuordnung vor 2009?

Die politische Entscheidungsfindung sieht vor, dass noch im Jahr 2007 bzw. 2008 die Neuordnung der Krankenhausversorgung vom Gesetzgeber beschlossen werden soll. Da andererseits die Regierung in dieser Zeit noch eine Reihe von wichtigen Problemfeldern abzarbeiten hat, kann hinter diesen Zeitplan durchaus ein Fragezeichen gesetzt werden. Schließlich wäre es sinnvoll, die Neuordnung der Krankenhausversorgung im Zusammenhang mit der Regelung der gesamten Gesundheitsversorgung zu sehen, statt eine isolierte Reform anzusetzen. Da andererseits auch die Positionen noch längst nicht ausdiskutiert sind, ist eher zu erwarten, dass die Politik mit dem Ende der Konvergenzphase lediglich eine Minimallösung verabschiedet, indem sie als eine Art Übergangslösung die derzeitigen Regelungen verlängert und eine weiterreichende, grundlegendere Reform in die nächste Legislaturperiode verlagert (Neubauer 2004, S. 118). Schließlich ist eine weitere Gesundheitsreform für 2011 zu erwarten, die insbesondere die Finanzierungsgrund-

lagen zum Thema haben wird. Und da ein zentraler Punkt einer Krankenhausreform die Neuordnung der Finanzierung, insbesondere der Investitionsfinanzierung sein wird, würde sich dieser Schwerpunkt in eine Finanzierungsreform der GKV insgesamt sinnvoll einfügen.

## 4

## 4.7 Literatur

- Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK). Mehr unternehmerische Freiheit – Krankenhäuser schrittweise entfesseln. Eckpunkte zur Gestaltung des Ordnungspolitischen Rahmens für Krankenhäuser nach dem Ende der Konvergenzphase. Berlin 2007.
- Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK). Geschäftsbericht 2005/2006. Berlin 2006.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG). Konzept für die Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens ab dem Jahr 2009. Berlin 2007.
- Deutscher Landkreistag. Künftige Rolle der Kreise in der Krankenhausversorgung. Beschluss des Präsidiums vom 10./11.05.2007. Berlin 2007.
- Deutscher Landkreistag. Geschäftsbericht des Deutschen Landkreistages 2004/2005. Schriften des Deutschen Landkreistages. Band 55 der Veröffentlichungen des Vereins für Geschichte der Deutschen Landkreise e.V. Berlin 2005.
- Deutsches Ärzteblatt. Krankenhäuser: Mehr Freiheit durch Investitionszuschläge. Deutsches Ärzteblatt 2007; 18: 12–3.
- f&w. Pro oder Kontra Festpreissystem. f&w 2007; 4: 392–5.
- Henke R. Zur Sache: Geld bleibt knapp. Marburger Bund Zeitung 17/2004. Berlin 2004.
- Leber WD, Malzahn J, Wolff J. Elektiv statt selektiv. Ein Vorschlag für einen nach Krankenhausleistungen differenzierten Ordnungsrahmen ab 2009. Award Krankenhausfinanzierung 2009 B. Braun Stiftung 2007.
- Marburger Bund. Sicherstellung der Krankenhausversorgung soll öffentliche Aufgabe der Daseinsfürsorge bleiben. Pressemitteilung, Berlin, 8. März 2007; Nr. 12/07. Berlin 2007a.
- Marburger Bund. Stellungnahme des Marburger Bund Bundesverbandes zum Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und SPD (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG). BT-Drucksache 16/3100. Berlin 2007b.
- Neubauer G. Krankenhausvergütung 2009; Fest- oder Wettbewerbspreise? Der Wettbewerb ist unteilbar. f&w 2006; 4: 380–4.
- Neubauer G. Zur ökonomischen Steuerung der Krankenhausversorgung unter DRG-Fallpauschalen. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2003, Schwerpunkt: G-DRGs im Jahre 1. Stuttgart: Schattauer 2004; 101–19.
- Patt J. Stellungnahme des Verbandes der privaten Krankenversicherung zur Ordnungspolitischen Neuausrichtung nach Ende der Konvergenzphase. Köln, 12.06.2007.
- Tuschen KH, Rau F. Wettbewerb ist kein Selbstzweck. f&w 2007; 4: 386–92.
- Tuschen KH. Entgeltsysteme nach der Konvergenzphase. Vortrag anlässlich des 14. Deutschen Krankenhaus-Controller-Tages des DVKC e.V. Berlin, 30.03.2007.
- VdAK; AEV. Inhalte und Ziele eines Ersatzkassen-Krankenhausstrategie für die Zeit nach der Konvergenzphase. Siegburg, 21.03.2007.
- VdAK; AEV. Stellungnahme der Ersatzkassen zu den gesundheits- und pflegepolitischen Vorhaben der Regierungskoalition. Siegburg 2006.
- VdAK; AEV. Formulierungshilfe für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen zur Modernisierung des Gesundheitssystems (GMG). Siegburg, 2. Juni 2003.
- Verband der Krankenhausdirektoren (VDK). Positionspapier des VKD zum ordnungspolitischen Rahmen 2010 – Entwurf. Berlin, 15. Mai 2007.
80. Gesundheitsministerkonferenz 2007. Sonderkonferenz. Stuttgart, 8. März 2007.