

Dr. Roland Laufer/Detlev Heins/Dr. Markus Wörz/Dr. Sabine Meissner/Frank Derix/Anja Georgi/
Stefan Koerdts/Dr. Michael Mörsch/Dr. Christian Jaeger

Selektiv statt kollektiv? Warum Selektivverträge dem Gesundheitssystem nicht helfen

Immer wieder wird, besonders von Seiten der Krankenkassen, gefordert, das Kollektivvertragssystem zugunsten von Selektivverträgen zumindest zu erweitern. Derzeit bezieht sich die Forderung – noch – auf wie auch immer abzugrenzende elektive Leistungen. Begründet werden diese Vorstöße in Richtung selektiver Kontrahierungsmöglichkeiten damit, durch einen verschärften Preis- und Leistungswettbewerb Effizienzpotenziale in den Kliniken zu heben. Außer Acht gelassen wird dabei, dass mit der Einführung des DRG-Systems bereits ein dezidiert wettbewerbliches System im Krankenhaussektor realisiert wurde. Diskutiert werden im Kontext mit Selektivverträgen fast ausschließlich vermeintliche Preissenkungspotenziale. Qualitätsaspekte bleiben nahezu immer außen vor. Auch die grundgesetzlich verankerte Daseinsvorsorge und deren Sicherstellung in einem selektivvertraglichen System sind kein Gegenstand der Diskussion.

Qualitäts- und Leistungswettbewerb sind bereits in der aktuellen Vertrags- und Vergütungssystematik verankert

Begleitend mit der Umstellung auf ein leistungsorientiertes Entgeltsystem auf der Basis von DRGs mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 wurde die Qualitätssicherung im stationären Sektor systematisch ausgebaut. Das DRG-System selbst beinhaltet umfassende Anreize zu wirtschaftlichem Handeln und hohen Standards in der Behandlungsqualität. Liegezeiten innerhalb der mittleren Verweildauer, geringe Wiedereinweisungsquoten und geringe Fehlerquoten bei definierten Fallpauschalen sind Beispiele für systemimmanente Qualitätsanreize. Darüber hinaus haben sich die Krankenhäuser verpflichtet, qualitätsbezogene Daten an die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung und das AQUA-Institut (bis 2009 an die BQS) zu übermitteln. Die Auswertungsergebnisse werden an die Krankenhäuser zurückgemeldet, sodass sie ihre Qualitätsindikatoren in Relation zu den anderen Häusern sehen und ihre Leistungen in Relation zu den anderen Krankenhäusern einschätzen können. Neben dieser Form der Qualitätssicherung werden seit 2004 standardisierte, strukturierte Qualitätsberichte für jedes Krankenhaus veröffentlicht. Während in den ersten Berichten Strukturdaten wie die Anzahl und die Qualifikation des medizinischen und pflegerischen Personals und die apparative Ausstattung des Hauses überwogen, werden die Berichte seit 2006 um Indikatoren der Prozess- und Ergebnisqualität erweitert. Damit sind die Qualitätsberichte als mögliche Informations- und Entscheidungshilfen ein wichtiger Schritt hin zu Qualitätsaspekten im Wettbewerb sowohl für Versicherte und Patienten als auch für niedergelassene Ärzte und Krankenkassen. Sie ermöglichen eine gezieltere

Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen (Schlemm/Scriba 2004).

Der Leistungswettbewerb ist ein originärer Bestandteil des DRG-Systems. Basierend auf der von dem amerikanischen Ökonomen Andrei Shleifer entwickelten Theorie des Yardstick-Wettbewerbs (*Yardstick Competition* – Shleifer 1985) tarieren sich Angebot und Preis dabei nicht durch die Mechanismen des freien Marktes aus, weil dies gesellschaftlich aufgrund des besonderen Charakters des Gutes Gesundheit nicht gewünscht ist. Vielmehr wird ein Yardstick entwickelt, der als Maßstab für die Höhe der Vergütung unabhängig von den Kosten des einzelnen Anbieters dient. Dieser Maßstab orientiert sich an der Höhe der durchschnittlich anfallenden Kosten aller Unternehmen der jeweiligen Branche. Damit hängt der wirtschaftliche Erfolg eines Leistungserbringers von seinen Kosten- und Leistungsstrukturen in Relation zu den anderen Leistungserbringern ab. Mit diesem Maßstab werden somit beständig Anreize zu einer Steigerung der Effizienz gesetzt: Wenn die Kosten eines Krankenhauses unterhalb der durchschnittlichen Kosten liegen, wird ein Überschuss erwirtschaftet, im umgekehrten Fall entsteht ein Verlust, der durch den Krankenhauträger in irgendeiner Form ausgeglichen werden muss. Erfolgt dies nicht, so drohen Überschuldung, Zahlungsunfähigkeit, Insolvenz und die Schließung des Krankenhauses (Lüngen 2010: 146, Tiemann et al. 2010: 64).

Das Ziel des Gesetzgebers, durch das DRG-System Leistungswettbewerb im Krankenhaussektor zu initiieren, kann damit als erreicht angesehen werden. Patientenwanderungen, aber auch Fusionen und Kooperationen sind Manifestationen dieses Wettbewerbs. Begleitet wird der Strukturwandel durch eine Reduktion der Kapazitäten. So ist die Zahl der Krankenhäuser von 2004 bis 2009 um 86 auf 2 080 zu-

rückgegangen, die Zahl der Betten sank in diesem Zeitraum um 8 000. Parallel zu dieser Entwicklung haben sich die Liegezeiten von durchschnittlich 8,7 Tagen auf 8,1 Tage verkürzt (Statistisches Bundesamt 2010 a, 2010 b). Leistungs- und Qualitätswettbewerb sind im deutschen Gesundheitssystem also durchaus auch ohne selektivvertragliche Vertragsbedingungen Realität.

Verschärft werden die Anreize der Krankenhäuser, sparsam zu wirtschaften, durch von den Krankenhäusern nicht beeinflussbare Rahmenbedingungen wie die Unterfinanzierung der Investitionen angesichts einer Investitionslücke von mindestens 2,7 Mrd. € p.a. und den immer deutlicher werdenden Personalmangel.

Begründet werden Forderungen nach Selektivverträgen üblicherweise mit Effizienzgewinnen, die von den Krankenhäusern an die Krankenkassen weitergegeben werden könnten. Ein solches Vorgehen steht im Widerspruch zum bestehenden Verfahren. Wie dargelegt, obliegt die Kalkulation der Durchschnittskosten dem von den Selbstverwaltungspartnern getragenen Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Selektive Verträge würden dieses mittlerweile gut etablierte Verfahren der Kostenkalkulation unterlaufen. Das bestehende System der Kostenkalkulation im stationären Sektor lässt keinen Raum für Rabatte, vielmehr würden selektive Verträge unweigerlich den gegenwärtigen Wettbewerbsrahmen aushebeln und zu Risikoselektion und Unterversorgung führen. Positive Deckungsbeiträge werden zur Verbesserung der Behandlungsqualität eingesetzt. Ihr Abschöpfen wäre systemfremd, würde es doch den Anreiz nehmen, überhaupt Überschüsse zu erzielen.

Zudem besteht die große Gefahr, dass die Versorgungsqualität unter selektiven Verträgen leidet. So wurde in einer Studie (Shen 2003) in den USA gezeigt, dass sich unter anderem infolge von Preisdruck die Behandlungsqualität in Krankenhäusern verschlechterte, was die Autorin der Studie dazu bewog, für ein Festpreissystem einzutreten (Lüngen 2010: 147). Mit guten Gründen wurden im englischen Nationalen Gesundheitsdienst (National Health Service, NHS) als Voraussetzung für das dortige Fallpauschalensystem Payment by Result (PbR) feste Preise bestimmt. Ein Preiswettbewerb wurde ausdrücklich ausgeschlossen (Lüngen 2010: 147). Es überrascht nicht, dass neuere Entwicklungen in der Gesundheitsökonomie davon ausgehen, dass Vergütungsformeln so ausgestaltet sein müssen, dass sie „legitime“ Kostenvariationen erlauben, das heißt solche, die sich dem Einfluss des Krankenhausmanagements entziehen und damit keine Anreize zur Unterversorgung oder Qualitätsminderung setzen (Street et al. 2010: 1). Ein Festpreissystem garantiert, dass der Wettbewerb über die Qualität und nicht über den Preis stattfindet.

Selektivverträge zielen auf Preisdumping, nicht auf patientenorientierten medizinischen Qualitätswettbewerb

Mit der Forderung nach selektivvertraglichem Kontrahieren sind drei zentrale Probleme verbunden. Zum einen gibt es keinen Konsens darüber, was elektive Leistungen sind und wie sie

von nichtelektiven Leistungen abzugrenzen sind. Zum anderen durchbrechen Selektiv- und Rabattverträge die Systematik der Durchschnittskostenkalkulation des DRG-Systems. Systemfremd wäre auch, das gegenwärtige System der Erlösfindung massiv durch bilaterale Verhandlungsergebnisse über Preise und Leistungen zu ersetzen. Wie in diesem System Risikoselektion vermieden und die Versorgungsqualität gesichert werden soll, ist derzeit ebenfalls nicht ersichtlich. Schließlich ist derzeit völlig offen, wie die grundgesetzlich verankerte Daseinsvorsorge in einem selektivvertraglichen System flächendeckend sichergestellt werden soll. Ergänzend sind die kartellrechtlichen Rahmenbedingungen für Krankenkassen und Krankenhäuser derzeit so unterschiedlich geregelt, dass sich keine gleichberechtigten Marktpartner in Verhandlungen gegenüberstellen würden: Seit 1991 ist die Zahl der Kassen von über 1 200 auf heute 117 für jeden Bürger geöffnete Krankenkassen gesunken. Die drei größten, die Allgemeinen Ortskrankenkassen, die Barmer GEK und die Techniker Krankenkasse verfügen über einen Marktanteil von über 50 Prozent. Im Gegensatz dazu kommen die drei größten Krankenhausbetreiber auf lediglich 10 Prozent des Marktes. Schon jetzt wurden weitere Krankenhauskonzentrationsprozesse durch das Kartellamt untersagt bzw. durch das auf die Krankenhäuser Anwendung findende Kartellrecht erschwert (Pföhler 2010).

Preisbildung im DRG-System

Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22. Dezember 1999 legte der Gesetzgeber für alle somatischen Akutkrankenhäuser den Grundstein zur Einführung eines leistungsorientierten und pauschalierenden DRG-Vergütungssystems, das erstmals im Jahr 2003 auf freiwilliger Basis von den Krankenhäusern angewendet werden konnte. Keine Berücksichtigung findet das DRG-System für Einrichtungen der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin. Einige der Hauptbeweggründe zur Einführung dieses Systems waren:¹⁾

- Erhöhung der Transparenz und der Wirtschaftlichkeit,
- Verkürzung der Verweildauern,
- bedarfsgerechterer und effizienterer Einsatz der Ressourcen,
- Steigerung des Wettbewerbs,
- Verbesserung der Qualität.

Ein weiteres wichtiges Ziel war die Einführung einer leistungsorientierten Vergütung, die oft auch unter den Schlagworten „das Geld soll den Leistungen folgen“ oder „gleicher Preis für gleiche Leistung“ firmierte. Kritisch wurde im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens vor allem die Frage diskutiert, inwieweit ein einheitliches Preisniveau auf der Bundes- bzw. auf der Landesebene anzustreben ist. Als Lösung sah das Fallpauschalengesetz (FPG) vom 23. April 2002 nach der budgetneutralen Einführung des DRG-Systems in den Jahren 2003 und 2004 die Einführung einer Konvergenzphase vor, über welche die Angleichung der krankenhausesindividuellen Basisfallwerte an das landeseinheitliche Preisniveau bzw. den Landesbasisfallwert erreicht werden

sollte. Nach zweimaliger Verlängerung ist die Konvergenzphase seit dem 1. Januar 2010 abgeschlossen (siehe ► **Abbildung 1**).

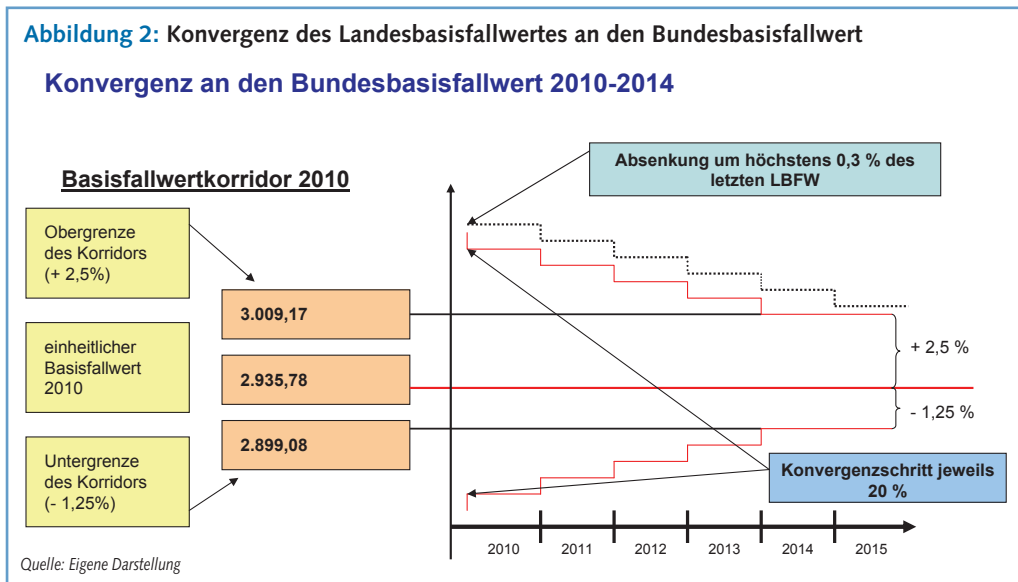
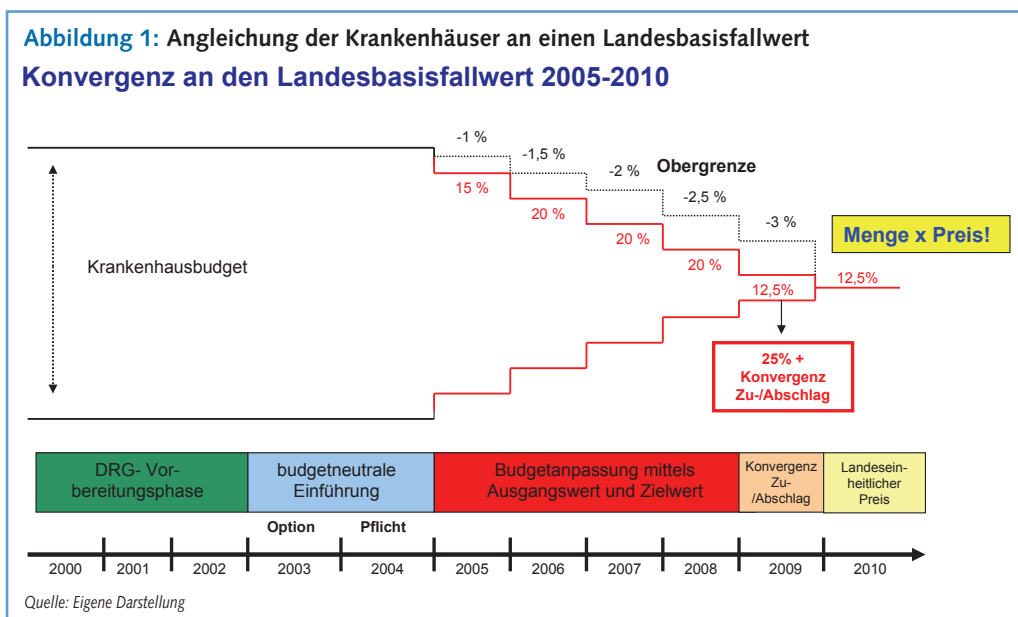
Ohne Berücksichtigung verschiedener krankenhausespezifischer Zu- und Abschläge, die an der Gesamtvergütung in der Regel einen eher geringen Anteil haben, wird daher auf der Landesebene das Prinzip des gleichen Preises für die gleiche Leistung umgesetzt. Vereinfacht dargestellt, ergibt sich der Erlös eines Krankenhauses für eine bestimmte Leistung aus der Multiplikation des Landesbasisfallwertes mit der Bewertungsrelation der jeweiligen DRG.

Aufgrund der Konvergenz und der jährlichen Anpassung des DRG-Systems durch das InEK konnte eine deutlich leistungsgerechtere Vergütung für die Krankenhäuser erzielt werden.

Nach dem Ende der Konvergenzphase hat auf der Landesebene mit dem Vereinbarungszeitraum 2010 ein weiterer Anpassungsprozess begonnen, in dem die einzelnen Landesbasisfallwerte in Richtung auf einen Bundesbasisfallwert angeglichen werden sollen.

Mit § 10 Absatz 8 KHEntgG wird vorgegeben, bis zum Jahr 2014 die Differenzen zwischen den einzelnen Landesbasisfallwerten auf einen Korridor um einen einheitlichen Bundesbasisfallwert in den Grenzen von + 2,5 Prozent und – 1,25 Prozent zu beschränken (siehe ► **Abbildung 2**). Das Ziel der Erreichung eines für alle Krankenhäuser geltenden einheitlichen Bundesbasisfallwertes als Endpunkt dieser Entwicklung will die christlich-liberale Regierungskoalition mit dem zurzeit als Entwurf vorliegenden GKV-Finanzierungsgesetz allerdings aufgeben.

Die regelgebundene und datengestützte jährliche Weiterentwicklung des G-DRG-Systems findet auf der Grundlage fall-



bezogener Kalkulationsdaten ausgewählter Krankenhäuser statt. Anhand dieser Datenbasis werden die Möglichkeiten einer sachgerechteren Abbildung bestimmter Fallkonstellationen geprüft und ggf. umgesetzt. Das Entscheidungskriterium für Veränderungen ist die Verbesserung der Homogenität der einzelnen Fallgruppen im Hinblick auf den Ressourcenverbrauch der eingeschlossenen Fälle. Die Kalkulationsmethodik orientiert sich an den Durchschnittskosten der Fälle einer DRG, ohne dass dabei die Herkunft der Fälle aus Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungsformen und Leistungsstrukturen berücksichtigt wird. Die aus der Kalkulation abgeleiteten Bewertungen der einzelnen DRGs bilden nicht die ab-

GeoCon. Generell professionell.

Sehr gute Dienstplanprogramme brauchen sehr spezielle Erfahrungen besonderer Entwickler. Denn kaum ein Bereich ist komplexer als die wirtschaftlich, juristisch sowie gesundheits- und finanzpolitisch beeinflusste Personalplanung.

Vertrauen Sie den Spezialisten.
www.geocon.de

GeoCon

Tabelle 1: Entwicklung der G-DRG-Kataloge von 2003 bis 2010

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Anzahl DRGs	664	824	878	954	1.082	1.137	1.192	1.200
- Katalog für Hauptabteilungen	642	806	845	912	1.035	1.089	1.146	1.154
- nicht bewertete vollstat. DRGs	22	18	33	40	42	43	41	41
- teilstationäre DRGs *				2	5	5	5	5

* darunter eine bewertete teilstationäre DRG

solute Vergütungshöhe ihrer Fälle ab; diese ergibt sich erst über ihre Gewichtung mit dem jeweils geltenden Landesbasisfallwert.

Die kontinuierliche Weiterentwicklung des G-DRG-Systems führte zu einer stetigen Ausdifferenzierung des Klassifikationssystems mit der Bildung neuer Fallgruppen, um spezielle Behandlungskonstellationen insbesondere mit hohem Ressourcenverbrauch abzubilden. In **► Tabelle 1** wird die Katalogentwicklung in Bezug auf die Anzahl der DRGs dargestellt.

Die Abbildungsqualität eines DRG-Systems zeigt sich an seiner Eignung zur Aufteilung des stationären Versorgungsspektrums in aufwandshomogene Fallgruppen. Die Entwicklung der Fallpauschalenkataloge seit 2003 zeichnet sich durch eine stetige Erhöhung der Homogenität innerhalb der überwiegenden Zahl der DRGs und einen Zuwachs der Differenzierung zwischen den Fallgruppen mit unterschiedlichem Behandlungsaufwand aus.

Die Vereinbarung des Landesbasisfallwerts ist – auch wenn dies im Gesetz nicht ausdrücklich erwähnt wird – als sogenanntes Zwei-Säulen-Modell²⁾ (siehe **► Abbildung 3**) angelegt. Danach verhandeln die Vertragsparteien auf der Landesebene

nach den Vorgaben des § 10 Absatz 3 KHEntgG einen sogenannten leistungsgerechten Landesbasisfallwert (Säule 1). Dem steht die sich nach § 10 Absatz 4 KHEntgG ergebende und aus dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität hergeleitete Obergrenze gegenüber (Säule 2).³⁾ Bisher wurde diese bestimmt, indem – vereinfacht dargestellt – der Landesbasisfallwert des Vorjahres um die jeweils maßgebliche Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V erhöht wurde. Zu einem noch unbestimmten Zeitpunkt soll die Ablösung der Veränderungsrate durch einen Veränderungswert erfolgen. Der Veränderungswert ist der vom Bundesministerium für Gesundheit festgelegte Anteil des Orientierungswerts für Krankenhäuser, der die Kostenstrukturen und -entwicklungen besser als die Veränderungsrate berücksichtigen soll (§ 10 Absatz 6 KHEntgG).

Liegt der verhandelte Landesbasisfallwert über der Obergrenze, wird dieser entsprechend gekappt (siehe **► Abbildung 4**). Liegt er dagegen darunter, so ist dieser Wert zu vereinbaren.

Über den vereinbarten Landesbasisfallwert und die bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen ist der Preis somit fest vorgegeben. Einfluss auf die Preisbildung hat das Krankenhaus lediglich bei den krankenhausindividuellen Entgelten nach § 6 KHEntgG und den zu verhandelnden Zu- und Abschlägen, die vielfach jedoch nur einen geringen Teil der Krankenhauserlöse umfassen. Insofern ist das als Festpreissystem konzipierte Krankenhausvergütungssystem nach dem Abschluss der Konvergenzphase im Kern umgesetzt.

Wenngleich sich die Spannweite der Landesbasisfallwerte seit der erstmaligen Ermittlung im Jahr 2005 insgesamt verringert hat, gibt es immer noch erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern bis zu einer Größenordnung von nahezu 300 € im Jahr 2010. Infolge des Angleichungsprozesses an den einheitlichen Basisfallwertkorridor dürfte die Spannweite in den kommenden Jahren jedoch weiter zurückgehen. In der

► Abbildung 5 ist die Entwicklung der Landesbasisfallwerte seit dem Jahr 2005 dargestellt. Die Abbildung lässt insbesondere für das Jahr 2009 bei den meisten Ländern einen deutlichen Sprung nach oben erkennen, der nicht zuletzt auch auf die anteilige Berücksichtigung von Tariflohnerhöhungen zurückzuführen ist (§ 10 Absatz 5 KHEntgG). Für das Jahr 2010 gilt es zu beachten, dass die auf Krankenhausebene vereinbarten Zuschläge zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen in den Landesbasisfallwert einzurechnen waren. Im Durchschnitt führte dieser Einmaleffekt zu einer Erhöhung der Landesbasisfallwerte um etwa 1 Prozent. Die dargestellten Landesbasisfallwerte berücksichtigen darüber hinaus Korrekturen aus Fehlschätzungen, die in Form einer Basisberichtigung und eines Ausgleichs wirken.

Abbildung 3: Zwei-Säulen-Modell

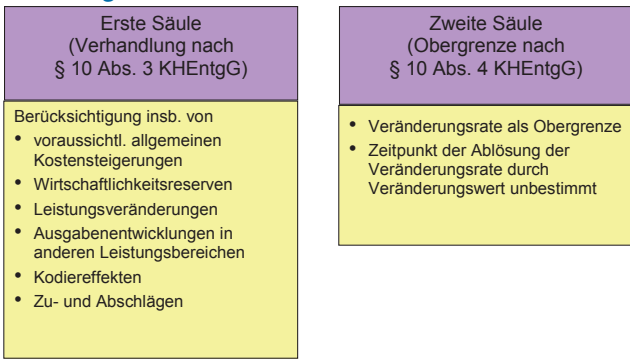


Abbildung 4: Kappung des verhandelten leistungsgerechten Landesbasisfallwerts durch die Obergrenze

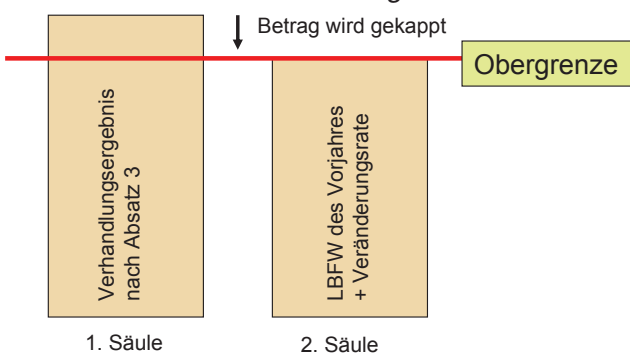
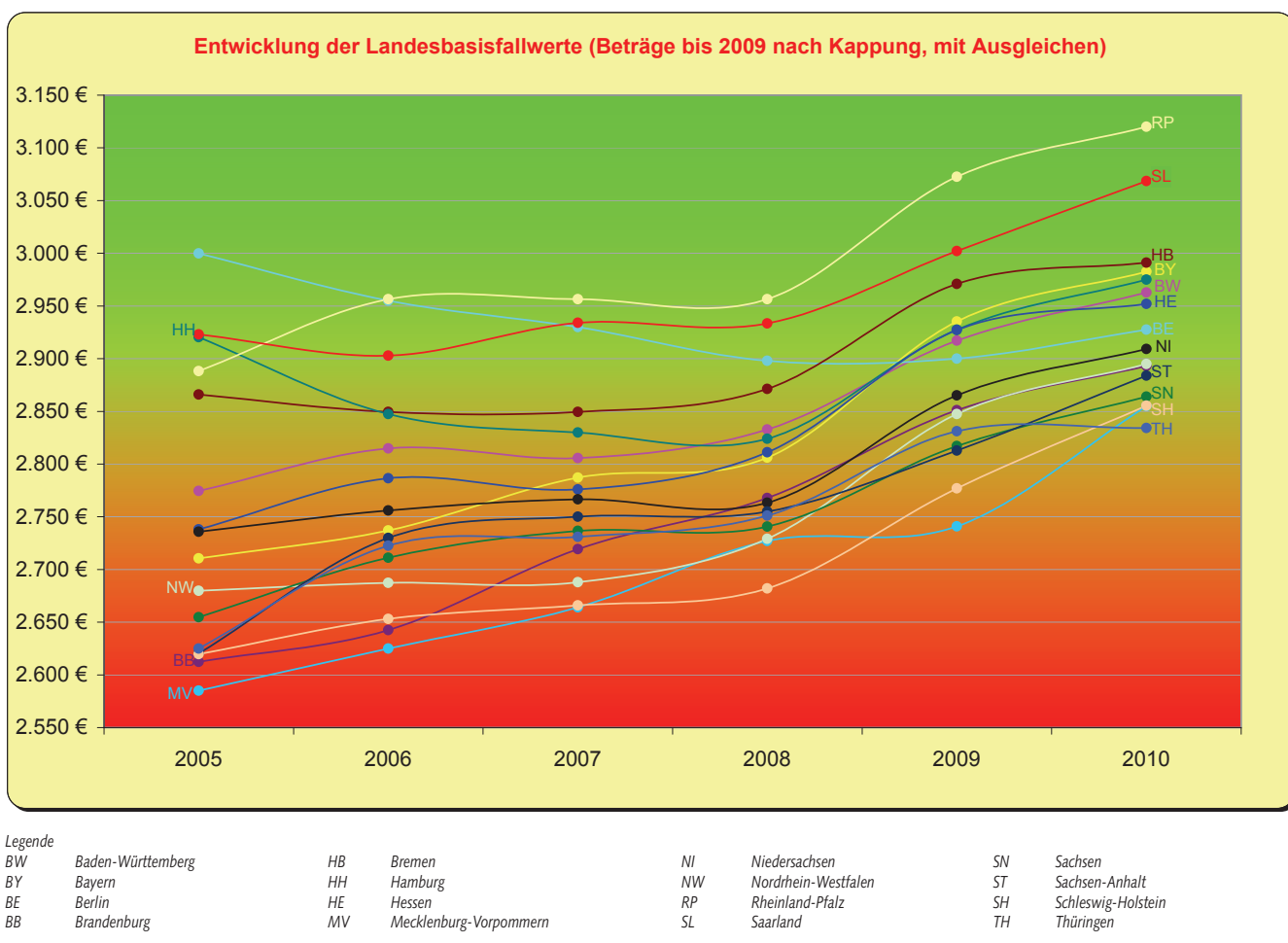


Abbildung 5: Entwicklung der Landesbasisfallwerte



Individuelle Preiskomponenten

Bei einem vollständigen Pauschalvergütungsansatz über DRG-Fallpauschalen können krankenhausesindividuelle Besonderheiten nicht berücksichtigt werden. Daher muss auch in einem DRG-Vergütungssystem mit Festpreisen immer Raum bleiben für individuelle Vergütungskomponenten. Neben den krankenhausesindividuellen Zusatzentgelten (§ 6 Absatz 1 und 2 a KHEntgG) und den Entgelten für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (§ 6 Absatz 2 KHEntgG) gehören dazu krankenhausesindividuelle Zu- und Abschläge. Während erstere nur deshalb krankenhausesindividuell zu verhandeln sind, weil sie aufgrund fehlender oder nicht ausreichender Kalkulationsdaten noch nicht bewertet werden können, sollen die Zu- und Abschläge in erster Linie Finanzierungstatbestände abdecken, die nicht in allen Krankenhäusern vorliegen.

Der Gesetzgeber gibt in diesem Zusammenhang in den § 17 a und § 17 b Absatz 1 Satz 4 und 6 KHG einige Zu- und

Abschlagstatbestände vor, die ergänzend im pauschalierenden DRG-Vergütungssystem in Betracht kommen:

- Notfallversorgung;
- besondere Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von Patienten, insbesondere die Aufgaben von Tumorzentren und geriatrischen Zentren sowie entsprechenden Schwerpunkten;
- eine zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung notwendige Vorhaltung von Leistungen, die aufgrund des geringen Versorgungsbedarfs mit den pauschalierten Entgelten nicht kostendeckend finanzierbar sind;
- Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen.

Der an dritter Stelle genannte Tatbestand „Vorhaltung von Leistungen“ unterscheidet sich grundlegend von den anderen Tatbeständen, die eher einen konkreten Aufgabenbezug beinhalten. Gleichwohl enthält auch die Notfallversorgung neben

GeoCon. Generell aktuell.

Gesundheitsreform. Pflegereform. Tarifveränderungen. Personalrechtsmodifizierungen. Software-updates ...Neue Fakten beeinflussen Ihren Arbeitsalltag

leicht mit negativen Folgen - wenn man etwas vergisst. Das kann mit uns kaum passieren. Wir versorgen Sie generell mit aktuellen Daten.

Vertrauen Sie den Spezialisten.
www.geocon.de

GeoCon

der aufgabenbezogenen Eigenschaft Elemente der Vorhaltung. An diesen Zu- und Abschlagstatbeständen zeigen sich beispielhaft die Grenzen der Pauschalierung von Vergütungstatbeständen. Gerade diese Ergänzung des Festpreissystems mit krankenhaushausindividuellen Vergütungskomponenten soll zu einer hohen Qualität der Versorgung und einer hohen Versorgungssicherheit beitragen. Insofern unterscheiden sie sich grundlegend vom Modell der Selektivverträge, von dem die Gefahr eines ruinösen Preiswettbewerbs mit einer drastischen Einschränkung der Versorgungssicherheit ausgeht.

Neben den bereits genannten systembedingten Zu- und Abschlagstatbeständen gibt es weitere Zu- und Abschläge, die insbesondere zur technischen Umsetzung gesetzlicher Vorgaben dienen (zum Beispiel Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Absatz 4 KHEntgG, Zu- oder Abschlag bei Eingliederung von besonderen Einrichtungen in das DRG-System nach § 4 Absatz 7 KHEntgG). Einige Zu- und Abschläge sollen dabei auch eine finanzielle Steuerungswirkung entfalten. Dazu gehören zum Beispiel der Zuschlag zur Förderung der Einstellung von Pflegepersonal nach § 4 Absatz 10 KHEntgG oder der im Jahr 2009 geltende und ab dem Jahr 2011 erneut vorgesehene Abschlag für Mehrleistungen nach § 4 Absatz 2 a KHEntgG.⁴⁾

Modell der Selektivverträge (mit Preisverhandlungsoption)

Wie in den vorangegangenen Abschnitten dargestellt, umfasst das deutsche DRG-System schon heute einige krankenhaushausindividuelle Vergütungskomponenten. In der politischen Diskussion um die zukünftige Ausgestaltung des DRG-Systems sind immer wieder Stimmen zu vernehmen, die eine Ausweitung dieser Komponenten oder gar eine vollständige Umstellung des derzeitigen Vergütungssystems auf ein Selektivvertragssystem mit ausschließlich krankenhaushausindividuellen Preisen zumindest für Elektivleistungen fordern. Für den Fall einer Freigabe der Preise für Krankenhausleistungen werden ein geordneter Wettbewerb, ein effizienterer Ressourceneinsatz sowie eine Verbesserung der Behandlungsqualität in Aussicht gestellt.

Die folgende Analyse der Auswirkungen, die mit der Umsetzung eines solchen Selektivvertragssystems für die Krankenhäuser, für die Qualität der medizinischen Versorgung, für die Patienten und für die Krankenkassen verbunden wären, zeigt, dass die Nachteile eines solchen Systems die allenfalls kurzfristig zu erzielenden Preisvorteile mittel- bis langfristig bei weitem übersteigen.

Auswirkungen auf die Kostensituation der Krankenhäuser

Für die Krankenhäuser würde die Umsetzung eines Selektivvertragssystems mit erheblichen negativen Effekten einhergehen. Neben den zusätzlichen Kosten infolge ihrer Teilnahme an den Leistungsausschreibungen der Krankenkassen ist dabei insbesondere auf die zusätzlich entstehenden Kosten für die Koordination der kassenindividuellen Einzelverträge hinzu-

weisen, die angesichts von über 1 000 DRGs und derzeit rund 170 Krankenkassen sowie vermutlich unterschiedlichen Laufzeiten der Verträge vermutlich beträchtlich ausfallen.

Mit einem Anstieg der Kosten ist auch deshalb zu rechnen, weil die Leistungsangebote der Krankenhäuser im Rahmen eines Selektivvertragssystems einem permanenten Wandel unterworfen werden. Dieser ist schon aufgrund des hohen Spezialisierungsgrads des Klinikpersonals und der zur Behandlung notwendigen Anlagen und Einrichtungen nicht kostenneutral zu bewerkstelligen. Ein weiterer Kostenanstieg würde mit den innerhalb eines Selektivvertragssystems deutlich stärkeren Auslastungsschwankungen der Produktionskapazitäten einhergehen.

Selektivverträge erhöhen Investitionsrisiken der Krankenhäuser und gefährden Abteilungen

In Abhängigkeit von der Vertragslaufzeit selektivvertraglicher Vereinbarungen kann die für Krankenhäuser notwendige Amortisationszeit apparativer, baulicher und anderer, auch zur Prozessoptimierung beitragender Investitionen so kurz sein, dass sie völlig unrealistisch werden. Damit würden Selektivverträge die Behandlungsqualität nicht nur nicht fördern, sondern sogar gefährden.

Gelänge es einem Krankenhaus in einem Verhandlungszyklus nicht, mit ausreichend vielen Krankenkassen Selektivverträge zu schließen, kann es passieren, dass einzelne Abteilungen nicht mehr wirtschaftlich zu führen sind. Müssten diese Abteilungen infolgedessen geschlossen werden, wäre ihre Wiedereröffnung – unter der Voraussetzung, dass in der nächsten Verhandlungsrunde ausreichend viele Verträge abgeschlossen werden können – mit erheblichen Investitionen und Rüstzeiten verbunden. Nicht nur die räumliche, apparative und materielle Ausstattung dieser Abteilung müsste vorfinanziert und in kürzester Zeit hergestellt werden. Insbesondere auch die pflegerischen und ärztlichen Mitarbeiter müssten gewonnen werden. Unter den Bedingungen eines wachsenden Fachkräftemangels ist dies eine kaum zu bewältigende Aufgabe.

Krankenhäuser sind mit einem Personalkostenanteil von über 65 Prozent weitaus personalintensivere Betriebe als zum Beispiel die Automobil- oder die Pharmaindustrie. Der damit einhergehende hohe Fixkostenanteil macht es ihnen unmöglich, kurzfristig auf notwendige Kapazitätsanpassungen – zum Beispiel resultierend aus Selektivverträgen – zu reagieren. Diese Schwankungen ziehen unter verschiedenen Gesichtspunkten negative Folgen nach sich (vergleiche dazu Schmitz 2010, Steiner/Mörsch 2009). Der Abschluss von befristeten Selektivverträgen ist kaum mit einer mehrjährigen Facharztausbildung vereinbar. Sind Krankenhäuser zum Abschluss von Selektivverträgen gezwungen, müssen sie auch Fachpersonal – und hier insbesondere Fachärzte – befristet einstellen. Unter solchen Bedingungen kann eine kontinuierliche Aus- und Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses nicht gewährleistet werden.

Über die Ausstattung hinaus müssten permanent neue Prozesse definiert, praktisch eingeübt und umgesetzt sowie in

die ggf. ebenfalls anzupassenden Strukturen integriert werden. Auch Serviceabteilungen wie Küche, Reinigungsdienst, Apotheke etc. müssten ständig nicht nur den eher kleineren Auslastungsschwankungen, sondern dem Wegfall bzw. dem (Wieder-)Aufbau ganzer Stationen angepasst werden. Diese enormen Rüstkosten würden in keinem Verhältnis zu den Einsparungen stehen, die sich die Krankenkassen von Selektivverträgen erhoffen. Darüber hinaus würden die in definierten Zyklen stattfindenden Verhandlungen erhebliche Ressourcen binden – sowohl bei den Kostenträgern als auch bei den Kliniken. Diese Entwicklung widerspricht dem Versprechen der Regierungskoalition, Bürokratiekosten im Gesundheitswesen und ganz explizit in den Krankenhäusern zu senken.

Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung

Massive Einbußen für die Qualität der Versorgung sind im Falle der Umsetzung eines Selektivvertragssystems aus verschiedenen Gründen nahezu unvermeidbar. Der einseitig auf niedrigere Preise ausgerichtete Wettbewerb erhöht den Leistungsdruck auf die Beschäftigten und verschärft die bereits heute schon im internationalen Vergleich extrem hohe Arbeitsdichte in den OPs und auf den Stationen. Erhebliche Probleme sind auch bei der Umsetzung von Qualitätssicherungsvorgaben zu erwarten. So würde etwa die Einhaltung bzw. die Koor-

dination von Mindestmengenvorgaben durch ein Einzelvertragssystem erheblich erschwert. Massiv betroffen wäre auch die Notfallversorgung, weil das für die Notfallversorgung zwingend erforderliche interdisziplinäre Know-how beim Ausfall entsprechender Elektivleistungen von den Krankenhäusern kaum noch zu gewährleisten wäre. Die fehlenden Vergütungsmechanismen zur Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie die nicht absehbaren Auswirkungen auf die Bereiche Forschung und Lehre sind weitere Nachteile von Selektivvertragssystemen.

Selektivverträge schränken Wahlfreiheit der Patienten ein

Die gegenwärtigen Rahmenbedingungen ermöglichen Patienten die freie Arztwahl. Unter bestimmten Restriktionen und ausgenommen von Spezialkliniken können Patienten das Krankenhaus, in dem sie behandelt werden möchten, selbst relativ frei wählen. Dies gilt insbesondere dort, wo sich in noch erreichbarer Nähe nicht nur ein, sondern mehrere Krankenhäuser befinden. Unter selektivvertraglichen Bedingungen würden diese Wahlfreiheit und damit insbesondere auch die politisch verstärkte geforderte Autonomie des Patienten in seinen Entscheidungen nachhaltig eingeschränkt. Die Patienten könnten sich nicht mehr an der Qualität der Krankenhäuser und an ihren eigenen Erfahrungen und Wünschen orientieren,

„Macht
gutes Essen
gesund?“



Natürlich ist eine ausgewogene Ernährung mit wertvollen Vitaminen und Nährstoffen wichtig für das Wohlbefinden. Deshalb kochen wir von **apetito** leidenschaftlich gern für Menschen, denen es schnell wieder besser gehen soll – mit „Gute-Laune-Rezepten“. Sprechen Sie mit uns! Wir sind Ihr Partner in allen Fragen rund um gesunde Ernährung und Management.

Frische Verpflegungslösungen für Kliniken.



sondern wären von dem Zustandekommen eines Selektivvertrages ihrer Krankenkassen abhängig.

Auf diese Weise werden nicht nur die Wahlfreiheit, sondern auch die Wahlmöglichkeiten für die Patienten und damit ihr Zugang zur Gesundheitsversorgung erheblich eingeschränkt. Während der EU-Gesundheitsministerrat im Juni 2010 den Weg zur freien Krankenhauswahl europaweit ein Stück weiter geöffnet hat, würde die Wahlfreiheit auf nationaler Ebene durch die Selektivverträge beschnitten. Freien Zugang zu den Krankenhäusern innerhalb Deutschlands hätten nur noch privat Versicherte und Ausländer, nicht aber GKV-Versicherte und damit 80 Prozent der Einwohner Deutschlands.

Wachsende Gruppe chronisch Kranker und multimorbider Patienten besonders eingeschränkt durch Selektivverträge

Chronisch Kranke und/oder multimorbide Patienten sind besonders stark von Versorgungsbrüchen betroffen. Diese würden durch Selektivverträge noch weiter verstärkt. Die Kontinuität der Behandlung erfährt durch wechselnde Behandlungsmöglichkeiten in den Krankenhäusern erhebliche Einschränkungen: In einem Jahr ist Krankenhaus a, im nächsten Jahr Krankenhaus b durch Selektivverträge ermächtigt, die Behandlung des bei der Krankenkasse y versicherten Patienten im Falle der Krankheit x durchzuführen. Bei einer anderen Erkrankung können es andere Krankenhäuser sein. Nicht nur für ältere und multimorbide Patienten, die zahlenmäßig noch enorm zunehmen werden, ist ein stabiles Arzt-Patienten-(Vertrauens-)Verhältnis wichtig. Komplexe Krankengeschichten bedingen einen konstanten Informationsstand, das Risiko des Informationsverlustes wächst bei häufigen Wechseln von Arzt und/oder Krankenhaus beinahe zwangsläufig an.

Selektivverträge gefährden den Sicherstellungsauftrag

Schon bei bereits existierenden Varianten des selektiven Kontrahierens wie DMPs und integrierten Versorgungsverträgen nach § 140 a ff. SGB V ist die Frage nach der Vereinbarkeit mit der Krankenhausplanung ungeklärt. Fallen diese Verträge wegen ihres geringen Umfangs kaum ins Gewicht, so ergäbe sich bei einer Umstellung zu selektiven Verträgen eine ganz andere Situation. Dann wäre es den Krankenkassen möglich, einzelne Abteilungen bzw. ganze Krankenhäuser von der Versorgung auszuschließen. De facto würde dies zur Aushöhlung der Krankenhausplanung durch die Bundesländer und ihres Sicherstellungsauftrags führen. Der Sicherstellungsauftrag würde für die selektiven Leistungen an die Krankenkassen abgetreten. Die Stelle des vom jeweiligen Bundesland wahrgenommenen Sicherstellungsauftrags übernahmen 163 Sicherstellungsaufträge (entsprechend den 163 gesetzlichen Krankenkassen, Stand: 1. Juli 2010). Offen bleibt die Frage, welcher Sicherstellungsauftrag dann für Versicherte gilt, deren Krankenkassen keine selektiven Verträge für elektive Leistungen abgeschlos-

sen haben bzw. aus Kapazitätsgründen dazu gar nicht in der Lage sind, und wie eine flächendeckende, allen Versicherten und Patienten zugängliche Versorgung gewährleistet werden soll. Dass variable Preise nicht frei von Nebenwirkungen sind, zeichnet sich schon im Status quo ab, auf aktuelle Entwicklungen dazu wird im Weiteren eingegangen.

Preisdifferenzierung durch Vergütungsabschläge – aktuelle Entwicklung

Der Kabinettsentwurf des GKV-Finanzierungsgesetzes vom 22. September 2010 sieht für vereinbarte Mehrleistungen eines Krankenhauses im Jahr 2011 einen Abschlag von 30 Prozent vor. Ausgenommen von dieser Regelung sind Entgelte mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln. Der Vergütungsabschlag ist über einen einheitlichen Abschlag auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergütete Leistungen umzusetzen.

Je nach Umfang der vereinbarten Mehrleistungen mit einem Sachkostenanteil von weniger als zwei Dritteln und abhängig von den über den Landesbasisfallwert im restlichen Vereinbarungszeitraum insgesamt zu vergütenden Leistungen, ergeben sich unterschiedliche Abschlagsbeträge auf die allgemeinen Behandlungsleistungen der einzelnen Krankenhäuser. Im Ergebnis weichen die „Preise“ der Krankenhäuser für die gleiche Leistung durch die Gesetzesänderung verstärkt voneinander ab. Dem mit der Einführung des DRG-Systems angestrebten Ziel einer leistungsgerechten und einheitlichen Vergütung wirkt diese Abschlagsregelung für vereinbarte Mehrleistungen somit entgegen.

Diese Tendenz wird ab 2012 noch verstärkt durch die im Referentenentwurf gemäß § 4 Absatz 2 a Satz 2 KHEntG vorgesehene Vereinbarung der Abschlagshöhe durch die Vertragspartner. Da unterschiedlich hoch vereinbarte Abschlagsquoten zu erwarten sind, verstärken sich die Verwerfungen zwischen den Preisen der Krankenhäuser.

Schon 2009 bestand für die Vertragspartner die gesetzliche Forderung, Abschlagsquoten für zusätzlich vereinbarte Leistungen zu vereinbaren. Die Verhandlungen beinhalteten bereits damals ein hohes Konfliktpotenzial und wurden zudem von strategischen Überlegungen der Kostenträger beeinflusst.

Die 2009 vereinbarten Abschläge zeigen eine starke Streuung von knapp 10 Prozent bis zu 65 Prozent. Auch innerhalb der Bundesländer weichen die vereinbarten Werte deutlich voneinander ab. Auch die ab 2012 zu verhandelnden Abschläge lassen große Unterschiede und damit auch tendenziell verstärkte Preisunterschiede zwischen den Krankenhäusern erwarten. Der offensichtlich äußerst unterschiedliche Umgang mit Mehrleistungsabschlägen verdeutlicht zudem das implizite Konfliktpotenzial. Die von Schiedsstellen festgelegten Abschlagsquoten bewegen sich zwischen 10 Prozent und 30 Prozent.

In den bisherigen Gesetzesentwürfen wird die Geltungsdauer von vereinbarten Mehrleistungsabschlägen auf ein Jahr begrenzt. In den folgenden Jahren werden die zusätzlich ver-

Hospital Management Konferenz des Deutschen Krankenhausinstituts
in Kooperation mit der Zeitschrift „das Krankenhaus“ und dem Verlag W. Kohlhammer:

Brennpunkt: Gesundheitsreform 2011

Was kommt ab 1. Januar 2011 auf die Krankenhäuser zu?

am 6. Dezember 2010 in Hannover

Nach dem derzeitigen Stand des GKV-Finanzierungsgesetzes (GKV-FinG) ist mit **deutlichen Kürzungen im Krankenhausbereich** zu rechnen, die bis zuletzt zwischen der DKG und dem Bundesgesundheitsministerium heftig umstritten waren bzw. sind. Der Zeitplan des GKV-FinG sieht das Inkrafttreten am 1. Januar 2011 vor. Anfang Dezember 2010 sind die letzten Beratungen, unter anderem im Bundesrat, vorgesehen.

Informieren Sie sich auf dieser hochaktuellen Konferenz, worauf sich die Krankenhäuser ab 2011 konkret einstellen müssen.

Ihr Nutzen:

Experten des GKV-Spitzenverbands, der DKG, aus der Krankenhauspraxis sowie ggf. aus dem Bundesministerium für Gesundheit vermitteln Ihnen aktuell und praxisnah die Inhalte der GKV-Finanzierungsgesetzes und ihre Bewertungen des Gesetzgebungsverfahrens. Aus der Sicht der Krankenhäuser wird der aktuelle Handlungsbedarf analysiert und diskutiert. Im Nachmittagsteil der Veranstaltung stehen praktische Umsetzungsempfehlungen für die Budgetverhandlungen und strategische Herausforderungen der Krankenhäuser ab dem Jahr 2011 im Zentrum.

Sie haben während der Veranstaltung ausreichend Zeit zur ausführlichen Diskussion mit den Referenten und Teilnehmern.

Zielgruppe:

Vertreter von Krankenhäusern und Krankenhausträgern, insbesondere Geschäftsführer, Verwaltungsdirektoren, kaufmännische und ärztliche Leiter, sowie Vertreter von Krankenkassen und sonstige interessierte Vertreter aus dem Krankenhaus- und dem Gesundheitswesen

Termin: **6. Dezember 2010**, 9.30 Uhr bis 17.00 Uhr, **HMK-Nr.: 2108**

Ort: **Hannover**, Holiday Inn Hannover Airport

Gebühr: **525,00 Euro** zzgl. MwSt.
(inkl. Seminarordner, PDF-Dateien, Mittagessen, Getränke)

Moderation:

Peter Ossen

Dipl.-Volkswirt, Chefredakteur der Zeitschrift „das Krankenhaus“, Düsseldorf
Dr. med. Dipl.-Betriebswirt Udo Janßen, MBA
Vorstand, Deutsches Krankenhausinstitut Düsseldorf

9.30 – 9.40 Uhr

Begrüßung

9.40 – 10.25 Uhr

Gesundheitsreform 2011: Aktuelle Informationen des Bundesministeriums für Gesundheit (Arbeitstitel) NN (angefragt)

Bundesministerium für Gesundheit, Bonn/Berlin

10.25 – 11.10 Uhr

Gesundheitsreform 2011: Bewertung und Erwartungen aus der Sicht der Krankenkassen Dr. Wulf-Dietrich Leber

Abteilung Krankenhäuser, GKV-Spitzenverband, Berlin

11.10 – 11.30 Uhr

Pause

11.30 – 12.15 Uhr

Gesundheitsreform 2011: Bewertung und Auswirkungen aus Sicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft Dr. med. Roland Laufer

Dipl.-Volkswirt, Geschäftsführer, Dezernat II, Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V., Berlin

12.15 – 13.00 Uhr

Gesundheitsreform 2011: Maßnahmenplan aus Sicht eines Krankenhauspraktikers Norbert Jurczyk

Geschäftsführer, Heidekreis-Klinikum GmbH, Walsrode

13.00 – 13.15 Uhr

Diskussion mit den Referenten des Vormittags

13.15 – 14.15 Uhr

Mittagessen

Entgeltverhandlungen und strategische Herausforderungen ab 2011

14.15 – 15.30 Uhr

Entgeltverhandlungen 2011

Martin Heumann

Dipl. Betriebswirt (FH), Geschäftsführer, Krankenhauszweckverband Köln, Bonn und Region, Köln

15.30 – 15.50 Uhr

Pause

15.50 – 16.35 Uhr

Strategische Optionen für Krankenhäuser in den Jahren ab 2011

Dr. Josef Düllings

Hauptgeschäftsführer, St. Vincenz-Krankenhaus GmbH, Paderborn

16.35 – 17.00 Uhr

Resümee der Veranstaltung, Abschlussdiskussion und Verabschiedung

Das ausführliche Programm finden Sie unter www.daskrankenhaus.de oder www.dki.de.

Anmeldung und Information unter Anerkennung der Teilnahme- und Zahlungsbedingungen

Deutsches Krankenhausinstitut GmbH · Hansaallee 201 · 40549 Düsseldorf
Tel. 02 11/470 51-16 · Fax 02 11/470 51-19 · www.dki.de

Ja, ich möchte mich anmelden!

Titel, Name, Vorname	Abteilung, Position
Straße	Krankenhaus, Dienststelle
PLZ, Wohnort	Telefon, Fax
Datum/Stempel	Rechtsverbindliche Unterschrift

einbarten Leistungen zu 100 Prozent finanziert. Wäre diese zeitliche Begrenzung nicht gegeben, könnten sich Abschläge über mehrere Vereinbarungszeiträume hinweg kumulieren mit der Folge sich tendenziell immer weiter auseinander entwickelnder Preise.

Die schleichende Aufweichung der einheitlichen DRG-Preise oder gar die vollständige Freigabe von Preisverhandlungen würde zu „individuellen“ Preisen der Krankenhäuser führen. Gleiche Leistungen würden nicht mehr mit gleichen Preisen bewertet und vergütet, so wie es mit dem DRG-System nach einer langen Konvergenzphase im Grundsatz und zumindest auf der Landesebene erstmalig 2010 erreicht wurde.

Zusammenfassung

Festzuhalten bleibt, dass die Umsetzung eines Selektivvertragssystems mit erheblichen Gefahren für die Gesamteffizienz des Versorgungssystems verbunden wäre. Dies gilt nicht zuletzt für die nach wie vor flächendeckend zu planende und vorzuhaltende Notfallversorgung. Die für einzelne Krankenhausleistungen unter Umständen kurzfristig erzielbaren Preisvorteile würden die dargestellten negativen Effekte keinesfalls kompensieren können.

Mit detaillierten gesetzlichen Regulierungen (zum Beispiel zur Anzahl und Art der von den Krankenkassen in den Versorgungsregionen zu kontrahierenden Leistungen) ließen sich einige der zuvor skizzierten Risiken und Probleme ggf. abmildern. Allerdings ergeben sich hier neue Fragen hinsichtlich der sachgerechten Auswahl und Definition von Leistungsbereichen, zum Beispiel bei der Abgrenzung von elektiven Leistungen und Notfällen. Der mit nahezu planwirtschaftlichen Vorgaben verbundene bürokratische Aufwand würde die vermeintlichen Vorteile des Einzelvertragssystems schnell übersteigen.

Niemand sollte sich von den vermeintlichen Verheißungen eines auf Preissenkungen fokussierten Selektivvertragssystems blenden lassen. Rabattmechanismen und ruinöser Preiswettbewerb haben im Gesundheitswesen nichts zu suchen. Sie richten enormen Schaden an, auch und gerade unter dem Eindruck von notwendigen Diskussionen über die Verlässlichkeit, die Qualität und Sicherheit in der Patientenversorgung. Gravierende Verwerfungen in der Versorgung der Patienten könnten die Folge sein. Früher oder später würden enorme Mittel notwendig, um die Fehlsteuerung rückgängig zu machen.

Eines der zentralen Ziele des DRG-Systems war der Grundsatz „Gleiche Vergütung für gleiche Leistung“. Die damit angestrebte Vergütungsgerechtigkeit stellt einen wesentlichen Baustein in der Entwicklung des Krankenhaussektors hin zu mehr Transparenz, Qualität und Wirtschaftlichkeit dar.

Das DRG-System bietet neben den Fallpauschalen ein umfangreiches Instrumentarium an Zusatzentgelten, Zu- und Abschlägen, um besonderen Gegebenheiten Rechnung zu tragen. Durch verhandelbare Abschlagsquoten findet bereits eine schleichende Aufweichung des Prinzips „gleicher Preis für

gleiche Leistung“ statt. Vom Grundsatz her jedoch werden gleiche Leistungen in den Ländern einheitlich vergütet. Nach § 10 Absatz 8 KHEntgG werden die auf der Landesebene noch unterschiedlichen Basisfallwerte („Preise auf Landesebene“) ab 2010 bis voraussichtlich 2014 bis auf einen festgelegten Korridor um den einheitlichen Basisfallwert angeglichen.

Wenn von den sachgerecht kalkulierten, einheitlichen Preisen zugunsten von Selektivverträgen oder anderen Preisverhandlungsformen abgewichen wird, ergeben sich weitreichende negative Konsequenzen. Ein Preiswettbewerb bei den Krankenhausleistungen in einem im volkswirtschaftlichen Sinn unvollkommenen, von Informationsdefiziten und Reglementierungen geprägten Markt kann keine sachgerechten Preise hervorbringen. Vielmehr steht zu befürchten, dass die Marktmacht einzelner Krankenkassen auf die Preisfindung einen bestimmenden Einfluss ausüben würde.

Einem eher kurzfristigen Einspareffekt durch verminderte Preise stehen wesentliche Nachteile gegenüber. Neben erhöhten Verwaltungs- und Ausschreibungskosten für eine Vielzahl von Leistungen und Vertragspartnern führt die Vergabe oder Ablehnung von Einzelverträgen zu erhöhter Planungsunsicherheit, zeitweisen oder dauerhaften Auslastungsschwankungen bzw. völligem Wegbrechen einzelner Leistungskomplexe oder Fachbereiche. Als Folge müsste mit Einbußen in der Qualität, in der Notfallversorgung und in der Aus- und Weiterbildung der Ärzte gerechnet werden. Letztlich wären bei selektiven Verträgen auch Einschränkungen in der Wahlfreiheit des Patienten nicht zu vermeiden. Der zurzeit dominierende Qualitätswettbewerb könnte zugunsten eines scharfen Preiswettbewerbs in den Hintergrund gedrängt werden.

Keine weiteren Experimente mit der Krankenhausversorgung

Die Einführung des DRG-Systems wurde mit dem 1. Januar 2010 vorerst abgeschlossen. Es kann nun seine volle Wirksamkeit entfalten. Mit dem G-DRG-System ist für die Vergütung des stationären Sektors ein großer Wurf gelungen, der mittlerweile sogar anderen Ländern als Vorbild dient. Es wäre mit erheblichen Risiken verbunden, nun eine zusätzliche, mit dem DRG-System im Grundsatz inkompatible Komponente einzufügen. Zudem: Weder im internationalen Vergleich noch durch sonstige Studien lässt sich eine Überlegenheit von selektivvertraglichen gegenüber kollektivvertraglichen Regelungsmustern zeigen. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen stellt hierzu in seinem jüngsten Gutachten fest:

„Eine Beurteilung der Leistungsfähigkeit der selektiven Vertragsgestaltung im Vergleich zur kollektiven sieht sich unter anderem mit dem Problem konfrontiert, dass es hierzu bisher weder für Deutschland noch international eine belastbare empirische Informationsbasis gibt.“ (SVR 2009, Seite 401)

Anmerkungen

- 1) Deutscher Bundestag, Entwurf eines Gesetzes zur Einführung des diagnoseorientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG), BT-Drucksache 14/6893 vom 11. September 2001.

- 2) Oftmals auch als „Zwei-Säulen-Theorie“ oder „Zwei-Säulen-Variante“ bezeichnet.
- 3) Siehe auch Tuschen/Trefz: Kommentar zum Krankenhausentgeltgesetz, 2. Auflage 2010, Seite 315.
- 4) Vergleiche Kabinettsentwurf zum GKV-Finanzierungsgesetz vom 22. September 2010.

Literatur

Cobbers, B. (2006): Selektives Kontrahieren in der akut-stationären Versorgung. Möglichkeiten, Probleme und Grenzen, Baden Baden.

Folland, S.; Goodman, A.C.; Stano, M. (2004): The Economics of Health and Health Care. Pearson. Prentice Hall

G-BA (2009): Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Absatz 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Qb-R). in der Neufassung vom 19. März 2009

Lüngen, M. (2010): Vergütung medizinischer Leistungen und ihre Anreizwirkungen auf Qualität und Zugang. In Lauterbach, Karl W.; Lüngen, M.; Schrappe, M.: Gesundheitsökonomie, Management und Evidence-based Medicine. Schattauer Stuttgart

Monopolkommission (2010): Mehr Wettbewerb, wenig Ausnahmen. Achtzehntes Hauptgutachten der Monopolkommission, Bonn

Pföhler, W. (2010): Handlungsbedarf: Fusionskontrolle behindert Strukturwandel der Krankenhäuser, in das Krankenhaus 102. Jg., H. 9, 823

Rau, F. (2009): Regelungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in das Krankenhaus 101. Jg., H. 3, Seite 198–208

Schlemm, S.; Scriba, P. C. (2004): Leistungsberichte als „Patientenwegweiser“, in: Deutsches Ärzteblatt Jg. 101, Heft 8, A484–A486

Shleifer, A. (1985): A theory of yardstick competition. In Rand Journal of Economics. 16. Jg. Nr. 3, Seite 319 ff.

Shen, Yu-Chu, (2003): The effect of financial pressure on the quality of care in hospitals, Journal of Health Economics, 22. Jg., H. 2, 243–269

Schmitz, R. M. (2010): Selektivverträge Pro & Kontra. Chancen und Risiken der Teilnehmer des Marktes. f & w 27. Jg., H. 4, 384–387

Statistisches Bundesamt (2010 a): Grunddaten der Krankenhäuser 2008. Fachserie 12 Reihe 6.1.1. Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2010 b): 17,8 Millionen Krankenhauspatientinnen und -patienten 2009. Pressemitteilung Nr. 286 vom 16. August 2010, Wiesbaden

Steiner, P; Mörsch, M. (2009): „Teil 2 Die Entwicklung des G-DRG-Systems aus Sicht der DKG. Teil B Der ordnungspolitische Rahmen. In Roeder, N.; Bunzemeier, H. (Hrsg.): Kompendium zum G-DRG-System 2009. News und Trends. Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH

Street, A.; Scheller Kreinsen, D.; Geissler, A.; Busse, R. (2010): Determinants of hospital costs and performance variation: Methods, models and performance variation. Working Papers in Health Policy and Management Volume, Department of Health Care Management, Technische Universität Berlin

SVR (2009): Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Drucksache 16/13770, Berlin

Tiemann, O; Schreyögg, J; Wörz, M; Busse, R.: Leistungsmanagement in Krankenhäusern in Busse, R.; Schreyögg, J.; Tiemann, O. 2009: Management im Gesundheitswesen, Springer 47–76

Anschrift der Verfasser

Dr. Roland Laufer, Geschäftsführer Dezernat Krankenhausfinanzierung und -planung/Detlev Heins, Leiter Bereich Politik/Dr. Sabine Meissner/Dr. Markus Wörz, Referenten im Bereich Politik/Frank Derix/Anja Georgi/Stefan Koerdts/Dr. Michael Mörsch/Dr. Christian Jaeger, Referenten im Dezernat Krankenhausfinanzierung und -planung, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Wegelystraße 3, 10623 Berlin

NORDVLIES

HYGIENE



WIPEX WET® Desi

...Flächendesinfektion vom Feinsten.

Effiziente Feuchtreinigung und professionelle Desinfektion mit einem Wisch: WIPEX WET Desi macht die Arbeit überall dort deutlich leichter, wo hygienische Sauberkeit unverzichtbar ist. Das Feuchttuchsystem WIPEX WET Desi wurde speziell für die Flächendesinfektion in Kliniken, Arztpraxen, Pflegeheimen, pharmazeutischen Unternehmen und ähnlichen hygienisch sensiblen Bereichen entwickelt.

Die Handhabung ist bequem und sicher: Einfach den praktischen wiederverwendbaren Feuchttuchspender mit dem Desinfektionsmittel Ihrer Wahl und der perforierten Vliesrolle befüllen. Nach ca. 10 Minuten hat die Rolle die Flüssigkeit vollständig aufgenommen und das System ist einsatzbereit. Die leistungsstarken Reinigungstücher saugen das Desinfektionsmittel perfekt auf und geben es dann beim Gebrauch gleichmäßig wieder ab – für eine optimale Flächenbenetzung. – Mehr über WIPEX WET Desi und seine interessanten Vorteile sagen unsere Handelspartner und wir Ihnen gern.

NORDVLIES GmbH

Am Redder 7
D-22941 Bargtheide

Telefon 04532 / 50 50 0
Telefax 04532 / 50 50 40

E-Mail: sales@nordvlies.de
Internet: www.nordvlies.de

