



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg  
*Hamburg University of Applied Sciences*

**Fakultät Wirtschaft und Soziales**  
**Department Pflege und Management**  
**Bachelorstudiengang Pflegeentwicklung und Management**

# **Finanzierung der Krankenhäuser nach Ablauf der Konvergenzphase**

Bachelor-Thesis

**Tag der Abgabe:** 15. Juli 2010

**Vorgelegt von:** Daniel Schwudke

**Betreuende Prüfende:** Prof. Dr. Susanne Busch

**Zweite Prüfende:** Prof. Dr. Corinna Petersen-Ewert

# Inhaltsverzeichnis

|   |    |
|---|----|
| Abkürzungsverzeichnis .....   | 3  |
| Abbildungs- und Tabellenverzeichnis .....                                 | 3  |
| 1. Einleitung .....   | 4  |
| 2. Krankenhäuser in Deutschland .....                                     | 6  |
| 3. Krankenhausfinanzierung in Deutschland .....                           | 7  |
| 3.1 Entwicklung der Krankenhausfinanzierung in Deutschland .....          | 7  |
| 3.2 Die Auswahl des deutschen DRG-Systems .....                           | 12 |
| 3.3 Das G-DRG-2010-System in Deutschland .....                            | 13 |
| 3.3.1 Die Grundstruktur des G-DRG-Vergütungssystems .....                 | 16 |
| 3.3.2 Abrechnung nach dem G-DRG-Vergütungssystem .....                    | 18 |
| 3.4 Die Konvergenzphase .....   | 22 |
| 3.5 Investitionsförderung der Krankenhäuser .....                         | 22 |
| 4. Konzepte gesetzlicher Krankenkassen nach Ablauf der Konvergenzphase .. | 24 |
| 4.1 Konzept der Techniker Krankenkasse (TK) .....                         | 27 |
| 4.2 Konzept der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) .....                 | 33 |
| 4.3 Konzept der Barmer-GEK .....  | 37 |
| 5. Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Krankenkassenkonzepte .....       | 39 |
| 6. Mögliche Auswirkungen der Konzepte auf Beteiligte .....                | 43 |
| 6.1 Auswirkungen auf die Krankenhäuser .....                              | 43 |
| 6.2 Auswirkungen auf die Patienten .....                                  | 47 |
| 6.3 Auswirkungen auf die Krankenkassen .....                              | 48 |
| 6.4 Auswirkungen auf die Bundesländer .....                               | 50 |
| 7. Fazit .....  | 50 |
| 8. Literaturverzeichnis .....   | 52 |
| 9. Selbstständigkeitserklärung .....                                      | 55 |
| 10. Anhang .....  | 56 |

## Abkürzungsverzeichnis

**Abs.** - Absatz

**ADRG** - Basis-DRG; Adjacent Diagnosis Related Group

**BMG** - Bundesministerium für Gesundheit

**CC** - Komplikation oder Komorbidität; Complication or Comorbidity

**CCL** - Schweregrad einer Komplikation oder Komorbidität; Complication or comorbidity level

**DRG** - Diagnosis Related Groups

**G-DRG** - German Diagnosis Related Groups

**GKV** - gesetzliche Krankenversicherung

**HD** - Hauptdiagnose

**InEK** - Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH

**KHEntgG** - Krankenhausentgeltgesetz

**KHG** - Krankenhausfinanzierungsgesetz

**KHGR** - Krankenhausfinanzierungsreformgesetz

**MDC** - Hauptdiagnosegruppe; Major Diagnostic Category

**MVZ** - Medizinisches Versorgungszentrum

**ND** - Nebendiagnose

**NonOR** - nichtoperativ; Non-Operating Room

**PCCL** - Patientenbezogener Gesamtschweregrad; Patient Clinical Complexity Level

**Prä-MDC** - Den MDCs vorgeschaltete Hauptdiagnosegruppe

**S.** - Seite

**SGB** - Sozialgesetzbuch

**TK** - Techniker Krankenkasse

**VWD** - Verweildauer

## Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

**Abbildung 1** – Kollektivvertraglich organisierter Versorgungsbereich - entnommen  
www.tk-online.de.....29

**Abbildung 2** – Wettbewerblich organisierter Versorgungsbereich - entnommen  
www.tk-online.de.....31

**Tabelle 1** – Konzepte der Krankenkassen zur Finanzierung nach Ablauf der Kon-  
vergenzphase im Vergleich.....40

# 1. Einleitung

Bedingt durch den medizinischen Fortschritt, die demografische Entwicklung und die damit verbundene Multimorbidität von Patienten<sup>1</sup> entsteht ein hoher Kostendruck im Gesundheitswesen. Laut der Gesundheitsberichterstattung des Bundes wurden in 2007 insgesamt rund 253 Milliarden Euro für das Gesundheitswesen ausgegeben.<sup>2</sup> Davon entfielen mit rund 69 Milliarden Euro etwa 27 % der Kosten auf die Krankenhäuser. Die Leistungen der Krankenhäuser sind von jeher der größte Einzelausgabenblock der gesetzlichen Krankenversicherung.<sup>3</sup> Daher besteht einerseits aufseiten der gesetzlichen Krankenversicherung als Kostenträger und andererseits aufseiten der Politik als gesetzlicher Rahmengeber im Gesundheitswesen ein stetiges Interesse, die Ausgaben für die Krankenhäuser möglichst stabil zu halten oder zu sogar senken.

„Mit dem Ende der DRG-Konvergenzphase ist von der Bundesregierung eine Neuordnung der Finanzierung und Vergütung der Krankenhäuser vorgesehen.“<sup>4</sup>

Im deutschen Krankenhaussystem bestehen bisher zwei Steuerungsmodule der Finanzierung nebeneinander. Die staatliche Krankenhausplanung, verbunden mit der Investitionsförderung aus Steuermitteln, und die Finanzierung der laufenden Kosten durch die gesetzliche Krankenversicherung, die private Krankenversicherung und die Selbstzahler.<sup>5</sup> Die Finanzierung der laufenden Kosten auf Basis der G-DRGs soll bis zum Ende der Konvergenzphase 2019 von unterschiedlichen Landesbasisfallwerten auf einen einheitlichen Bundesbasisfallwert umgestellt werden.

Zudem soll es nach politischem Willen einen stärkeren Wettbewerb im Gesundheitswesen geben. Im Verhältnis von Krankenkassen auf der einen und Leistungsanbietern auf der anderen Seite sollen neue Wettbewerbsbedingungen wirksam werden.<sup>6</sup> Um den Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander zu fördern, wird darüber nachgedacht, die Pflicht der Krankenkassen aufzuheben, mit den im Krankenhausplan der Länder aufgenommenen Krankenhäusern Vertragsbeziehungen einzugehen (Kontrahierungszwang). Mehr Wettbewerb im Gesundheits-

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit durchgängig die männliche Anrede verwendet

<sup>2</sup> [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de), zuletzt eingesehen am 10.07.2010

<sup>3</sup> Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2006), S. 191

<sup>4</sup> Vgl. J. Klauber et al. (2008), S. 63

<sup>5</sup> Vgl. J. Klauber et al. (2008), S. 64

<sup>6</sup> [www.bmg.bund.de/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/W/Glossarbereich-Wettbewerb-im-Gesundheitswesen.html](http://www.bmg.bund.de/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/W/Glossarbereich-Wettbewerb-im-Gesundheitswesen.html), zuletzt eingesehen am 10.07.2010

wesen soll vor allem mehr Bedarfsgerechtigkeit, eine bessere Qualität, mehr Effizienz, geringere Kosten sowie weniger Bürokratie bringen.<sup>7</sup>

Zudem stellt sich die Frage, ob es weiterhin eine duale Finanzierung der Krankenhäuser durch den Staat (für Investitionen) und Krankenkassen (für die laufenden Ausgaben) oder eher eine monistische Finanzierung durch die Krankenkassen geben soll. Diese möglichen Veränderungen der Wettbewerbs- und Finanzierungsbedingungen werfen die Frage auf, wie sich die Krankenhäuser zukünftig, nach Ablauf der Konvergenzphase, finanzieren sollen und welche Auswirkungen das auf die Beteiligten hat.

Als Kernfrage dieser Arbeit soll bearbeitet werden, welche möglichen Auswirkungen die „Konzepte zu den ordnungspolitischen Rahmenbedingungen des Krankenhausbereiches nach Ablauf der Konvergenzphase“ dreier ausgewählter gesetzlicher Krankenkassen auf die Finanzierungssituation und den Wettbewerb der Krankenhäuser bei Umsetzung der Konzepte haben könnten. Bei der Auswahl der Konzepte wurde sich auf gesetzlichen Krankenkassen bezogen, da ein Großteil der Krankenhauskosten durch die gesetzliche Krankenversicherung abgedeckt wird. Aufgrund des Vorhandenseins eines Konzeptes und der hohen Mitgliederzahl fiel die Wahl dabei auf die AOK, Barmer-GEK und TK.

Des Weiteren werden Annahmen darüber getroffen, welche Auswirkungen sich bei Anwendung der Konzepte aus Sicht der Patienten als Nutzer, der Krankenhäuser als Leistungserbringer, der Krankenkassen als Kostenträger und der Länder als Ersteller der Krankenhausbedarfspläne ergeben könnten.

Die Entscheidung zur Bearbeitung dieses Themas traf der Verfasser wegen seines großen Interesses an den Themen „Krankenhaus“ und „Krankenhausfinanzierung“, bedingt durch elfjährige berufliche Tätigkeit im Bereich Krankenhaus und durch ein hohes Interesse am Thema „Politik“. Eine Verknüpfung der drei Themenbereiche wurde als gute Basis zur Bearbeitung der Bachelor-Thesis angesehen.

---

<sup>7</sup> [www.bmg.bund.de/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/W/Glossarbegriff-Wettbewerb-im-Gesundheitswesen.html](http://www.bmg.bund.de/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/W/Glossarbegriff-Wettbewerb-im-Gesundheitswesen.html), zuletzt eingesehen am 10.07.2010

## 2. Krankenhäuser in Deutschland

Krankenhäuser im Sinne des Sozialgesetzbuches V sind Einrichtungen, die:

- „1. der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen,
2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten,
3. mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten, und in denen
4. die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.“<sup>8</sup>

Laut Statistischem Bundesamt gab es im Jahr 2008 in Deutschland insgesamt 2.083 Krankenhäuser mit 503.360 Betten. Damit sind in Deutschland 613 Betten je 100.000 Einwohner vorhanden. 2008 wurden insgesamt 17.519.579 Fälle in Deutschlands Krankenhäusern behandelt. Im genannten Jahr wurden mehr als ein Drittel der Krankenhauspatienten als Notfall eingewiesen (insgesamt 6,3 Millionen); der Begriff Notfall wird in diesem Zusammenhang vom Statistischen Bundesamt allerdings nicht definiert. Unklar bleibt, ob es sich um Notfalleinweisungen durch Notärzte, Notfalltransporte, Selbsteinweisungen oder auch durch Notfalleinweisungen eines Hausarztes handelt. Bei den übrigen vollstationären Aufnahmen handelte es sich entweder um eine reguläre Einweisung durch einen Arzt (9,4 Millionen), um eine Geburt (0,6 Millionen) oder um eine Verlegung aus einem anderen Krankenhaus (0,6 Millionen).

Dabei wurden Brutto-Kosten (Summe aus Krankenhauskosten [Personal- und Sachkosten, Zinsen und ähnliche Aufwendungen, Steuern], Kosten der Ausbildungsstätten und Aufwendungen für den Ausbildungsfonds) von 72.638.573.000 Euro verursacht. Statistisch gesehen kostet ein Fall damit durchschnittlich 3610 Euro.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> Vgl. [www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/\\_\\_\\_107.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___107.html), zuletzt eingesehen am 10.07.2010

<sup>9</sup> Vgl. [www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/Content100/KrankenhaeuserJahre,templateId=renderPrint.psml](http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/Content100/KrankenhaeuserJahre,templateId=renderPrint.psml), zuletzt eingesehen am 10.07.2010

In Deutschland besteht nach § 108 SGB V eine Kontrahierungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen. Das bedeutet, dass die Krankenkassen mit jedem in den Krankenhausplan der Länder aufgenommenen Krankenhaus einen Versorgungsvertrag abschließen müssen. Vergütet werden die Leistungen nach G-DRGs unter Berücksichtigung eines Budgets.

### **Krankenhausplanung**

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz verpflichtet in § 6 die Bundesländer dazu, Krankenhauspläne aufzustellen. Das soll zu einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern und zu sozial tragbaren Pflegesätzen führen.<sup>10</sup>

Eine Aufnahme in den Krankenhausplan zieht eine Kontrahierungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen mit dem Krankenhaus nach sich und schafft einen Anspruch auf Investitionsförderung durch die Bundesländer. Die Aufnahme oder Nichtaufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan wird durch einen Bescheid festgestellt. Ein Anspruch auf Aufnahme in den Krankenhausplan besteht nicht. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern entscheidet die zuständige Landesbehörde laut § 8 KHG unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenhausträger nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht wird. Näheres zu der Form und dem Inhalt der Krankenhauspläne bestimmen die Krankenhausgesetze der einzelnen Bundesländer.

## **3. Krankenhausfinanzierung in Deutschland**

### **3.1 Entwicklung der Krankenhausfinanzierung in Deutschland**

Die Krankenhausfinanzierung in Deutschland unterlag seit dem Zweiten Weltkrieg zahlreichen Wandlungen. Stetig steigenden Kosten für die Finanzierung der Krankenhausleistungen und Instandhaltungen der Krankenhäuser wurde mit zahlreichen gesetzlichen Änderungen der Krankenhausfinanzierung begegnet.

#### **Pflegesätze nach dem Selbstkostenprinzip**

Bis 1972 wurden die Krankenhäuser in der Regel monistisch über die Krankenkassen finanziert. 1954 wurde die erste Fassung der Bundespflegesatzverordnung erlassen. Als Reaktion auf die Kostenunterdeckung der Krankenhäuser in den vorangegangenen Jahren bestimmte sie, dass die Höhe der Krankenhausentgelte im

---

<sup>10</sup> Vgl. [www.gesetze-im-internet.de/khg/\\_8.html](http://www.gesetze-im-internet.de/khg/_8.html), zuletzt eingesehen am 10.07.2010

Anschluss an einen Abrechnungszeitraum rückblickend mit den Krankenkassen zu vereinbaren sei. Als Grundlage dafür sollten die Selbstkosten einer Klinik dienen.<sup>11</sup> Das war der Beginn des Selbstkostendeckungsprinzips. Zudem sollten nun auch Abschreibungen auf Anlagegüter und Rückstellungen zur Anpassung an die diagnostisch-therapeutische Entwicklung in den Pflegesätzen berücksichtigt werden.<sup>12</sup> Allerdings wurde in § 6 der Pflegesatzverordnung zugleich eine abweichende Legaldefinition des Selbstkostenbegriffes festgelegt. Selbstkosten sollten zunächst nur die mit einer stationären Behandlung verbundenen Kosten sein, die bei sparsamer Wirtschaftsführung entstanden. Bestimmte Kostenarten wie Zinsen und Tilgungen für Fremdkapital, zum Beispiel zur Beseitigung der Kriegsschäden, sowie Kosten für wissenschaftliche Forschung und Lehre, die über den normalen Krankenhausbetrieb hinausgingen, durften nicht als Selbstkosten angesetzt werden.<sup>13</sup> Die geleisteten Betriebskostenzuschüsse, insbesondere von Gemeinden, führten zu einer Verminderung der Pflegesätze.<sup>14</sup> Die Bundespflegesatzverordnung von 1954 führte im Ergebnis nicht zu einer Entspannung der wirtschaftlichen Lage der Kliniken. Die Defizite stiegen in der Folgezeit weiter an, was ein weiteres staatliches Tätigwerden erforderte.<sup>15</sup>

### **Tagesgleiche, vollpauschalierte Vergütung**

1972 trat in Deutschland neben der bestehenden Bundespflegesatzverordnung das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in Kraft.<sup>16</sup>

Damit wurde der Grundstein für eine duale Finanzierung der Krankenhäuser gelegt. Diese sah vor, dass eine Trennung der Investitionskosten und der laufenden Betriebskosten erfolgen sollte. Die Investitionskosten sollten durch Bund und Länder zu einem Verhältnis von einem Drittel zu zwei Dritteln erfolgen, da Krankenversorgung als öffentliche Aufgabe angesehen wurde.<sup>17</sup> Es wurde zudem die bis heute gültige Krankenhaus(bedarfs)planung der Länder durch Krankenhauspläne und Investitionsprogramme eingeführt. Damit sollte ein flächendeckendes Netz von Krankenhäusern zur wohnortnahen, stationären Versorgung der Bevölkerung

---

<sup>11</sup> Vgl. K. Raupach (2006), S. 6

<sup>12</sup> Vgl. K. Tuschen; U. Trefz (2004) S. 16 f.

<sup>13</sup> Vgl. K. Raupach (2006), S. 6 f.

<sup>14</sup> Vgl. K. Tuschen; U. Trefz (2004) S. 17

<sup>15</sup> Vgl. K. Raupach (2006), S. 6 f.

<sup>16</sup> Vgl. K. Raupach (2006), S. 7

<sup>17</sup> F. Metzger (2004), S. 2 f.



eingerrichtet werden und die öffentliche Investitionsförderung durch Bund und Länder koordiniert werden.<sup>18</sup>

Bei den Pflegesätzen, die, finanziert durch die Krankenkassen, zur Deckung der Betriebs- und Behandlungskosten dienten, setzte sich eine tagesgleiche, vollpauschalierte Vergütung durch. Nach § 17 Abs. 1 KHG sollte der Pflegesatz auf der Grundlage eines sparsam wirtschaftenden, leistungsfähigen Krankenhauses und einer Kosten- und Leistungsrechnung eine wirtschaftliche Betriebsführung ermöglichen sowie die medizinisch und wirtschaftlich rationelle Versorgung durch Krankenhäuser sichern. 1973 wurde allerdings mit § 17 Abs. 1 der Bundespflegesatzverordnung wirtschaftliches Verhalten in den Krankenhäusern bestraft. Es wurde ein sogenannter Gewinn- und Verlustausgleich eingeführt, indem den Krankenhäusern nachträglich die Gewinne entzogen und Verluste ausgeglichen wurden. Somit war das Selbstkostendeckungsprinzip der Krankenhäuser gegeben. Diese Situation führte zu einem sprunghaften Anstieg der Krankenkassenausgaben für die Krankenhauspflege. Mehrere Versuche der Nachbesserung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung in den folgenden Jahren erzielten nicht die erhoffte Wirkung und brachten 1984 daher das Krankenhaus-Neuordnungsgesetz auf den Weg.<sup>19</sup>

Durch das Krankenhaus-Neuordnungsgesetz von 1984 wurde eine Reihe von Veränderungen vorgenommen. Die Mischfinanzierung der Investitionen durch Bund und Länder wurde aufgehoben und allein auf die Länder übertragen. Das duale Finanzierungssystem wurde beibehalten, jedoch gelockert. Krankenkassen und Krankenhäuser konnten nun Investitionsverträge schließen, um insbesondere Rationalisierungsinvestitionen über den Pflegesatz finanzieren zu können. Weiterhin wurde ein Vereinbarungsprinzip im Rahmen des Pflegesatzverfahrens eingeführt. Die Pflegesätze wurden jetzt zwischen Krankenkassen und Krankenhaus vereinbart. Die staatliche Festsetzung der Pflegesätze wurde damit aufgehoben. Das Selbstkostendeckungsprinzip wurde zudem modifiziert. Die öffentlichen Förderungen und die Erlöse aus Pflegesätzen mussten nun nicht mehr die Selbstkosten decken, sondern lediglich die voraus kalkulierten Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses. Die nachträgliche Kostenerstattung und der sogenannte Gewinn- und Verlustausgleich wurden abgeschafft

---

<sup>18</sup> Vgl. K. Raupach (2006), S. 9

<sup>19</sup> F. Metzger (2004), S. 2 f.

und eine Öffnung für neue Entgeltformen geschaffen, wie zum Beispiel für Fallpauschalen, Einzelleistungsvergütung oder Budgets.<sup>20</sup>

### **Pflegesätze und Budgetierung**

In der Bundespflegesatzverordnung von 1986 wurde eine Budgetierung eingeführt. Die allgemeinen Krankenhausleistungen wurden durch ein Budget vergütet, das sich in Abhängigkeit von der Belegung des Krankenhauses veränderte. Die Pflegesätze hatten seitdem nur noch die Bedeutung von Abschlagszahlungen auf das Budget. Die flexible Budgetierung sah vor, dass das Krankenhaus die bei gegebenen oder vereinbarten Leistungsniveaus erforderliche Vorhaltung der Krankenhausleistung ermöglicht bekommt. Die kurzfristig nicht veränderbaren Kosten (Fixkosten) und damit die laufenden Betriebskosten sollten gesichert sein. Schwankungen in der Belegung sollten nicht zu Gewinnen oder Verlusten durch Fixkosten führen. Das Budget wurde für einen zukünftigen Zeitraum vereinbart. Dabei wurde eine voraussichtliche Kalkulation der Belegung zugrunde gelegt. Das Budget blieb dann bestehen, wenn die zugrunde gelegte Belegungssituation auch eintrat.<sup>21</sup> Wurde es überschritten, bekam das Krankenhaus 75 % der Mehrkosten erstattet, wurde es unterschritten, mussten sie auf 75 % der Einsparungen verzichten.<sup>22</sup> Aber auch hierunter verschlechterte sich die finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenkassen weiterhin.<sup>23</sup>

### **Das Ende des Selbstkostendeckungsprinzips**

Die Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung machte eine Sofortbremsung der Ausgaben nötig. Es wurde eine entscheidende Weichenstellung bei den Grundsätzen der Krankenhausfinanzierung vorgenommen. Das Selbstkostendeckungsprinzip wurde 1993 aufgehoben. Der Anspruch auf vorkalkulierte Selbstkosten wurde ersetzt durch Anspruch auf medizinisch leistungsgerechte Pflegesätze. Nach Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips sollten bei Budget-/Pflegesatzverhandlungen nun die Leistungen des Krankenhauses im Vordergrund stehen. Die Krankenhäuser mussten sich an den Leistungen und Pflegesätzen vergleichbarer Krankenhäuser messen lassen. Für die Jahre 1993 bis 1995 wurde eine Budgetbegrenzung eingeführt, um die Ausgabenentwicklung und damit die Beitragssätze der gesetzlichen Krankenversicherung zu stabilisieren. Die Budgets durften nicht stärker steigen als die beitragspflichtigen Einnahmen der Kran-

---

<sup>20</sup> Vgl. K. Tuschen; U. Trefz (2004) S. 25 f.

<sup>21</sup> Vgl. K. Tuschen; U. Trefz (2004) S. 74 ff.

<sup>22</sup> Vgl. K. Raupach (2006), S. 15

<sup>23</sup> Vgl. .F. Metzger (2004), S. 3

kenkassenmitglieder. Dieses feste Budget ersetzte das bisherige flexible Budget. Die bereits nach bisherigem Recht vereinbarten Sonderentgelte und Fallpauschalen wurden ebenfalls begrenzt.<sup>24</sup> Mit dem Gesetz zur Stabilisierung der Krankenhausaussgaben 1996 wurde eine Obergrenze für Budgets festgelegt, die nicht überschritten werden durfte. Unterhalb dieser Obergrenze konnten Budgets und Pflegesätze vereinbart werden.<sup>25</sup>

1997 wurde ein GKV-Neuordnungsgesetz in Kraft gesetzt. Damit wurde bei der Vergütung der voll- und teilstationären Krankenhausleistungen zu einer grundsätzlich leistungsorientierten Vergütung zurückgekehrt. Die gedeckelten Krankenhausbudgets wurden wieder für zusätzliche Leistungen geöffnet. Auch die Neufassung des § 6 Bundespflegesatzverordnung lässt höhere Budgetsteigerungen zu. Die Krankenhäuser konnten nun ihr geplantes Leistungsvolumen in die Pflegesatzverhandlungen einbringen. Aufgrund der schlechten Lage der Krankenkassen wurden allerdings auch Grundsätze der Beitragsstabilität vereinbart. Es wurde eine bundesweit gültige Veränderungsrate beschlossen, die der voraussichtlichen Einnahmesteigerung der Krankenkassen entsprach. Die Erhöhung der Fallpauschalen und Sonderentgelte wurden auf diese Steigerungsrate begrenzt. Zudem wurde auch die Budgeterhöhung auf diese Steigerungsrate begrenzt. Es wurde außerdem beschlossen, dass große Instandhaltungsmaßnahmen künftig über die Budgets und Pflegesätze finanziert werden. Dafür erhielten die Krankenhäuser eine Instandhaltungspauschale von 1,1 % ihres Umsatzes.<sup>26</sup> Mit dem GKV-Solidaritätsgesetz wurde 1999 die Budgetsteigerung weiterhin begrenzt. Als Grundlage für das Budget 1999 wurde die Leistungsmenge der Pflegesatzvereinbarung 1998 verwendet.<sup>27</sup>

### **Das DRG-System**

Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz im Jahr 2000 wurden die Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft beauftragt, ein neues und umfassend pauschalierendes Vergütungssystem zu entwickeln und zum 1. Januar 2003 einzuführen. Daraufhin wurde das „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ gegründet, welches mit Unterstützung der Selbstverwaltungspartner (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverbände der Krankenkassen, Verband der privaten Kran-

---

<sup>24</sup> Vgl. K. Tuschen; U. Trefz (2004) S. 27 ff.

<sup>25</sup> Vgl. K. Tuschen; U. Trefz (2004) S. 36 ff.

<sup>26</sup> Vgl. K. Tuschen; U. Trefz (2004) S. 40 ff.

<sup>27</sup> Vgl. F. Metzger (2004), S. 5

kenversicherung) bei der Einführung und kontinuierlichen Weiterentwicklung des DRG-Systems beauftragt wurde. Am 1. Januar 2003 wurde das DRG-System in Deutschland eingeführt. An den Budgets wurde allerdings weiter festgehalten, und auch die Obergrenze für Budgetzuwächse wurde beibehalten.<sup>28</sup>

Das neue DRG-System wurde 2003 und 2004 budgetneutral eingeführt. Die Krankenhausbudgets wurden noch nach altem Recht verhandelt. Die Höhe der Fallpauschalen beeinflusste noch nicht die Höhe des Krankenhausbudgets.<sup>29</sup>

Es wurde, ausgehend von einem krankenhausesindividuellen Gesamtbetrag, ein krankenhausesindividueller Basisfallwert gebildet, aus dem wiederum krankenhausesindividuelle Fallpauschalen resultierten. Das Erlösbudget wurde um den Betrag vermindert, der auf die Zusatzentgelte entfiel. Das verminderte Erlösbudget wurde wiederum durch den Casemix-Index des Krankenhauses geteilt. Das Ergebnis war ein krankenhausesindividueller Basisfallwert. Durch Multiplikation des Basisfallwertes mit den bundesweit einheitlichen Bewertungsrelationen entstanden dann krankenhausesindividuelle Fallpauschalen.<sup>30</sup> In einer Konvergenzphase sollen die krankenhausesindividuellen Basisfallwerte zu bundeseinheitlichen Basisfallwerten umgestaltet werden.

### **3.2 Die Auswahl des deutschen DRG-Systems**

Die international eingesetzten DRG-Systeme stammen alle von einem in den USA entwickelten System ab.<sup>31</sup> Die Yale-Universität in den USA wurde 1967 beauftragt, ein Instrument zur Produktdefinition von Krankenhäusern und zur Unterstützung der Qualitätssicherung von stationären Patienten zu entwickeln. Dies kann als Ausgangspunkt der Entwicklung von DRG-Systemen angesehen werden. In den folgenden Jahren wurde das DRG-System kontinuierlich weiterentwickelt und auch von anderen Ländern übernommen.<sup>32</sup>

Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz im Jahr 2000 wurde auch das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) geändert.<sup>33</sup> In § 17b KHG wurde klar formuliert, dass es eine Einführung eines pauschalierenden Entgeltssystems geben solle. Die Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft wurden damit beauftragt, ein

---

<sup>28</sup> Vgl. K. Tuschen; U. Trefz (2004) S. 44 ff.

<sup>29</sup> Vgl. K. Tuschen; U. Trefz (2004) S. 110

<sup>30</sup> Vgl. K. Raupach (2006), S. 66 f.

<sup>31</sup> Vgl. K. Lauterbach; M. Lungen (2001), S. 25

<sup>32</sup> Vgl. K. Lauterbach; M. Lungen (2001), S. 5 ff.

<sup>33</sup> Vgl. K. Tuschen; U. Trefz (2004) S. 45

Vergütungssystem, das an der Grundlage der DRGs orientiert ist, zu vereinbaren.<sup>34</sup> Eingeführt werden sollte es zum 1. Januar 2003. Wenn eine Einigung über die Grundstrukturen nicht bis zum 30. Juni 2000 zustande gekommen wäre, hätte die Bundesregierung die Grundstrukturen in einer Rechtsverordnung festgelegt.<sup>35</sup> Am 27. Juni 2000 einigten sich die beteiligten Selbstverwaltungspartner nach umfangreichen systemtheoretischen Vorarbeiten sowie empirischen Vergleichen aller seinerzeit maßgeblichen DRG-Systeme auf die Systematik des Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRG) Version 4.1 als Basis für die Entwicklung eines deutschen DRG-Systems. Eine erste, ins Deutsche übersetzte Version lag am 30. November 2000 vor. Seitdem wird eine Anpassung an deutsche Verhältnisse vorgenommen.<sup>36</sup>

„Wirtschaftlichkeit, Transparenz und Qualität bilden die Eckpfeiler, die mit der Entwicklung und der Einführung eines deutschen G-DRG-Fallpauschalensystems im Krankenhausbereich gleichermaßen gefördert werden sollen (BMG 2001). Als Zielgrößen werden dabei die Erreichung einer leistungsgerechten Mittelverteilung, Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung sowie eine weitreichende Strukturveränderung des Krankenhausesektors einschließlich einer Reduzierung von Überkapazitäten z. B. bei den Bettenzahlen genannt.“<sup>37</sup>

### **3.3 Das G-DRG-2010-System in Deutschland**

Die Abkürzung G-DRG steht für „German Diagnosis Related Groups“.<sup>38</sup>

„DRGs sind auf Diagnosen (und Prozeduren) bezogene kostenhomogene Fallgruppen, die je nach System eine mehr oder minder ausgeprägte medizinische Homogenität aufweisen.“<sup>39</sup>

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) definiert DRGs wie folgt: „Diagnosebezogene Fallgruppen (DRGs) stellen eine Methode dar, mit der sich stationäre Behandlungsepisoden von Patienten in Kategorien einteilen und messen lassen.“<sup>40</sup>

Durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz im Jahr 2000 wurde vorgesehen, ab 2003 ein „durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes“ Vergü-

---

<sup>34</sup> Vgl. F. Metzger (2004), S. 6

<sup>35</sup> Vgl. K. Tuschen; U. Trefz (2004) S. 45

<sup>36</sup> Vgl. F. Rau et al. (2009), S. 8 f.

<sup>37</sup> F. Rau et al. (2009), S. 9

<sup>38</sup> Vgl. M. Haubrock; W. Schär (2009), S. 606

<sup>39</sup> F. Metzger (2004), S. 1

<sup>40</sup> InEK, Definitionshandbuch (2009), S. 1

tungssystem einzuführen (§ 17 Abs. 1 KHG). Alle voll- und teilstationären Krankenhausleistungen, mit Ausnahme von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen, sollen über DRGs vergütet werden.<sup>41</sup>

Mit der Einführung der DRGs wurden vom Gesetzgeber folgende Ziele verfolgt:

- Verkürzung der Verweildauern der Patienten im Krankenhaus
- Stabilisierung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung
- leistungsbezogene Vergütung der Krankenhäuser
- mehr Transparenz über Leistungen und Kosten der Krankenhäuser
- mehr Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander
- Förderung des Strukturwandels im Krankenhausbereich
- Umsetzung des Prinzips „Geld folgt Leistung“ bei Strukturveränderungen im Krankenhausbereich und bei Patientenwanderungen zwischen Krankenhäusern.<sup>42</sup>

Um die Gefahr einer langen und möglicherweise erfolglosen Entwicklungsphase für das neue Fallpauschalsystem zu mindern, sollte ein international bereits eingesetztes DRG-System genutzt werden. Es wurde der gemeinsamen Selbstverwaltung (Spitzenverbände der Krankenkassen zusammen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft) mit Frist zum 30. Juni 2000 vorgegeben, ein

- durchgängiges, leistungsorientiertes, pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen, das
- Komplexitäten und Komorbiditäten mit abbildet
- einen praktikablen Differenzierungsgrad aufweist,
- voll- und teilstationäre Leistungen einbezieht,
- bundeseinheitliche Regeln für Fallgruppen, Bewertungsrelationen und Zu- und Abschläge vorsieht,
- nach Regionen differenziert sein kann,
- und sich an einem international eingesetzten Vergütungssystem auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRGs) orientiert,

zu finden und vorzuschlagen.<sup>43</sup>

---

<sup>41</sup> Vgl. K. Raupach (2006), S. 22

<sup>42</sup> [www.gkv-spitzenverband.de/DRG\\_Basiswissen\\_FAQs\\_3\\_Fragen.gkvnet?TM=f0300#antwort](http://www.gkv-spitzenverband.de/DRG_Basiswissen_FAQs_3_Fragen.gkvnet?TM=f0300#antwort), zuletzt eingesehen am 10.07.2010

<sup>43</sup> [www.gkv-spitzenverband.de/DRG\\_Basiswissen\\_FAQs\\_3\\_Fragen.gkvnet?TM=f0300#antwort](http://www.gkv-spitzenverband.de/DRG_Basiswissen_FAQs_3_Fragen.gkvnet?TM=f0300#antwort), zuletzt eingesehen am 10.07.2010

Laut dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) ist der Hintergrund der DRGs folgender: „DRGs können als eine überschaubare Anzahl von diagnosebasierten Klassen definiert werden, die sich anhand ihres klinischen Inhaltes und des Ressourcenverbrauches unterscheiden. Mithilfe dieser DRGs lässt sich die Leistung eines Krankenhauses messen. Sie bilden damit eine Basis für die Finanzierung, Budgetierung und Abrechnung. Ergänzend dazu unterstützen DRGs bei der Entwicklung von Strategien zur Regelung des Zuganges zur Versorgung und der Gleichbehandlung, der Analyse der klinischen Praxis und des Kodierverhaltens sowie der Bedarfsanalysen für Medikamente sowie für Heil- und Hilfsmittel.“<sup>44</sup>

Seit 2004 ist die Abrechnung nach DRG für alle Krankenhäuser, die unter den Geltungsbereich des DRG-Systems fallen, verpflichtend.<sup>45</sup>

Laut § 17b Abs.1 Satz 15 KHG können allerdings besondere Einrichtungen zeitlich befristet von dem Vergütungssystem ausgenommen werden, wenn deren Leistungen insbesondere aus medizinischen Gründen, wegen einer Häufung von schwerkranken Patienten oder aus Gründen der Versorgungsstruktur mit dem DRG-Fallpauschalen-Katalog noch nicht sachgerecht vergütet werden können. Näheres dazu sollen die Vertragsparteien auf Bundesebene regeln. Dazu werden jährlich „Vereinbarungen zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen“ beschlossen. Das können zum Beispiel Krankenhäuser oder Teile von Krankenhäusern, deren Leistungen insbesondere aus medizinischen Gründen, wegen einer Häufung von schwerkranken Patienten oder aus Gründen der Versorgungsstruktur mit den Entgeltkatalogen noch nicht sachgerecht vergütet werden können oder auch Palliativstationen, Krankenhäuser oder Fachabteilungen für Kinder- und Jugendrheumatologie oder die Behandlung von Tropenerkrankungen sein.<sup>46</sup>

Die Vergütung der G-DRGs soll in das Prinzip „Gleiches Geld für gleiche Leistung“ überführt werden. Dies soll in Rahmen einer Konvergenzphase geschehen.

„In der ‚Konvergenzphase‘ von 2005 bis 2009 sind die krankenhausesindividuellen Basisfallwerte nach § 4 KHEntgG, § 17b Abs. 6 Satz 4 KHG schrittweise an einen landesweit einheitlichen Basisfallwert anzugleichen und das jeweilige Erlösbudget der Kliniken entsprechend zu verändern.“<sup>47</sup> Ursprünglich war die Konvergenzpha-

---

<sup>44</sup> InEK, Definitionshandbuch (2009), S. 2

<sup>45</sup> Vgl. F. Metzger (2004), S. 10

<sup>46</sup> Vgl. [www.g-drg.de/cms/index.php/inek\\_site\\_de/G-DRG-System\\_2008/Besondere\\_Einrichtungen](http://www.g-drg.de/cms/index.php/inek_site_de/G-DRG-System_2008/Besondere_Einrichtungen), zuletzt eingesehen am 10.07.2010

<sup>47</sup> K. Raupach (2006), S. 67

se nur bis 2007 vorgesehen.<sup>48</sup> Inzwischen wurde die Konvergenzphase, zuletzt mit dem KHGR, bis zum 31. Dezember 2009 verlängert. Zum 1. Januar 2010 wurden die Landesbasisfallwerte eingeführt. Jetzt besteht eine weitere Konvergenzphase bis zur Einführung der Bundesbasisfallwerte. Diese soll nach § 10 Abs. 13 KHEntgG bis 2019 abgeschlossen sein.

### **3.3.1 Die Grundstruktur des G-DRG-Vergütungssystems**

#### **Fallgruppenbildung**

Die Zuordnung eines Behandlungsfalles zu einer Fallgruppe (DRG) erfolgt im Krankenhaus in der Regel anhand bestimmter ökonomischer Kriterien. Als relevante Einteilungskriterien werden die Hauptdiagnose des Behandlungsfalles (HD, MDC), die erbrachten Prozeduren, die Nebendiagnosen (ND), Geschlecht und Alter der Patienten, die Art der Entlassung, bei Neugeborenen das Geburtsgewicht und möglicherweise die Dauer einer maschinellen Beatmung verwendet. Durch diese Fallgruppenbildung soll erreicht werden, dass die in einer Fallgruppe zusammengefassten Fälle möglichst gleich hohe Kosten aufweisen.<sup>49</sup>

Anhand der dokumentierten Daten wird in der Regel durch eine Software, den sogenannten Grouper, eine Fallgruppenbildung durchgeführt. Dabei wird als Erstes geprüft, ob der Fall einer Sondergruppe zuzuordnen ist. Zu den Sonderfällen gehören bestimmte Fälle wie Transplantationen, Beatmungen oder akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks. Als Nächstes wird geprüft, ob der Fall einer Fehlergruppe zuzuordnen ist. Das können zum Beispiel Prozeduren ohne Bezug zur Hauptdiagnose oder unzulässige Hauptdiagnosen sein. Dabei muss immer geprüft werden, ob es sich um eine Fehlkodierung durch die Kodierfachkraft handelt. Liegt dennoch eine Fehlergruppe vor, ist die Zuordnung des Falles zu Hauptdiagnosegruppen, deren Aufbau sich weitgehend am Organsystem orientiert, erforderlich.<sup>50</sup>

#### **Hauptdiagnose (HD, MDC)**

Als erstes Kriterium zur Eingruppierung der Behandlungsfälle dient die Hauptdiagnose.<sup>51</sup> Laut dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH wird die Hauptdiagnose definiert als: „Die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festge-

---

<sup>48</sup> Vgl. K. Raupach (2006), S. 67

<sup>49</sup> Vgl. K. Raupach (2006), S. 25 f.

<sup>50</sup> Vgl. F. Metzger (2004), S. 25 ff.

<sup>51</sup> Vgl. K. Raupach (2006), S. 27



stellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist.<sup>52</sup>

Der Begriff „nach Analyse“ bezeichnet dabei die Evaluation der Befunde am Ende des stationären Aufenthaltes, um die Krankheit festzustellen, die hauptsächlich verantwortlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes war. Die nach Analyse festgestellte Hauptdiagnose muss dabei nicht der Aufnahme- oder Einweisungsdiagnose entsprechen.

Je nach Fall können die zugrunde liegende Krankheit oder aber auch deren Symptome (z. B. Aszites bei Leberzirrhose) als Hauptdiagnose gelten.<sup>53</sup>

### **Prozeduren**

Es müssen alle signifikanten Prozeduren, die vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zum Zeitpunkt der Entlassung vorgenommen wurden und im OPS (amtlichen Operationen- und Prozedurenschlüssel Version 2010) abbildbar sind, kodiert werden. Dieses schließt diagnostische, therapeutische und pflegerische Prozeduren ein.

Die Definition einer signifikanten Prozedur ist, dass sie entweder

- chirurgischer Natur ist
- ein Eingriffsrisiko birgt
- ein Anästhesierisiko birgt
- Spezialeinrichtungen oder Geräte oder spezielle Ausbildung erfordert.

Eine Prozedur ist normalerweise vollständig mit all ihren Komponenten, wie zum Beispiel Vorbereitung, Lagerung, Anästhesie, Zugang, Naht usw. in einem Code abgebildet.

Die Reihenfolge der Prozeduren ist nicht geregelt. Allerdings sollten die bedeutenderen Prozeduren zuerst angegeben werden. Die Reihenfolge der Prozeduren hat keinen Einfluss auf die DRG-Gruppierung.<sup>54</sup>

### **Nebendiagnosen (ND)**

Laut dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH wird die Nebendiagnose als: „Eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt“<sup>55</sup> definiert.

---

<sup>52</sup> InEK, Deutsche Kodierrichtlinien (2009), S. 4

<sup>53</sup> InEK, Deutsche Kodierrichtlinien (2009), S. 4 f.

<sup>54</sup> Vgl. InEK, Deutsche Kodierrichtlinien (2009), S. 35

<sup>55</sup> InEK, Deutsche Kodierrichtlinien (2009), S. 10

Die Nebendiagnosen müssen zu Codierungszwecken als Krankheiten interpretiert werden, welche das Patientenmanagement so beeinflussen, dass irgendeiner der folgenden Faktoren erforderlich ist:

- therapeutische Maßnahmen
- diagnostische Maßnahmen
- erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand

Bei Patienten, bei denen einer dieser erbrachten Faktoren auf mehrere Diagnosen ausgerichtet ist, können alle betroffenen Diagnosen codiert werden.<sup>56</sup>

Die Reihenfolge der Nebendiagnosen ist in den Codierrichtlinien nicht geregelt. Allerdings sollten die bedeutenderen Nebendiagnosen, insbesondere Komplikationen und Komorbiditäten, zuerst angegeben werden.<sup>57</sup>

### **Weitere Kriterien**

Weitere Kriterien zur Ausdifferenzierung von der A-DRG (Basis-DRG) zu der endgültigen DRG sind das Alter der Patienten, sein Geschlecht, das Geburtsgewicht bei Neugeborenen, die Entlassungsart (genesen, verlegt, verstorben), künstliche Beatmung und die Verweildauer des Patienten.<sup>58</sup>

### **3.3.2 Abrechnung nach dem G-DRG-Vergütungssystem**

Jeder Fallgruppe ist im DRG-System ein Preis zugeordnet. Dies ist die eigentliche Fallpauschale. Ihre Höhe bestimmt sich aus einer Multiplikation der Bewertungsrelation der DRG mit dem Basisfallwert und dem Basispreis.

Es gilt die Formel:

- Fallpauschale = Bewertungsrelation der DRG x Basisfallwert x Basispreis

Da der Basisfallwert stets 1,0 beträgt, wirkt er sich nicht auf die Fallpauschalenberechnung aus. Aus Vereinfachungsgründen wird er daher oft nicht gesondert erwähnt, sondern als Synonym für Basispreis verwendet. So regelt es auch der deutsche Gesetzgeber.

Vereinfacht gilt daher die Formel:

- Fallpauschale = Bewertungsrelation x Basisfallwert<sup>59</sup>

Im Folgenden werden die Begrifflichkeiten sowie Besonderheiten, die sich zusätzlich auf die Höhe der DRGs auswirken, erläutert.

---

<sup>56</sup> Vgl. InEK, Deutsche Kodierrichtlinien (2009), S. 10

<sup>57</sup> Vgl. InEK, Deutsche Kodierrichtlinien (2009), S. 12

<sup>58</sup> Vgl. K. Raupach (2006), S. 30

<sup>59</sup> Vgl. K. Raupach (2006), S. 32 f.

## **Bewertungsrelation**

Jeder DRG ist eine Bewertungsrelation zugewiesen. Die Bewertungsrelation legt fest, um wie viel teurer beziehungsweise billiger der aktuelle Fall im Vergleich zu einem Standardfall mit der Bewertungsrelation 1,0 ist. In Deutschland werden die durchschnittlichen Kosten aller kalkulierten Fälle als Bezugspunkt (Relation 1,0) definiert. Sie können dem jeweils gültigen Fallpauschalenkatalog entnommen werden.<sup>60</sup>

## **Basisfallwert und Basispreis**

„Der Basisfallwert ist eine bestimmte Größe, zu der die Bewertungsrelation ins Verhältnis zu setzen ist ... Er wird ermittelt, indem die Summe der Bewertungsrelationen aller Fallgruppen innerhalb eines DRG-Systems durch die Anzahl geteilt wird.“<sup>61</sup>

„Der Basispreis ist ein bestimmter, konkreter Geldbetrag, der dem Basisfallwert zugeordnet ist. Durch ihn kann über die Bewertungsrelation der Fallgruppe die konkret zu zahlende Fallpauschale ermittelt werden.“<sup>62</sup>

Der Basisfallwert beträgt stets 1,0 und wirkt sich daher als Faktor auf die Fallpauschalenberechnung nicht sonderlich aus. Daher wird er oftmals als Synonym für Basispreis verwendet, so auch vom deutschen Gesetzgeber.<sup>63</sup>

Für die Abrechnung gegenüber den Kostenträgern wurde in den Jahren 2003 und 2004 nach krankenhausesindividuellen Basisfallwerten abgerechnet. Ab 2005 galt eine veränderte Regelung. Jeweils von 2005 bis 2009 wurden die krankenhausesindividuellen Basisfallwerte neu vereinbart. Dabei wurde der krankenhausesindividuelle Basisfallwert stufenweise durch einen landesweiten Basisfallwert ersetzt. Seit 2009 werden nur noch landesweit geltende Basisfallwerte verrechnet.<sup>64</sup>

Die unterschiedlichen landesweiten Basisfallwerte sollen bis zum Jahre 2019 schrittweise zu einem einheitlichen Basisfallwertkorridor zusammengeführt werden. Dann sind ist nur noch ein Korridor in Höhe von +2,5 Prozent bis -1,25 Prozent um den einheitlichen Basisfallwert möglich.<sup>65</sup>

---

<sup>60</sup> Vgl. F. Metzger (2004), S. 20

<sup>61</sup> K. Raupach (2006), S. 33

<sup>62</sup> K. Raupach (2006), S. 33

<sup>63</sup> Vgl. K. Raupach (2006), S. 33

<sup>64</sup> Vgl. M. Haubrock; W. Schär (2009), S. 612 ff.

<sup>65</sup> Vgl. KHEntgG, § 10, Abs. 8

## **Grenzverweildauer**

Auch wenn in einem DRG-basierten Abrechnungssystem die Höhe der Vergütung nicht mehr primär durch die Aufenthaltsdauer eines Patienten bestimmt wird, so sind die Aufenthaltsdauer und die dadurch verursachten Kosten ein gewichtiger Faktor, der in die Berechnung der Fallpauschale einfließen muss. Es wird von einem Mittelwert für die Aufenthaltsdauer ausgegangen. Wenn die mittlere Verweildauer allzu extreme Abweichungen nach oben oder nach unten zeigt, lässt das die fallpauschalierte Vergütung als nicht mehr leistungsgerecht erscheinen. Daher gibt es für jeden Fall eine obere und untere Grenzverweildauer. Bei deren Über- beziehungsweise Unterschreitung wird die Vergütung erhöht oder gekürzt.<sup>66</sup> Dies kann aus den jeweiligen Fallpauschalenkatalogen entnommen werden.

## **Zu- und Abschläge**

„Zu- und Abschläge dienen in DRG-Systemen der gezielten Erhöhung oder der Absenkung der Fallpauschalen für einzelne oder alle Leistungen eines Krankenhauses, ohne Veränderungen am Basisfallwert oder an den Bewertungsrelationen der Fallgruppen vornehmen zu müssen.“<sup>67</sup>

Sie werden zu ganz unterschiedlichen Zwecken eingesetzt. Bestimmte Umstände eines Krankenhauses können so honoriert oder sanktioniert werden, finanzielle Härten in Einzelfällen ausgeglichen oder auch das Leistungsangebot eines Krankenhauses beeinflusst werden.<sup>68</sup>

In § 14b Abs.1 Satz 4 ff KHG ist das Grundgerüst der Zu- und Abschläge geregelt. Dieses wird in einer Vereinbarung der Spitzenverbände konkretisiert.<sup>69</sup> Dort werden die Zu- und Abschläge für zum Beispiel Notfallversorgung, besondere Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten, Maßnahmen zur Qualitätssicherung, Aufnahme von Begleitpersonen und Vorhaltung eines Angebotes zur Sicherstellung notwendiger Leistungen geregelt.

## **Casemix und Casemix-Index**

Der Casemix ist die Summe der Relativgewichte aller in einem bestimmten Zeitraum erbrachten DRGs. Er entspricht dem Umsatz und ist daher die Messgröße der erbrachten Leistung.<sup>70</sup>

---

<sup>66</sup> Vgl. K. Raupach (2006), S. 34 f.

<sup>67</sup> K. Raupach (2006), S. 35

<sup>68</sup> Vgl. K. Raupach (2006), S. 35

<sup>69</sup> Vgl. Vereinbarung über Regelungen für Zu- und Abschläge gemäß § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG

<sup>70</sup> Vgl. F. Metzger (2004), S. 22

Der Casemix-Index ist das arithmetische Mittel aller erbrachten Relativgewichte und stellt damit die durchschnittliche ökonomische Fallschwere dar. Er errechnet sich, indem das Gewicht durch die Fallzahl dividiert wird.<sup>71</sup>

Die Bedeutung des Casemix-Index liegt zum einen darin, dass er einen Vergleich der durchschnittlichen Behandlungskosten und -erlöse unterschiedlicher Krankenhäuser ermöglicht, und zum anderen darin, dass seine Veränderungen Rückschlüsse auf das Leistungs- und Abrechnungsverhalten der Krankenhäuser zulassen.<sup>72</sup>

### **Fallzusammenführungen**

Laut der „Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2010“ § 2 muss das Krankenhaus eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall vornehmen, wenn der Patient innerhalb der oberen Grenzverweildauer wieder aufgenommen wird und die Einstufung in dieselbe Basis-DRG vorgenommen wird. Außerdem muss eine Fallzusammenlegung erfolgen, wenn der Patient innerhalb von 30 Kalendertagen ab dem Aufnahmedatum mit der gleichen Basis-DRG wieder aufgenommen wird.<sup>73</sup>

### **Zusatzentgelte**

Durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz (§ 17b Abs.1 Satz 12) wird geregelt, dass zur Ergänzung der Fallpauschalen in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren können. Die Höhe der Entgelte ist zwischen den Vertragsparteien gemäß § 18 Abs. 2 KHG krankenhausesindividuell zu vereinbaren. Das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) sieht in § 6 Abs. 2 vor, dass für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden von den Vertragsparteien gemäß § 11 KHEntgG zeitlich befristete, fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte vereinbart werden können.<sup>74</sup>

---

<sup>71</sup> Vgl. F. Metzger (2004), S. 22

<sup>72</sup> Vgl. K. Raupach (2006), S. 36

<sup>73</sup> Vgl. Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2010 (Fallpauschalenvereinbarung 2010 – FPV 2010) zwischen dem GKV-Spitzenverband, Berlin und dem Verband der Privaten Krankenversicherung, Köln sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Berlin

<sup>74</sup> Vgl. InEK: Hilfestellung für die Kalkulation von Zusatzentgelten gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG und Zusatzentgelten für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG

### 3.4 Die Konvergenzphase

Mit der Einführung der G-DRGs hat der Gesetzgeber festgelegt, dass in der Konvergenzphase von 2005 bis 2009 die Krankenhausindividuellen Basisfallwerte nach § 4 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), § 17b Abs. 6 KHG schrittweise an einen landesweit einheitlichen Basisfallwert anzugleichen sind und das Erlösbudget der Krankenhäuser entsprechend zu verändern ist. Das Ziel war es, dass ab Ende 2009 für Krankenhäuser landesweit einheitliche Basisfallwerte und Fallpauschalen gelten.<sup>75</sup>

In einer Fortführung der Konvergenzphase soll jetzt nach § 10 Abs. 13 Krankenhausreformgesetz (KHRG) eine Anpassung der Landesbasisfallwerte an einen einheitlichen Bundesbasisfallwert von 2015 bis 2019 erfolgen.

### 3.5 Investitionsförderung der Krankenhäuser

Die Bundesländer müssen zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern Krankenhauspläne aufstellen (§ 6 KHG). Über die Aufnahme in den Krankenhausplan entscheiden die Länder. Ein Anspruch auf Aufnahme besteht nicht.<sup>76</sup> Mit der Verabschiedung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) im Jahr 1972 wurde die duale Finanzierung eingeführt, also die Investitionsfinanzierung als Aufgabe der öffentlichen Hand. Die Rechtsform eines Krankenhauses soll keinen Ausschlag bei der Vergabe von Fördermitteln geben. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz gibt bei der Krankenhausplanung und Finanzierung den Rahmen, der durch die Krankenhausgesetze der Länder ausgestaltet wird.<sup>77</sup>

Unter Investitionskosten versteht das KHG in § 2 Abs. 2:

- Die Kosten der Errichtung (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) von Krankenhäusern und der Anschaffung der zum Krankenhaus gehörenden Wirtschaftsgüter, ausgenommen der zum Verbrauch bestimmten Güter
- Die Kosten der Wiederbeschaffung der Güter des zum Krankenhaus gehörenden Anlagevermögens (Anlagegüter)

---

<sup>75</sup> Vgl. Klauber et al. (2008), Vorwort

<sup>76</sup> Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft (2009), S. 6

<sup>77</sup> Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft (2009), S. 6 f.

- Zu den Investitionskosten gehören nicht die Kosten des Grundstücks, des Grundstückserwerbs, der Grundstückerschließung sowie ihre Finanzierung.<sup>78</sup>

Jedes Bundesland hat nach § 6 KHG einen Investitionsplan aufzustellen. Die Investitionsförderung teilt sich in die Bereiche Einzelförderung und Pauschalförderung. Anspruch haben ausschließlich die im Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser.

### **Die Einzel- und Pauschalförderung**

Die Länder fördern auf Antrag eines Krankenhausträgers entstehende Investitionskosten nach den in § 9 KHG genannten Fördertatbeständen.<sup>79</sup> Dazu zählen zum Beispiel die Neubau- und Umbaukosten von Krankenhäusern, die Anlaufkosten für innerbetriebliche Änderungen, die Kosten zur Umstellung des Krankenhauses auf andere Aufgaben und Erleichterungen zur Schließung von Krankenhäusern.<sup>80</sup> Die weiteren Einzelheiten zur Einzelförderung sind nach § 11 KHG in den Landeskrankenhausgesetzen geregelt.<sup>81</sup>

Die Länder fördern die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter sowie kleine bauliche Maßnahmen durch feste jährliche Pauschalbeträge (§ 9 Abs. 3 KHG). Im Rahmen der Zweckbindung der Fördermittel kann das Krankenhaus damit freiwirtschaften. Die Fördermittel sollen nicht ausschließlich nach Anzahl der im Krankenhausplan aufgenommenen Betten erfolgen und in regelmäßigen Abständen an die Kostenentwicklung angepasst werden. Die weiteren Einzelheiten werden in den Landeskrankenhausgesetzen geregelt.

### **Entwicklungsauftrag**

Das im März 2009 in Kraft getretene Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHGR) schafft die Möglichkeit von Investitionsförderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen. Das könnte ab 1. Januar 2012 für die Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind, gelten. Für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen kann das ab dem 1. Januar 2014 ermöglicht werden. Nach § 10 Abs. 2 KHG sollten die Selbstverwaltungsparteien bis zum 31. Dezember 2009 die Grundstrukturen für die Investitionsbewertungsrelationen und das Verfahren zur Ermittlung einer sachgerechten Auswahl von Krankenhäusern vereinbaren. In den Investitionsbewertungsrelationen ist der Investi-

<sup>78</sup> Vgl. Krankenhausfinanzierungsgesetz § 2 Abs. 2

<sup>79</sup> Vgl. Krankenhausfinanzierungsgesetz § 9 Abs. 1 und 2

<sup>80</sup> Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft (2009), S. 7 f.

<sup>81</sup> Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft (2009), S. 8.

onsbedarf für voll- und teilstationäre Leistungen pauschaliert abzubilden. Das Gesetz sieht ebenso vor, dass das Institut für Entgeltsysteme im Krankenhaus GmbH bis zum 31. Dezember 2010 für das DRG-Vergütungssystem und bis zum 31. Dezember 2012 für psychiatrische und psychosomatische Patienten bundeseinheitliche Investitionsbewertungsrelationen zu entwickeln und zu kalkulieren hat. Die Bundesländer haben aber auch weiterhin das Recht, zwischen der Förderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen und der Einzelförderung von Investitionen einschließlich der Pauschalförderung zu entscheiden.<sup>82</sup>

#### **4. Konzepte gesetzlicher Krankenkassen nach Ablauf der Konvergenzphase**

Die Leistungen der Krankenhäuser sind von jeher der größte Einzelausgabenblock der gesetzlichen Krankenversicherung.<sup>83</sup> Daher sind die gesetzlichen Krankenkassen als Kostenträger daran interessiert, die Ausgaben für Krankenhäuser stabil zu halten beziehungsweise den Anstieg der Kosten zu begrenzen. Die Ausgaben der einzelnen gesetzlichen Krankenkassen für Krankenhausbehandlung können, je nach Versichertenstruktur, sehr unterschiedlich sein. Zum Beispiel ist anzunehmen, dass eine gesetzliche Krankenkasse mit einem jüngeren und gesünderen Versichertenklientel sich bei der Krankenhausfinanzierung eher auf die Notfallleistungen als auf die elektiven Leistungen konzentriert, da diese von ihren Versicherten mehr in Anspruch genommen werden. Eine gesetzliche Krankenversicherung mit älteren und multimorbiden Patienten wird sich sowohl auf den Notfall- als auch auf die elektiven Leistungen konzentrieren, da beide wahrscheinlich ähnlich häufig nachgefragt werden.

Für die Zeit nach Ablauf der Konvergenzphase haben einige gesetzliche Krankenkassen ihre Vorstellungen zur Finanzierung der Krankenhäuser in Konzepten dargestellt. Die gesetzlichen Krankenkassen werden die Inhalte der Konzepte sicherlich an die Bedürfnisse ihrer Versichertenstruktur anpassen. Im Folgenden werden die Konzepte von drei gesetzlichen Krankenkassen vorgestellt. Bei der Auswahl der Krankenkassen wurde sich auf gesetzliche Krankenversicherungen bezogen, da die Mehrzahl der deutschen Bevölkerung einer gesetzlichen Krankenkasse an-

---

<sup>82</sup> Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft (2009), S. 9

<sup>83</sup> Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2006), S. 191



gehört. Diese drei Krankenkassen wurden wegen ihrer hohen Mitgliederzahl sowie des Vorhandenseins eines Konzeptes ausgewählt.

Die Konzepte wurden auf elf Punkte geprüft, die in Beziehung zur Finanzierung der Krankenhäuser stehen:

### **Ziel des Konzeptes**

Dieser Punkt wurde vor dem Hintergrund der hohen Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen als zentral für die Entstehung der Konzepte angesehen.

Es werden die im Konzept angegebenen Ziele vorgestellt und beschrieben, die die gesetzlichen Krankenkasse mit dem Konzept erreichen möchten.

### **Gestaltung der Krankenhausplanung**

Dieser Punkt wurde aufgenommen, da davon ausgegangen wurde, dass eine Änderung der Finanzierung der Krankenhäuser, zum Beispiel bei einem Wechsel von dualistisch zu monistisch, sich auf Gestaltung der Krankenhausplanung auswirken wird. Es werden die Vorstellungen zur zukünftigen Gestaltung der Krankenhausplanung diskutiert.

### **Vertragsbeziehungen Krankenkassen – Krankenhaus**

Dieser Punkt wurde aufgrund des hohen Einflusses der Gestaltung der Vertragsbeziehungen auf die Finanzierung der Krankenhäuser ausgewählt. Es werden die Vorstellungen diskutiert, wie die Vertragsbeziehungen zwischen den Leistungserbringern und den Leistungsträgern zukünftig geregelt werden sollen.

### **Budgets**

Dieser Punkt wurde aufgrund der zentralen Bedeutung der Budgets für Krankenhäuser zur Finanzierung aufgenommen. Es werden die Vorstellungen zum weiteren Umgang mit Budgets in der Krankenhausfinanzierung diskutiert.

### **DRGs**

Dieser Punkt wurde aufgrund der Wichtigkeit als Abrechnungsgrundlage für die Finanzierung der Krankenhäuser aufgenommen. Es werden die Vorstellungen zum künftigen Umgang mit den DRGs diskutiert.

### **Finanzierung der Notfallversorgung**

Dieser Punkt wurde aufgrund der zentralen Bedeutung der Finanzierung der Leistungserbringung für die Finanzierung der Krankenhäuser aufgenommen. Es werden die Vorstellungen zur Zukunft der Finanzierung der Notfallversorgung diskutiert. Das Wort Notfallversorgung wird in keinem der Konzepte ausreichend definiert.

niert, um eine trennscharfe Abgrenzung zu den elektiven Eingriffen vorzunehmen zu können. Dieses müsste bei Umsetzung eines Konzeptes erfolgen.

### **Finanzierung der elektiven Versorgung**

Dieser Punkt wurde aufgrund der zentralen Bedeutung der Finanzierung der Leistungserbringung für die Finanzierung der Krankenhäuser aufgenommen. Es werden die Vorstellungen zur Zukunft der Finanzierung der elektiven Versorgung diskutiert. Das Wort elektive Versorgung wird in keinem der Konzepte ausreichend definiert, um eine trennscharfe Abgrenzung zu den Notfalleingriffen vorzunehmen zu können. Dieses müsste bei Umsetzung eines Konzeptes erfolgen.

### **Finanzierung der psychiatrischen Einrichtungen**

Dieser Punkt wurde aufgrund der zentralen Bedeutung der Finanzierung der Leistungserbringung für die Finanzierung der Krankenhäuser aufgenommen. Der Psychiatrie als nicht durch DRGs abgerechnetem Fachbereich kommt dabei aus Sicht der Leistungserbringer und Kostenträger eine besondere Bedeutung zu. Es werden die Vorstellungen zur zukünftigen Finanzierung der psychiatrischen Einrichtungen diskutiert.

### **Finanzierung der Besonderen Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG**

Dieser Punkt wurde aufgrund der zentralen Bedeutung der Finanzierung der Leistungserbringung für die Finanzierung der Krankenhäuser aufgenommen. Den Besonderen Einrichtungen als nicht durch DRGs abgerechnetem Fachbereich kommt dabei aus Sicht der Leistungserbringer und Kostenträger ebenfalls eine herausgehobene Bedeutung zu. Hier werden die Vorstellungen zur zukünftigen Finanzierung der Besonderen Einrichtungen diskutiert.

### **Investitionsfinanzierung**

Dieser Punkt wurde von den Leistungserbringern sowie Kostenträgern einhellig als änderungsbedürftig aufgenommen. Es werden die Vorstellungen zur zukünftigen Regelung der Investitionsfinanzierung diskutiert.

### **Qualitätsanforderungen an die Krankenhäuser**

Dieser Punkt wurde aufgenommen, da davon ausgegangen wird, dass sich eine Veränderung der Finanzierung auf die Qualität der erbrachten Leistungen auswirken kann. Es werden die Vorstellungen zu den Qualitätsanforderungen an die Krankenhäuser diskutiert.

## 4.1 Konzept der Techniker Krankenkasse (TK)

Die TK ist bundesweit tätig und mit rund 7,3 Millionen Versicherten, davon rund 5,1 Millionen zahlenden Mitgliedern, eine der größten Krankenkassen Deutschlands. Sie wurde im Jahr 1884 als Krankenkasse für Angehörige der technischen Berufe gegründet und ist heute eine gesetzliche Krankenversicherung als Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.<sup>84</sup>

Die TK hat auf ihrer Homepage Eckpunkte zur Zukunft der Krankenhausversorgung eingestellt.<sup>85</sup> In dem Papier zur Zukunft der Krankenhausversorgung mit Namen „Eckpunkte der Techniker Krankenkasse für die Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens der Krankenhausfinanzierung nach Beendigung der Konvergenzphase 2009“ aus dem Jahr 2007 werden Ideen für Zukunft der Finanzierung der Krankenhäuser nach der Konvergenzphase vorgestellt.

Die TK hat 2009 rund 3,7 Milliarden Euro für die Behandlung ihrer Versicherten im Krankenhaus ausgegeben. Das war mit 28,3 % der größte Einzelausgabenblock im Jahr 2009. Für jeden Patienten wurden 507,62 Euro durchschnittlich für Krankenhausbehandlung aufgewendet, was ein Plus von 6,9 % zum Vorjahr ausmacht.<sup>86</sup> Daraus kann abgeleitet werden, dass die Technikerkrankenkasse ein hohes Interesse an Veränderungen der Krankenhausvergütung hat, um ihre Kosten zu begrenzen.

### Ziel des Konzeptes

Das Konzept soll dazu beitragen, die Grundlage zur Ausgestaltung eines ordnungspolitischen Rahmens nach Ende der Konvergenzphase zu finden. Dieser sollte durch seine wettbewerbliche Ausrichtung Anreize für notwendige strukturelle Veränderungen in der Krankenhausversorgung setzen. Das angegebene Ziel der Maßnahmen des Konzeptes ist es, die Behandlungsqualität im Krankenhaus zu verbessern sowie die Ressourceneinsatz effizienter zu gestalten. Dabei steht aber gleichzeitig die Sicherstellung einer medizinisch hochwertigen Basisversorgung im Vordergrund. Die stationäre Versorgung der Versicherten soll als ausreichend, wirtschaftlich und dabei qualitativ hochwertig sichergestellt werden.

---

<sup>84</sup> Vgl. [www.tk-online.de](http://www.tk-online.de), zuletzt eingesehen am 10.07.2010

<sup>85</sup> Vgl. [www.tk-online.de/tk/hamburg/gesundheitspolitik/krankenhausfinanzierung/195216](http://www.tk-online.de/tk/hamburg/gesundheitspolitik/krankenhausfinanzierung/195216), zuletzt eingesehen am 10.07.2010

<sup>86</sup> Vgl. [www.tk-online.de/centaurus/servlet/contentblob/165010/Datei/46918/TK-in-Zahlen-2009.pdf](http://www.tk-online.de/centaurus/servlet/contentblob/165010/Datei/46918/TK-in-Zahlen-2009.pdf), zuletzt eingesehen am 10.07.2010

## **Gestaltung der Krankenhausplanung**

Die Gewährleistung der Krankenhausversorgung ist auf dem Hintergrund des Grundgesetzes eine öffentliche Aufgabe. Die Letztverantwortung für die Krankenhausversorgung bleibt bei den Bundesländern. Die Krankenhausplanung der Länder soll sich nur auf eine regionale Rahmenplanung beschränken. Die Umsetzung der Planung erfolgt durch langfristige kollektivvertragliche Versorgungsverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern.

## **Vertragsbeziehungen Krankenkassen – Krankenhaus**

Weder für Krankenhäuser noch für Krankenkassen besteht ein Kontrahierungszwang im Bereich der elektiven Leistungen (Pflicht zum Vertragsabschluss). Bei den Notfalleleistungen bleibt er bestehen. Die Preisgestaltung unterliegt ausschließlich den Vertragspartnern.

## **Budgets**

Solange im kollektiv organisierten Versorgungsbereich auf Budgets nicht verzichtet werden kann, sind im wettbewerblich organisierten Versorgungsbereich Bereinigungsmechanismen auf Basis des kollektivvertraglich vereinbarten Preisniveaus festzulegen.

## **DRGs**

Das bestehende Festpreissystem mit den DRGs soll zu einem Höchstpreissystem umgestaltet werden, damit auch in der Basis- und Notfallversorgung wettbewerbliche Elemente ihre positiven Wirkungen hinsichtlich Qualität und Wirtschaftlichkeit entfalten können.

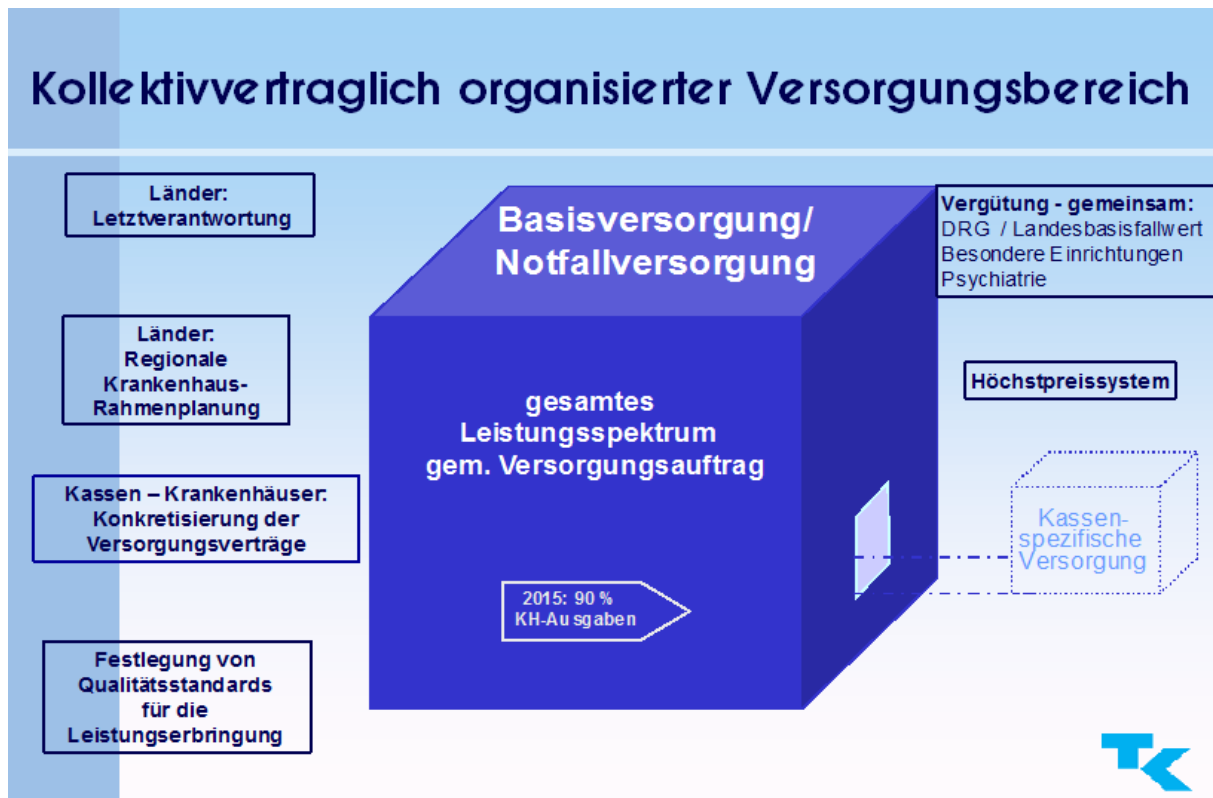
## **Finanzierung der Notfallversorgung**

Die Sicherstellung der stationären Basis- und Notfallversorgung wird im Rahmen eines kollektivvertraglich organisierten Versorgungsbereiches gewährleistet. Das bestehende Festpreissystem soll zu einem Höchstpreissystem weiterentwickelt werden, damit auch in der Basis- und Notfallversorgung die wettbewerblichen Elemente ihre positiven Wirkungen auf Qualität und Wirtschaftlichkeit entfalten können.

Die Sicherstellung der stationären Versorgung der Versicherten wird zunächst weiterhin durch ein kollektivvertraglich ausgerichtetes Versorgungssystem gewährleistet. Es umfasst die stationäre Basis- und Notfallversorgung und damit grundsätzlich das gesamte Leistungsspektrum eines Krankenhauses. Es wird unterschieden in planbare und nicht planbare Leistungen. Die Basis- und Notfallversor-

gung unterliegt den Grundsätzen der regionalen Krankenhausplanung der Länder. Die Preisvereinbarungen erfolgen aufseiten der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich. Das bedeutet, dass Krankenhäuser, die keine kassenspezifischen Verträge schließen, über die Regelungen im Kollektivbereich preislich abgesichert sind. Für den kollektivvertraglich organisierten Versorgungsbereich werden einheitliche Leistungsbeschreibungen und Vergütungsregularien festgelegt. Als Vergütung wird im Grundsatz am DRG-System in seiner heutigen rechtlichen Ausgestaltung festgehalten. Es gilt auch weiterhin der Ansatz, möglichst sämtliche Krankenhausleistungen innerhalb des DRG-Systems abzubilden. Krankenhausindividuelle Zusatzentgelte oder Fallpauschalen besonderer Einrichtungen sollen stark eingeschränkt und nur noch im Ausnahmefall vereinbart werden. Die Weiterentwicklung und Ausgestaltung des DRG-Systems hat auch künftig Priorität. Um zusätzliche wettbewerbliche Impulse zu erhalten, sollen die Krankenhäuser im Rahmen des Preissystems auch in den kollektivvertraglichen Versorgungsbereichen die Möglichkeit erhalten, ihre Leistungen insgesamt oder teilweise den Krankenkassen zu günstigeren Preisen anzubieten. Das kann zum Beispiel Mengenvorteile bewirken. Eine Überschreitung der auf Landesebene vereinbarten Vergütungen ist dabei nicht zulässig. Das bedeutet, dass die Leistungsarten und -mengen je Krankenhaus auch weiterhin zu vereinbaren sind. Das soll verhindern, dass eine medizinisch nicht indizierte Mengenausweitung der Leistungen verhindert wird. Zur Verdeutlichung folgt eine Grafik aus dem Konzept der TK, wie die Organisation des kollektivvertraglich organisierten Versorgungsbereichs nach Ablauf der Konvergenzphase vorgestellt wird.

**Abbildung 1.** TK-Konzept: Der kollektivvertraglich organisierte Versorgungsbereich<sup>87</sup>



### Finanzierung der elektiven Versorgung

Der wettbewerbliche Versorgungsbereich wird primär elektive Leistungen umfassen, die keine oder nur eine geringe Notfallkomponente aufweisen.

Neben dem kollektivvertraglich organisierten Versorgungsbereich werden den Krankenkassen und den Krankenhäusern einzelvertragliche Gestaltungsmöglichkeiten eröffnet. Der wettbewerblich organisierte Versorgungsbereich soll wettbewerbliche, individuelle sowie vom Kontrahierungszwang befreite Vertragsmöglichkeiten bieten. Durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz aus dem Jahr 2004 ist es Krankenkassen und Leistungserbringern leichter möglich, neben der kollektivvertraglich geregelten Versorgung auch individuelle Verträge mit ausgewählten Partnern zur Versorgung der GKV-Versicherten zu schließen. Gesetzliche Grundlage hierfür bieten vor allem §§ 140a ff SGB V zur integrierten Versorgung. Diese eingeführten Wettbewerbselemente sollten weiterentwickelt und ausgeweitet wer-

<sup>87</sup> Entnommen: [www.tk-online.de/centaurus/servlet/contentblob/169068/Datei/3304/TK-Eckpunkte.pdf](http://www.tk-online.de/centaurus/servlet/contentblob/169068/Datei/3304/TK-Eckpunkte.pdf), S. 15, zuletzt eingesehen am 10.07.2010

den. Dadurch wird eine effiziente und patientenorientierte Gesundheitsversorgung bereit. Optional zu der Notfall- und Basisversorgung erhalten die Krankenhäuser und einzelnen Krankenkassen die Möglichkeit, Verträge über eine kassenspezifische Leistungserbringung zu schließen. Das eröffnet wettbewerbliche, individuelle sowie vom Kontrahierungszwang befreite Vertragsmöglichkeiten. Leistungserbringer und Kostenträger stehen sich als gleichberechtigte Partner in einem qualitätsgetriebenen Leistungserbringungsprozess gegenüber.

In der einzelvertraglich geregelten Gesundheitsversorgung besteht grundsätzlich Vertragsfreiheit analog zu sonstigen privatrechtlichen Vertragsbeziehungen.

Die Leistungsbeschreibungen und -inhalte sollen auf den bestehenden Definitionen des DRG-Systems basieren. Abweichend können andere Vergütungsarten im Einzelfall vereinbart werden. Die kann nur erfolgen, wenn es sich hierbei um zusätzliche oder ergänzende Leistungen (z. B. Qualität, Service, Wartezeiten) handelt. Die Vergütungshöhe für Einzelleistungen kann individuell vereinbart werden. Das gilt auch für zum Beispiel mengenabhängige Rabattstaffelungen. Es besteht keine Abschlussverpflichtung. Die auf Landesebene vereinbarten Preise für Basis- und Notfallversorgung wirken im Sinne eines Richtpreises, der im Rahmen individueller Vereinbarungen über- oder unterschritten werden kann. Sofern mit einem Krankenhaus keine Einzelverträge abgeschlossen wurden, gilt der für den Basis- und Notfallversorgungsbereich vereinbarte Preis. Zur Verdeutlichung folgt eine Grafik, entnommen aus dem Konzept der TK, die beschreibt, wie sich die Organisation des wettbewerblich organisierten Versorgungsbereichs nach Ablauf der Konvergenzphase konkret vorgestellt wird.

**Abbildung 2.** TK-Konzept: Wettbewerblich organisierter Versorgungsbereich<sup>88</sup>



### **Finanzierung der psychiatrischen Einrichtungen**

Bei der Weiterentwicklung des DRG-Systems soll geprüft werden, ob und unter welchen Bedingungen die Psychiatrie in das DRG-System überführt werden kann.

### **Finanzierung der Besonderen Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG**

Die Besonderen Einrichtungen sollen wie bisher zwischen den Krankenkassen gemeinsam mit den Krankenhäusern vereinbart werden.

### **Investitionsfinanzierung**

Die Investitionskosten können als duale oder monistische Finanzierung erfolgen. Eine monistische Finanzierung durch die Krankenkassen kann nur erfolgen, wenn dies ausreichend refinanziert wird, zum Beispiel aus Steuermitteln. Zudem sollten die Investitionskosten nicht mit einem Antragsverfahren, sondern durch fallbezogene Zuschlagsfinanzierung abgerechnet werden. Bis zu einem Umstieg auf Monistik sollten die Krankenhäuser auf vergleichbare investive Ausgangsvoraussetzungen im Rahmen eines Konvergenzprozesses gebracht werden.

<sup>88</sup> Entnommen: [www.tk-online.de/centaurus/servlet/contentblob/169068/Datei/3304/TK-Eckpunkte.pdf](http://www.tk-online.de/centaurus/servlet/contentblob/169068/Datei/3304/TK-Eckpunkte.pdf), S. 11, zuletzt eingesehen am 10.07.2010



Die Einführung der monistischen Krankenhausfinanzierung ist nur möglich, wenn die heute bestehende Antragsfinanzierung aufgehoben wird. Stattdessen sind fallbezogene Investitionsanteile gesetzlich festzulegen

### **Qualitätsanforderungen an die Krankenhäuser**

Auch eine einzelvertragliche Versorgung darf nicht zu einer Verschlechterung der Qualität der angebotenen Leistungen führen. Eine Einhaltung der Regelungen des § 137 SGB V ist zu beachten. Die Qualitätsanforderungen sollen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss weiter forciert werden. Durch die Bundesländer sollen zudem verpflichtende Qualitätsanforderungen in Form genehmigungspflichtiger Standards vorgegeben werden. Eine Berechtigung der Krankenhäuser zur Leistungserbringung soll an die Einhaltung von Qualitätsstandards gekoppelt sein.

## **4.2 Konzept der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK)**

Die Allgemeinen Ortskrankenkassen sind mit rund 23,6 Millionen Versicherten, davon rund 17,4 Millionen zahlenden Mitgliedern, die größte Krankenkasse Deutschlands. Sie wurde im Jahr 1884 als Krankenkasse der nicht zuordenbaren Arbeiter gegründet und ist heute mit 13 rechtlich selbstständigen Krankenkassen als Körperschaft öffentlichen Rechts als gesetzliche Krankenkasse vertreten.<sup>89</sup>

Die Vorstellungen für die Finanzierung der Krankenhäuser nach der Konvergenzphase sind in dem Konzept „Elektiv wird selektiv“ zusammengefasst.<sup>90</sup>

Die Allgemeinen Ortskrankenkassen haben 2008 rund 21 Milliarden Euro für die Behandlung ihrer Versicherten im Krankenhaus ausgegeben. Das war mit 36,85 % der größte Einzelausgabenblock in 2008. Für jeden Patienten wurden 879 Euro durchschnittlich für Krankenhausbehandlung aufgewendet, was ein Plus von 4,58 % zum Vorjahr ausmacht.<sup>91</sup> Daraus kann abgeleitet werden, dass die Allgemeinen Ortskrankenkassen ein hohes Interesse an einer Veränderung der Krankenhausvergütung haben, um ihre Kosten einzudämmen.

### **Ziel des Konzeptes**

Das Konzept will Hinweise auf ordnungspolitischen Handlungsbedarf geben und mögliche Lösungen anbieten. Als zentrales Anliegen wird eine wettbewerbliche Neuordnung für elektive Krankenhausleistungen angegeben.

---

<sup>89</sup> Vgl. [www.aok.de](http://www.aok.de), zuletzt eingesehen am 10.07.2010

<sup>90</sup> W.-D. Leber et al. (2007)

<sup>91</sup> Vgl. [www.tk-online.de/centaurus/servlet/contentblob/165010/Datei/46918/TK-in-Zahlen-2009.pdf](http://www.tk-online.de/centaurus/servlet/contentblob/165010/Datei/46918/TK-in-Zahlen-2009.pdf), zuletzt eingesehen am 10.07.2010

## **Gestaltung der Krankenhausplanung**

Die Krankenhausplanung der Länder sollte sich künftig auf die Sicherstellung der Notfallversorgung beschränken.

## **Vertragsbeziehungen Krankenkassen – Krankenhaus**

Bei der Notfallversorgung sollte weiterhin der Kontrahierungszwang gelten. Bei den elektiven Leistungen sollte Vertragsfreiheit gelten.

## **Budgets**

Auflösung des monolithischen Budgets in fünf Teilbudgets:

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

Diese fünf Teilbudgets sollen im künftigen Ordnungsrahmen differenziert ausgestaltet werden.

## **DRGs**

Das DRG-System mit seinen vielen ergänzenden Vergütungsregeln bedarf keiner grundsätzlichen Korrektur. Auch die bestehenden Zu- und Abschlagstatbestände des § 17b KHG sind ausreichend. Diese sollten allerdings bundeseinheitlich geregelt werden. Die Basis des stationären Abrechnungssystems sollte auch weiterhin die bundesweite Leistungsdefinition und -bewertung durch den DRG-Katalog in seiner bisherigen Form bilden. Die Sicherstellungs- und Notfallzuschläge müssten allerdings in dem hier vorgestellten Konzept grundsätzlich überarbeitet werden.

## **Finanzierung der Notfallversorgung**

Die Notfallversorgung bleibt weitgehend so erhalten, wie sie ist. Die Verhandlungen über die Leistungsstruktur im Einzelnen erfolgt nach wie vor kollektivvertraglich. Die Leistungen werden im DRG-System abgebildet und als Vergütungshöhe gilt der Landesbasisfallwert. Eine hausspezifische Verhandlung der Vergütungshöhen wird abgelehnt, um nicht in die Zeiten der Selbstkostendeckung zurückzufallen.

Wenn allerdings die „Produktionskosten“ eines Krankenhauses dauerhaft über dem Landesbasisfallwert liegen und Zuschüsse des Trägers nicht zur Sicherstellung der Notfallversorgung ausreichen, wird es problematisch. In diesem Fall muss, um die Versorgung im geplanten Umfang erhalten zu können, eine staatl-

che Defizitdeckung erfolgen oder aber eine Art von Sicherstellungszuschlag greifen. Dieser Zuschlag darf allerdings nur dann gegeben werden, wenn die Sicherstellung nicht ohne oder nur mit einem geringeren Zuschlag durch ein anderes Haus oder einen neuen Investor erbracht werden kann. Es muss das Prinzip gelten: Kein Zuschlag ohne Ausschreibung. Es müsste im Einzelnen dann noch diskutiert werden, ob die Ausschreibung von Notfalleistungen vom Land, von den Krankenkassen oder aber von beiden erfolgen sollte.

### **Finanzierung der elektiven Versorgung**

Durch den jetzigen Gesetzesrahmen würden für elektive Krankenhausleistungen in jedem Bundesland einheitliche Vergütungen gezahlt – weder differenziert nach Krankenhäusern noch nach Krankenkassen. Mögliche Effizienzvorteile eines Hauses könnten nicht an die Beitragszahler weitergegeben werden. Das behindert den Wettbewerb der Krankenkassen in diesem Bereich. Zudem haben die effizienten Krankenhäuser nicht die Chance, ihre Versorgungsleistungen durch attraktive Preisangebote an die Kassen auszuweiten. Zur wettbewerblichen Steuerung des Bereiches bedarf es einer Abkehr vom Einheitspreis. Die effizienten Krankenhäuser müssen die Möglichkeiten haben, ihre Leistungen günstiger anzubieten und dadurch eine größere Menge mit den Krankenkassen vertraglich zu vereinbaren. Eine radikale Wettbewerbsposition wäre die völlige Freigabe der Preise. Aber im Bereich einer gesetzlichen Zwangsversicherung kann es sinnvoll sein, Obergrenzen einzuziehen. Das kann den Umfang der Zwangsversicherung begrenzen und steigende Lohnnebenkosten verhindern. Für elektive Krankenhausleistungen könnte das bedeuten, dass man Abweichungen vom Landesbasisfallwert lediglich nach unten zulässt. Es käme dann zu einer Art Rabattwettbewerb unterhalb des Landesbasisfallwertes.

Künftig könnte es für elektive Krankenhausleistungen kassenspezifische Preis-Mengen-Vereinbarungen geben. Diese bilateralen Verträge würden wahrscheinlich durch Verhandlungsgemeinschaften der Kassen einerseits und durch Komplettverhandlungen für Krankenhausketten und Verbünde andererseits geschlossen. Um Willkür, Seitenzahlungen und ungerechtfertigte Benachteiligung zu verhindern, sollte ein geordnetes Vergabeverfahren vorgeschrieben werden. Die Struktur der Vereinbarungen sollte nicht näher geregelt werden. Es wird sich in der Regel um Verträge mit mengenabhängigen Preise handeln, die ergänzende Regelungen zum Erlösausgleich und zur Qualitätssicherung haben könnten. Die Aus-

schreibung der Elektivleistungen kann als obligatorisches Verfahren zu einem bestimmten Zeitpunkt (Synchronmodell) oder als prozesshafter Übergang mit optionalen Ausgangsbeschreibungen (Optionsmodell) gestaltet werden.

Bei dem Synchronmodell würden zu einem bestimmten Zeitpunkt alle Kassen sämtliche Elektivleistungen ausschreiben.

Bei dem Optionsmodell hätten die Kassen die Möglichkeit, ein Bieterverfahren zu eröffnen, bei dem ohne erfolgreiche Vergabe an einen Krankenhausträger alles „beim Alten“ bliebe und nach DRGs abgerechnet werden würde.

Beide Modelle hätten zur Voraussetzung, dass eine klar definierte Abgrenzung der auszuschreibenden Elektivleistungen existiert.

### **Finanzierung der psychiatrischen Einrichtungen**

Psychiatrie und Psychosomatik sollten vorerst weiterhin vom DRG-System ausgenommen werden, da ein Einsatz der DRGs hier einer langfristigen Vorbereitung bedarf und aus diesem Grund nicht parallel erfolgen sollte.

### **Finanzierung der Besonderen Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG**

Es sollte auch weiterhin die Regelung geben, dass sich Krankenhäuser oder Teile dessen als besondere Leistungen nach § 17 b Abs. 1 Satz 15 KHG einstufen lassen können.

### **Investitionsfinanzierung**

Die Krankenhausplanung sollte sich auf die Notfallversorgung beschränken. Die gesamte Landesförderung steht ausschließlich für den Bereich der notfallähnlichen Versorgung zur Verfügung. Die Förderungen sollten sich dabei nicht an der Maßgröße „Bett“, sondern zum Beispiel eher am Casemix orientieren. Außerdem sollte die Förderung von Investitionen nicht an Investitionsvorhaben gebunden sein. Das Mischungsverhältnis zwischen Betriebskosten und Anlagegütern sollte vom Krankenhausmanagement bestimmt werden. Als Weiteres sollte die Investitionsquote nicht von der Haushaltslage der Länder abhängen.

### **Qualitätsanforderungen an die Krankenhäuser**

Qualität sollte zum Gegenstand der Ausschreibungen um Verträge gemacht werden. Qualität bedarf dazu einer Definition. Sie kann durch Einhaltung bestimmter Mindeststandards für die Prozessqualität oder durch Messung der Ergebnisqualität gemessen werden.

### **4.3 Konzept der Barmer-GEK**

Die Barmer-GEK ist mit 8,6 Millionen Versicherten die größte rechtlich selbstständige Krankenversicherung Deutschlands. Sie entstand 2010 als Zusammenschluss der 1884 gegründeten Barmer Ersatzkasse mit der 1878 gegründeten Gmünder Ersatzkasse. Sie ist als Körperschaft des öffentlichen Rechts als gesetzliche Krankenkasse bundesweit in Deutschland tätig.<sup>92</sup>

Die Vorstellungen der Barmer-GEK zur Zukunft der Krankenhausfinanzierung nach Ablauf der Konvergenzphase sind in den „Gesundheitspolitischen Vorstellungen der Barmer-GEK zur Zukunft der Krankenhausversorgung“ aus dem Jahr 2009 niedergeschrieben. Dieses Konzept wurde vom Verfasser mit dem Leiter der Abteilung Krankenhausversorgung für die Region Hamburg, Schleswig-Holstein und Niedersachsen mündlich besprochen, um die Aussagen zu konkretisieren und nicht explizit aufgeschriebene, aber für diese Arbeit benötigte Informationen zu erhalten.

Die Barmer-GEK hat leider keinen Geschäftsbericht im Internet veröffentlicht, anhand dessen die Krankenhausaufgaben ersehen werden können.

#### **Ziel des Konzeptes**

Die Barmer-GEK möchte ein kompetenter Ansprechpartner für Krankenhausleistungen sein. Ziel der Vorschläge des Konzeptes ist es, eine bestmögliche Versorgung der Versicherten zu erreichen. Zudem bietet die Umsetzung der Vorschläge des Konzeptes eine Möglichkeit, die Krankenkassen und deren Leistungen voneinander zu unterscheiden und somit Kunden zu gewinnen. Außerdem sollen sich Einspareffekte auf der Seite der Krankenkasse einstellen.

#### **Gestaltung der Krankenhausplanung**

Die Krankenhausplanung sollte in gemeinsamer Verantwortung der Bundesländer und Krankenkassen liegen. Die Detailplanung wird dabei in Richtung einer qualitativen, bedarfsorientierten Rahmenplanung erfolgen. Die Weiterentwicklung von Qualitätskriterien ist eine verbindliche Zulassungsvoraussetzung für die Aufnahme in den Krankenhausplan. Eine Konkretisierung der Versorgungsaufträge sollte durch die Vertragspartner erfolgen. Eine Trägervielfalt der Krankenhäuser wird als wichtig angesehen, allerdings sollten die erforderlichen Strukturanpassungen im Krankenhausbereich konsequent und effektiv erfolgen.

---

<sup>92</sup> Vgl. [www.barmer-gek.de](http://www.barmer-gek.de), zuletzt eingesehen am 10.07.2010

## **Vertragsbeziehungen Krankenkassen – Krankenhaus**

Die Barmer setzt auf Vertragsfreiheit bei ausgewählten Leistungen, durch stufenweise Erweiterung der Vertragsmöglichkeiten zur individuellen Ausgestaltung von Leistungsinhalten, Preisen und Mengen bei abnehmender Regulierung. Es soll eine Garantie zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Notfallversorgung im Rahmen kollektivvertraglicher Regelungen geben.

### **Budgets**

Die Notwendigkeit von Budget- und Ausgleichsregelungen besteht weiterhin, um nichtmedizinisch induzierte Fallzahl- und Ausgabensteigerungen zu vermeiden. Bei stufenweiser Umsetzung individueller Verträge sollen die Budgetierungen zurückgeführt und langfristig individuelle Regelungen (z. B. Rabattstaffelungen) gefunden werden. Die Preisentwicklung sollte sich weiterhin an der Einnahmesituation der Kostenträger ausrichten. Eine Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip muss vermieden werden.

### **DRGs**

Die DRG-Entgelte bleiben als partielle Höchstpreise erhalten (Preiswettbewerb).

### **Finanzierung der Notfallversorgung**

Die Notfallversorgung soll bedarfsgerecht und wirtschaftlich im Rahmen kollektivvertraglicher Regelungen sichergestellt werden. Es soll eine stufenweise Erweiterung der Vertragsmöglichkeiten zur individuellen Ausgestaltung von Leistungsinhalten, Preisen und Mengen geben. Dabei gelten die DRGs als Höchstpreise.

### **Finanzierung der elektiven Versorgung**

Es soll eine stufenweise Erweiterung der Vertragsmöglichkeiten zur individuellen Ausgestaltung von Leistungsinhalten, Preisen und Mengen geben. Dabei gelten die DRGs als Höchstpreise.

### **Finanzierung der psychiatrischen Einrichtungen**

Es soll eine Einführung tagesgleicher Pauschalen erfolgen.

### **Finanzierung der Besonderen Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG**

Die bisherigen Regelungen bleiben erhalten.

### **Investitionsfinanzierung**

Der Investitionsstau muss durch einen „Entschuldungsplan“ unter Verantwortung der Bundesländer/des Bundes abfinanziert werden. Die Investitionsmittel müssten dann leistungsgerecht verteilt werden. Ein Wechsel zur monistischen Finanzierung darf nur bei garantiertem Steuerzuschuss für investive Ausstattungen der Kliniken

erfolgen, um eine Beitragssatzerhöhung der gesetzlichen Krankenversicherung zu vermeiden.

### **Qualitätsanforderungen an die Krankenhäuser**

Es ist eine Qualitätsoffensive in der Krankenhausversorgung notwendig. Diese kann durch Weiterentwicklung der Qualitätskriterien und -sicherungsmaßnahmen, Veröffentlichung aussagefähiger klinikvergleichender Qualitätsdaten und -ergebnisse und durch intensiven Qualitätsdialog im Rahmen der Zulassung von Krankenhäusern und Vertragsverhandlungen mit den Krankenhäusern geschehen.

## **5. Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Krankenkassenkonzepte**

In der folgenden Tabelle werden Informationen der einzelnen Konzepte in Bezug auf Finanzierung und deren Auswirkungen als Überblick zusammengefasst dargestellt, um auf die Gemeinsamkeiten und Unterschiede hinzuweisen. Die Informationen in dieser Tabelle ergeben sich aus den Konzepten der gesetzlichen Krankenkassen und, bei der Barmer-GEK, zusätzlich aus persönlichen Informationen des Leiters der Abteilung Krankenhausversorgung für Hamburg, Schleswig-Holstein und Niedersachsen, Herrn Kirmse.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Konzepte der drei Krankenkassen im Wesentlichen viele Gemeinsamkeiten aufweisen. Die Positionen sind fast immer gleich, nur deren konkrete Ausgestaltung unterscheidet sich nuanciell. Die Krankenhausplanung soll auch weiterhin von den Bundesländern durchgeführt werden. Alle Krankenkassen wollen den Kontrahierungszwang in der Notfallversorgung erhalten und in der elektiven Versorgung abschaffen. Die Budgets und DRGs sollen grundsätzlich erhalten bleiben. Bei der Abrechnung der Notfallversorgung soll sich lediglich verändern, dass die DRGs als Höchstpreise statt als Festpreise abgerechnet werden, je nach Verhandlung. Die Abrechnung der elektiven Versorgung soll wettbewerblich organisiert sein, wobei die drei vorliegenden Konzepte verschiedene Ausgestaltungen bei der Vergabe und den Inhalten der Leistungen vorschlagen. Die Finanzierung der Psychiatrie und der Besonderen Einrichtungen wollen AOK und Barmer-GEK vorerst nicht verändern, die TK schlägt eine Überführung der Psychiatrie in die DRGs vor und eine nur noch stark eingeschränkte Finanzierung der Besonderen Einrichtungen. Bei der Investitionsfinanzierung unterscheiden sich die drei Konzepte in der Form, wie die Finanzierung zukünftig

gestaltet werden könnte. Die Einhaltung von Qualitätsanforderungen und -entwicklung ist für alle Krankenkassen ein wichtiges Anliegen. Bei den Maßnahmen, wie eine Einhaltung der Qualitätsanforderungen sowie eine Weiterentwicklung der Qualität zu gewährleisten ist, unterscheiden sich die Vorschläge der Krankenkassen. Es folgt die Tabelle mit dem Überblick über den Ist-Stand und die Positionen der einzelnen Krankenkassen.

**Tabelle 1.** Konzepte der Krankenkassen zur Finanzierung nach Ablauf der Konvergenzphase im Vergleich

|  | <b>Aktueller Stand</b>   | <b>TK</b>   | <b>AOK</b>  | <b>Barmer-GEK</b>   |
|--|--|---|---|---|
| <b>Krankenhausplanung</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Bundesländer erstellen Krankenhauspläne</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durch die Bundesländer</li> <li>• Beschränkung auf Rahmenvorgaben</li> </ul>                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durch die Bundesländer</li> <li>• Nur noch die Notfallversorgung ist Gegenstand staatlicher Planung</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durch die Bundesländer und Krankenkassen</li> </ul>  |
| <b>Vertragsbeziehungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontrahierungsverpflichtung zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontrahierungsverpflichtung zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern nur im Notfallbereich</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontrahierungsverpflichtung zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern nur im Notfallbereich</li> </ul>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontrahierungsverpflichtung zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern nur im Notfallbereich</li> </ul> |
| <b>Budgets</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vereinbarung eines individuellen flexiblen Budgets auf der Grundlage von Leistungsmengen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Budgets bleiben vorerst erhalten</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Budgets bleiben erhalten</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Budgets bleiben vorerst erhalten</li> </ul>  |
| <b>DRGs</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abrechnung nach G-DRGs</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• G-DRGs grundsätzlich erhalten</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• G-DRGs grundsätzlich erhalten</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• G-DRGs grundsätzlich erhalten</li> </ul>   |
| <b>Finanzierung der Notfallversorgung</b>                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kollektivvertraglich organisiert</li> <li>• Abrechnung nach DRGs</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kollektivvertraglich organisiert</li> <li>• Abrechnung nach DRGs</li> </ul>                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kollektivvertraglich organisiert</li> <li>• Abrechnung nach DRGs</li> </ul>                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kollektivvertraglich organisiert</li> <li>• Abrechnung nach DRGs</li> <li>• DRG-Entgelte</li> </ul>    |



|  |  |   |   |   |
|--|--|---|---|---|
|  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• DRG-Entgelte als Höchstpreise für eine Leistung</li> </ul>   |   | als Höchstpreise für eine Leistung  |
|  | <b>Aktueller Stand</b>   | <b>TK</b>   | <b>AOK</b>  | <b>Barmer-GEK</b>   |
| <b>Finanzierung der elektiven Versorgung</b>                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kollektivvertraglich organisiert</li> <li>• Abrechnung nach DRGs</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wettbewerblich organisiert</li> <li>• Einzelverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern</li> <li>• Freie Preisgestaltung</li> <li>• Freie Leistungs- und Produktgestaltung</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wettbewerblich organisiert</li> <li>• Ausschreibung der Leistungen durch die Krankenkassen</li> <li>• Geordnetes Vergabeverfahren der Leistungen</li> <li>• DRG-Entgelte als Höchstpreise</li> <li>• Leistungs- und Produktgestaltung nach DRG-System</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wettbewerblich organisiert</li> <li>• Einzelverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern</li> <li>• DRG-Entgelte als Höchstpreise</li> <li>• Freie Leistungs- und Produktgestaltung</li> </ul> |
| <b>Finanzierung der Psychiatrie</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Finanzierung durch Abteilungspflegesätze</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Überführung in die DRGs</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Finanzierung durch Abteilungspflegesätze</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Finanzierung durch tagesgleiche Pauschalen</li> </ul>  |
| <b>Finanzierung der Besonderen Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Finanzierung durch fall- oder tagesbezogene Entgelte. Verhandlung zwischen Krankenkassen und Krankenhäuser</li> <li>• Finanzierung nach Kriterien § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vereinbarung der Vergütung zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern</li> <li>• Finanzierung als Besondere Einrichtung nur noch stark eingeschränkt im Ausnahmefall</li> </ul>               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Finanzierung durch fall- oder tagesbezogene Entgelte</li> <li>• Finanzierung zeitlich befristet und dann erneute Prüfung, ob Voraussetzungen für Besondere Einrichtungen noch vorliegen</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Finanzierung durch fall- oder tagesbezogene Entgelte. Verhandlung zwischen Krankenkassen und Krankenhäuser</li> <li>• Finanzierung nach Kriterien § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG</li> </ul>                |
| <b>Investitionsfinanzierung</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Finanzierung durch Bundesländer und den Bund</li> <li>• Pauschalförderung (feste Pauschalbeträge)</li> <li>• Einzelförderung (Förderung einzelner Investitionen)</li> </ul>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kann dualistisch durch Bundesländer und Krankenkassen oder monistisch durch die Krankenkassen erfolgen</li> <li>• Bei monistischer Finan-</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durch die Bundesländer und den Bund</li> <li>• Investitionsförderung nur für Krankenhäuser mit Notfallversorgung</li> <li>• Investitionsförderung sollte nicht an einzelne</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wechsel zur monistischen Finanzierung durch die Krankenkassen bei garantierten Steuerzuschüssen für die Krankenkassen</li> <li>• Leistungsgerechte Vertei-</li> </ul>                                |

|                               |   |   |  |   |
|-------------------------------|---|---|--|---|
|                               |   | <p>zierung durch die Krankenkassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausreichende Refinanzierung der Krankenkassen aus Steuermitteln</li> <li>• Nur fallbezogene Zuschlagsfinanzierung über DRGs</li> <li>• Abbau des Investitionsstaus nötig, um vergleichbare Voraussetzungen zu schaffen</li> </ul>                | <p>Investitionen oder Bettenzahl gekoppelt sein</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fallbezogene Zuschlagsfinanzierung über DRGs</li> </ul>   | <p>lung der Investitionsmittel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fallbezogene Zuschlagsfinanzierung über DRGs</li> <li>• Abbau des Investitionsstaus nötig, um vergleichbare Voraussetzungen zu schaffen</li> </ul>  |
|                               | <b>Aktueller Stand</b>  | <b>TK</b>   | <b>AOK</b>   | <b>Barmer-GEK</b>   |
| <b>Qualitätsanforderungen</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Qualitätsanforderungen sind in § 137 SGB V geregelt</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausbau der Qualitätsanforderungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss</li> <li>• Verpflichtende Qualitäts- und Strukturanforderungen, vorgegeben durch die Bundesländer</li> <li>• Selektivvertragliche Versorgung darf nicht zu einer Verschlechterung der Qualität führen</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Qualitätsanforderungen gehören zum Gegenstand der Leistungsaus-schreibung</li> <li>• Notwendigkeit, Qualität zu definieren</li> <li>• Notwendigkeit von Mindeststandards für Prozessqualität</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontinuierliche Weiterentwicklung der Qualitätskriterien und -sicherungsmaßnahmen</li> <li>• Veröffentlichung klinikvergleichender Qualitätsdaten und -ergebnisse</li> <li>• Qualitätsdialog im Rahmen der Zulassung von Krankenhäusern und bei Vertragsverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen</li> </ul> |

## 6. Mögliche Auswirkungen der Konzepte auf Beteiligte

Die von den Krankenkassen formulierten Konzepte werden Auswirkungen auf die am Krankenhausgeschehen beteiligten Akteure haben. Die Krankenhäuser als Leistungserbringer, die Patienten als Leistungsnehmer, die Krankenkassen als Kostenträger sowie die Bundesländer als Träger der Investitionskosten werden die Auswirkungen aus verschiedenen Blickwinkeln betrachten. Im Folgenden werden Aussagen formuliert, welche Auswirkungen die Änderung der Wettbewerbsbedingungen und der Krankenhausfinanzierung nach Ablauf der Konvergenzphase auf diese Akteure haben könnten. Diese Aufstellung ist nicht als abgeschlossen zu betrachten.

### 6.1 Auswirkungen auf die Krankenhäuser

- **Der Erlös von leistungsfähigen und gut organisierten Krankenhäusern wird sich nach Abschluss der Konvergenzphase erhöhen!**

Die Krankenhäuser, die qualitativ hochwertige Leistungen anbieten, werden eine höhere Chance auf selektive Verträge mit den Krankenkassen haben. Zudem bietet eine vorangegangene Prozessoptimierung des gesamten Krankenhausgeschehens eine Möglichkeit, Geld einzusparen und somit den Krankenkassen bessere Vertragskonditionen anbieten zu können. Krankenhäuser, die das jetzt schon erreichen, werden ihre Erlöse, je nach umgesetztem Krankenkassen-Konzept, steigern können.

- **Die Qualität der angebotenen Leistungen wird sich erhöhen!**

Durch den Wettbewerb um Verträge mit den Krankenkassen werden die Krankenhäuser die Qualität der erbrachten Leistungen überdenken müssen. Sie werden darstellen müssen, warum gerade sie hervorragende Leistungen bringen, um als Vertragspartner ausgewählt zu werden. Das wird zu einer Überprüfung bisheriger Abläufe und Verhaltensweisen führen und den Qualitätsbemühungen im Krankenhaus einen großen Vorschub leisten. Zudem kann sich eine hohe Spezialisierung auf eine Leistung positiv auf deren Erbringung auswirken, zum Beispiel durch Häufigkeit des Ausführens und intensive Beschäftigung mit der Thematik.

- **Nach Ablauf der Konvergenzphase wird es zu einem erhöhten Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern kommen!**

Wenn die Kontrahierungspflicht zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen im elektiven Bereich aufgehoben wird, entsteht ein größerer Wettbewerb. Die Krankenhäuser können sich nicht mehr darauf verlassen, Patienten jeder Krankenkasse zu behandeln. Es könnte zu einer verminderten Anzahl von Fallzahlen und Patienten kommen, was die Einkommen der einzelnen Krankenhäuser erheblich schmälern könnte. Eine Krankenkasse wird sich am ehesten das Krankenhaus für Vertragsverhandlungen aussuchen, das ihr die meisten Vorteile bieten wird. Diese Vorteile könnten in einem besonders hohen Niveau der medizinischen Leistungen, einem erhöhten Service für Patienten der einzelnen Krankenkasse und einem Preis unterhalb des DRG-Niveaus liegen.

- **Nach Ablauf der Konvergenzphase wird sich die Anzahl der Krankenhäuser – und besonders der eigenständigen Krankenhäuser – in Deutschland deutlich reduzieren!**

Die erhöhten Wettbewerbsbedingungen könnten sich auf die Anzahl der in Deutschland vorhandenen Krankenhäuser auswirken. Es ist anzunehmen, dass nicht alle Krankenhäuser in der Lage sind, dem Preis- und Qualitätsdruck standzuhalten. Gerade kleinere Krankenhäuser mit einer geringeren Bettenzahl, in ländlichen Gebieten mit geringem Einzugsgebiet und geringem Spezialisierungsgrad könnten Probleme bekommen. Kleinere Krankenhäuser können aufgrund der geringen Bettenzahl nicht so viel Patienten behandeln wie größere Krankenhäuser; daher können sie eventuelle geringere Preise pro Leistung nicht mit einem Mengeneffekt ausgleichen. Außerdem kaufen sie die benötigten Verbrauchsgüter aufgrund der geringeren Mengen teurer ein als größere Krankenhäuser. Zudem könnte sich das unterschiedliche Lohnniveau in der Krankenhäusern der einzelnen Bundesländer auf die mögliche Preisgestaltung der Krankenhäuser auswirken. Wenn sich herausstellen sollte, dass ein Krankenhaus die Leistungen nicht zu dem gleichen Preis anbieten kann, besteht die Gefahr, dass es nicht zu einem Vertragsabschluss mit einer Krankenkasse kommt und so erhebliche Einnahmeverluste in Kauf zu nehmen sind. Das kann in einem erheblichen Maße zu Fusionen unter Krankenhäusern und im schlechteren Fall zur Schließung von Krankenhäusern führen. Eine Gefahr besteht dabei besonders für Krankenhäuser in bevölkerungsarmen Gebieten mit einem geringen Leistungsspektrum.

- **Das Leistungsspektrum einzelner Krankenhäuser wird sich erheblich verringern!**

Durch den Preiskampf unter den Krankenhäusern wird vonseiten des Krankenhausmanagements auch das Augenmerk auf die Leistungen des Krankenhauses gelegt werden müssen. Welche Leistungen sind besonders teuer und werden verhältnismäßig schlecht vergütet? Welche Leistungen haben hohe Komplikationsraten und sind damit potenziell teuer? Welche Leistungen bringen bei geringem Aufwand einen hohen Gewinn? Das sind Fragen, die sich das Krankenhausmanagement stellen und dabei sein angebotenes Spektrum überdenken wird. Es besteht die Gefahr, dass Leistungen, die bisher durch eine Quersubventionierung finanziert werden, zukünftig nicht mehr angeboten werden. Zudem könnte das eine hohe Spezialisierung der Krankenhäuser auf bestimmte Leistungen zur Folge haben, da ein hoher Spezialisierungsgrad die Kosten eines Krankenhauses für eine Leistung positiv beeinflussen kann.

- **Die durchschnittliche Verweildauer der Patienten wird sich verringern!**

Wenn durch den Wettbewerb die Preise möglichst gering gehalten werden müssen, müssen Einsparmaßnahmen überlegt werden. Je kürzer die Patienten im Krankenhaus verweilen, umso weniger Behandlungskosten verursachen sie. Daher ist es eine Möglichkeit, die Patienten kürzer im Krankenhaus zu behalten und sie früher in die ambulante Versorgung überzuleiten. Dies wird von den Kliniken eine noch größere Beschäftigung mit dem Thema Patienten- und Entlassungsmanagement erfordern als bisher.

- **Der Personalmangel in den Krankenhäusern wird sich verstärken!**

In den Medien und den Krankenhäusern wird ein zunehmender Mangel an qualifiziertem Fachpersonal beklagt. Die Personalkosten sind im Krankenhaus, wie für einen Dienstleistungsbetrieb üblich, der größte Ausgabenposten. Daher wird sich das Krankenhausmanagement im Rahmen der Suche nach Einsparmöglichkeiten auch mit den Personalkosten eingehend beschäftigen müssen. Um in diesem Sektor einzusparen, gibt es zwei Möglichkeiten. Es kann entweder generell Personal abgebaut werden, um die Lohnausgaben zu senken. Das könnte zu einer erhöhten Arbeitsbelastung, Senkung der Motivation des vorhandenen Personals und vermehrter unbeabsichtigter Abwanderung von qualifiziertem Personal führen. Oder es müssen die Lohnausgaben gesenkt werden. Das kann durch Lohnkürzungen, Aussetzung von Tarifsteigerungen, Tarifflicht oder ähnlichen Maßnahmen sowie durch eine Absenkung des Qualifikationsniveaus des Personals erreicht werden. Auch diese Maßnahmen könnten zu einer Absenkung der Motiva-

tion des Personals, zu erhöhter Arbeitsbelastung und zu einer Abwanderung von qualifiziertem Personal führen. Es ist anzunehmen, dass diese Maßnahmen nicht die Attraktivität der im Krankenhaus vorhandenen Berufe erhöhen. Dies könnte sich langfristig auf die Anzahl und das Qualifikationsniveau der Personen, die diesen Beruf ergreifen, auswirken.

- **Die wirtschaftliche Planbarkeit wird sich verringern!**

Durch Einzelverträge auf Zeit mit den Krankenkassen wird sich die finanzielle Planbarkeit für Krankenhäuser sehr verschlechtern. Durch die Einzelverträge wird die Vorhaltung eines Leistungsangebotes, wie es jetzt üblich ist, nicht mehr finanzierbar sein. Nur durch eine wirkliche Erreichung von Mindestmengen kann dann noch eine für das Krankenhaus wirtschaftliche Patientenversorgung erzielt werden. Zudem weisen verschiedene Fachgebieten eine verschieden hohe Notfall- bzw. Elektivversorgungsquote auf. Orthopädien beispielsweise haben einen hohen elektiven Anteil und sind damit gut planbar, bei der Unfallchirurgie sieht es ganz anders aus. Das kann sich auf die wirtschaftliche Situation der Abteilungen stark auswirken und damit auch auf die Attraktivität, eine solche Abteilung beizubehalten.

Ein weiterer Punkt ist der Ausbau von Kapazitäten. Wenn eine Krankenkasse für beispielsweise fünf Jahre mit einem Krankenhaus einen Vertrag über eine bestimmte Leistung abschließt, das Krankenhaus dafür Kapazitäten ausbaut und etwa bauliche Veränderungen vornimmt, wird es problematisch, wenn der Vertrag nach Ablauf nicht verlängert wird. Wenn zum Beispiel ein neuer OP-Saal eröffnet und zusätzliches Personal eingestellt wurde, sind das überflüssige Ressourcen, die nicht mehr benötigt werden, aber nicht sofort freigesetzt werden können.

- **Es wird zu einer Zunahme von Bürokratie kommen!**

Um mit den Krankenkassen Vertragsverhandlungen beginnen zu können, müssen bestimmte Voraussetzungen vorliegen. Jede Krankenkasse wird ihre Vorstellungen haben, welche Kriterien ein Vertragskrankenhaus erfüllen muss. Will jetzt ein Krankenhaus mit mehreren Krankenkassen Verträge abschließen, so muss es die verschiedenen Anforderungen der verschiedenen Krankenkassen erfüllen. Wenn sowohl die TK als auch die AOK und die Barmer-GEK verschiedene Qualitätsanforderungen stellen und ein anderes Qualitätsmanagementsystem fordern, muss das Krankenhaus alle vorhalten. Das führt zu einem Nebeneinander verschiede-

ner Systeme und einem hohen bürokratischen Aufwand, verschiedene Systeme einzuführen und zu pflegen.

## 6.2 Auswirkungen auf die Patienten

- **Der Service und die Transparenz für die im Krankenhaus behandelten Patienten werden sich verbessern!**

Um einen Vertrag mit einer Krankenkasse zu bekommen, könnte es sich anbieten, mit besonderen Serviceleistungen für die Patienten von Vertragskrankenkassen zu werben. Auch eine erhöhte Transparenz der medizinischen Leistungen und eine Begegnung mit dem Patienten als „Partner auf Augenhöhe“ im Versorgungsalltag des Krankenhauses könnte sich vorteilhaft auswirken. Ein Parameter zur Feststellung der Zufriedenheit könnte eine Zufriedenheitsbefragung sein. Eine positive Zufriedenheitsbefragung, durchgeführt durch das Krankenhaus unter den behandelten Patienten, könnte als Werbung gegenüber einer Krankenkasse dienen. Eine Zufriedenheitsbefragung, durchgeführt von den Krankenkassen, könnte als Indikator für Verhandlungen oder Vertragsverlängerungen mit dem Krankenhaus dienen.

- **Es wird ein Beitrag zur Stabilität der Beiträge für die gesetzliche Krankenversicherung geleistet!**

Da die Leistungen der Krankenhäuser von jeher der größte Einzelausgabenblock der gesetzlichen Krankenversicherung sind<sup>93</sup>, wirken sich Einsparungen im Krankenhaussektor positiv auf die Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung aus. Jede Einsparung im Gesundheitswesen hat als positive Folge für die Patienten/Versicherten, dass der Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung stabil gehalten werden kann.

- **Die Patienten werden schneller aus dem Krankenhaus entlassen!**

Der Trend zur schnelleren Entlassung, der durch die Einführung der DRGs bereits begonnen hat, könnte sich noch verstärken. Um ihre Wirtschaftlichkeit zu erhöhen, werden Krankenhäuser die Patienten möglichst am unteren Ende der durchschnittlichen Verweildauer entlassen oder aber frühzeitig in geeignete ambulante oder stationäre Weiterversorgung verlegen. Das könnte dann erhöhte Anforderungen an die weiterbehandelnden Institutionen stellen, die auf dieses Patientenkontingent vielleicht nicht ausreichend vorbereitet und eingestellt sind. Ebenso könnte es

---

<sup>93</sup> Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2006), S. 191

auch zu einer vermehrten Verunsicherung der Patienten führen, die sich während des Genesungsprozesses im Krankenhaus sicherer fühlen.

- **Die freie Krankenhauswahl wird abgeschafft!**

Nach § 39 Abs. 1 SGB V haben gesetzlich Versicherte derzeit einen Anspruch auf Krankenhausbehandlung in einem zugelassenen Krankenhaus. Ihnen können nach § 39 Abs. 2 SGB V bei freier Wahl eines anderen als in der Einweisung angegebenen Krankenhauses aber die Mehrkosten auferlegt werden. In der Regel zeigen sich aber sowohl die einweisenden Ärzte als auch die gesetzlichen Krankenkassen bei der Wahl des Krankenhauses kulant. Bei der Umsetzung der Konzepte wird sich dieses Wahlrecht ändern, da die Patienten dann nur noch in die Vertragskrankenhäuser überwiesen werden sollten und auch nur noch dort behandelt werden. Es bleibt unklar, was passiert, wenn ein Patient nicht in das Vertragskrankenhaus der Krankenkasse zur Behandlung geht. Eine Vorgabe der Krankenkasse zur Krankenhausbehandlung könnte zu einer Verunsicherung der Patienten über die Gründe führen.

- **Es wird eine Mehr-Klassen-Versorgung für Versicherte verschiedener Krankenkassen geben!**

Durch verschiedene Verträge der verschiedenen Krankenkassen mit den Krankenhäusern könnte für die Versicherten der Eindruck entstehen, dass sie bei „ihrer“ Krankenkasse falsch versichert sind. Wenn sie zum Beispiel als Notfallpatient mitbekommen, dass ein Elektivpatient mit derselben Erkrankung (z. B. Hüftprothese) bessere Serviceleistungen erhält, da er bei einer anderen Krankenkasse versichert ist, kann das zu Unmut führen. Dieses Phänomen kann heute schon bei der praktischen Arbeit im Krankenhaus zwischen privat und gesetzlich Versicherten Patienten beobachtet werden.

### **6.3 Auswirkungen auf die Krankenkassen**

- **Die Ausgaben für Krankenhausbehandlungen werden stabil bleiben oder sinken!**

Durch den Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander stehen die Krankenkassen in einer guten Verhandlungsposition für die Preise der vom Krankenhaus erbrachten Leistungen. Das kann zu einer Stabilität oder einem leichten Sinken der Krankenhausausgaben führen und so zu einer Beitragsstabilität der gesetzlichen Krankenversicherung beitragen.



- **Die Serviceleistungen im Krankenhaus für die Versicherten der Vertragskrankenkasse werden steigen!**

Bei den Vertragsverhandlungen haben die gesetzlichen Krankenkassen die Möglichkeit, Serviceleistungen für ihre Patienten zu vereinbaren. Das kann zu einer erhöhten Zufriedenheit der Versicherten mit ihrer Krankenkasse führen und somit die Attraktivität der Versicherung bei einer bestimmten Krankenkasse erhöhen. Durch die Vereinheitlichung der Beiträge mit dem Gesundheitsfonds ist das eine der wenigen Möglichkeiten, sich von anderen gesetzlichen Krankenkassen abzuheben.

- **Der Verantwortungsbereich und der Einfluss der Krankenkassen im Krankenhauswesen wird sich vergrößern!**

Wenn die Krankenkassen zusätzlich die Finanzierung der Investitionskosten der Krankenhäuser übernehmen, wird sich das auf Beziehungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen auswirken. Wenn die Finanzierung der Investitionen über einen DRG-Aufschlag erfolgen sollte, sind die Krankenhäuser noch mehr daran interessiert, möglichst hohe Fallzahlen zu erreichen, was die Verhandlungspositionen der Krankenkassen weiter stärkt.

- **Die Krankenkassenmitglieder werden die Leistungen der Krankenkassen stärker vergleichen!**

Gerade multimorbide Patienten aller Altersklassen, die eine Krankenhausbehandlung benötigen, werden sich informieren, wo diese Leistungen hochwertig angeboten werden. Momentan wenden sie sich im Wesentlichen an den Hausarzt und ihr soziales Netz (Freunde, Bekannte, Familie), um sich über ein Krankenhaus zu informieren.<sup>94</sup> Wenn jetzt die Krankenkassen die Krankenhäuser vorgeben, besteht die Gefahr, dass die Versicherten sich übergangen fühlen und es ablehnen, in diesem Krankenhaus behandelt zu werden, zum Beispiel aufgrund schlechter Erfahrungen anderer. Dieses könnte zu einem Wechsel der Krankenkasse durch den Versicherten führen.

---

<sup>94</sup> Vgl. D. Schaeffer (2006), S. 5

## 6.4 Auswirkungen auf die Bundesländer

- **Wegfall der Zuständigkeit für die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser!**

Durch Umsetzung der Konzepte der Krankenkassen könnte die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser auf die Krankenkassen übergehen. Das würde Verwaltungskosten einsparen und die Finanzierung der Krankenhäuser aus einer Hand gewährleisten.

- **Der Sicherstellungsauftrag der Krankenhausversorgung wird schwer umzusetzen sein!**

In den einzelnen Landeskrankenhausgesetzen ist eine Sicherstellung der Krankenhausversorgung der Bevölkerung durch die Bundesländer festgeschrieben. Diesem Auftrag kommen die Bundesländer mit der Krankenhaus(bedarfs)planung nach. Sollte sich die Art und Ausgestaltung dieser Krankenhausplanung ändern, könnte das Auswirkungen auf die Möglichkeiten der Sicherstellung der Krankenhausversorgung haben. Wenn die Bundesländer die Krankenhausplanung an die Krankenkassen abgeben oder sich lediglich auf die Notfallplanung beschränken, hat das Auswirkungen auf die Bettenkapazitäten der Krankenhäuser. Die Politik muss sich gut überlegen, wie der ordnungspolitische Rahmen ausgestaltet werden soll und welche Rolle die Bundesländer im Weiteren in der Krankenhausplanung spielen sollen.

## 7. Fazit

Das Thema Krankenhausfinanzierung hat sich als sehr umfassendes und komplexes Thema herausgestellt, das vielen Wandlungen unterlag und sich stetig weiterentwickelt. In den nächsten Jahren wird sich in diesem Bereich erneut vieles verändern. Es gibt Vorschläge vonseiten der Leistungserbringer und Kostenträger im Gesundheitswesen sowie von der Politik, wie diese Veränderungen ausgestaltet werden können. Es bleibt abzuwarten, welcher Vorschlag sich letztendlich durchsetzen wird bzw. wie Kompromisse, mit denen alle Akteure, die an der Krankenhausfinanzierung beteiligt sind, gefunden werden. Obwohl nicht genau abzusehen ist, wie diese Änderungen ausfallen werden, so werden sie sich doch, wie beschrieben, auf viele Bereiche auswirken. Es gibt zudem viele ungeklärte Fragen:

- Wie soll ein einweisender Hausarzt den Überblick bei 166 gesetzlichen Krankenkassen<sup>95</sup> behalten, wohin er den Patienten bei welcher Erkrankung überweisen muss? Wie kann er bei der Einweisung sicher sein, nach welcher DRG das Krankenhaus letztendlich abrechnen wird?
- Wie kann es eine Trennung zwischen elektiven Eingriffen und Notfällen geben, die die Realität abbildet?
- Wie kann Korruption bei der Vergabe der selektiven Verträge sicher ausgeschlossen werden?
- Wie können langfristige Planungsoptionen bei den Vertragspartnern geschaffen werden?
- Wie kann der bürokratische Aufwand im Rahmen gehalten werden?
- Wie kann verhindert werden, dass eine Krankenkasse versucht, sich der multimorbiden Patientenklientel durch deren bewusste Verärgerung zu entledigen?
- Wie kann die Vorhaltung von Kapazitäten für Notfälle langfristig finanziert werden?
- Was passiert, wenn Patienten sich der Krankenhausvorgabe durch die Krankenkasse verweigern?

Diese Auswahl ist stellvertretend für die vielen ungeklärten Fragen, die in der Debatte um eine Veränderung der Vertragsgestaltung und Finanzierung im Krankenhauswesen zu klären sind.

Jeder Bereich – Leistungserbringer, Kostenträger und Politik – möchte seine Interessen in den veränderten Rahmenbedingungen vertreten sehen. Daher gehen die Vorstellungen der Akteure weit auseinander. Zum Teil werden die Vorstellungen anderer Akteure, zum Beispiel in Zeitschriftenartikeln, mit Gegenargumenten versehen, um auf die Richtigkeit der eigenen Position hinzuweisen.

Es war ein spannendes Feld, sich mit den verschiedenen Konzepten der Krankenkassen für eine neue Ausgestaltung der Krankenhausfinanzierung auseinanderzusetzen und Unterschiede, Gemeinsamkeiten und deren eventuelle Gründe herauszuarbeiten. Im Wesentlichen sehen die hier untersuchten Krankenkassen alle einen ähnlichen Handlungsbedarf und stehen in ihren Positionen nahe beieinander. Unterschiede sind eher nuancieller Natur.

---

<sup>95</sup> Stand 1. April 2010 GKV-Spitzenverband

## 8. Literaturverzeichnis

Deutsche Krankenhausgesellschaft, Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern – Stand Juli 2009 –, entnommen: [www.dkgev.de/pdf/1717.pdf](http://www.dkgev.de/pdf/1717.pdf), zuletzt eingesehen am 10.07.2010

Doege, Vanessa; Martini, Susanne: Krankenhäuser auf dem Weg in den Wettbewerb, 1. Auflage, Hannover 2008

Fischer, Wolfram: Diagnosis Related Groups (DRGs) und Pflege, 1. Auflage, Bern 2002

Haubrock, Manfred; Schär, Walter: Betriebswirtschaft und Management in der Gesundheitswirtschaft, 5., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Bern 2009

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK): Deutsche Kodierrichtlinien; Allgemeine und Spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren; Version 2010, Siegburg 2009

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK): G-DRG; German Diagnosis Related Groups; Version 2010; Definitionshandbuch Kompaktversion, Band 1, Siegburg 2009

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK): Hilfestellung für die Kalkulation von Zusatzentgelten gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG und Zusatzentgelten für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG, Siegburg 2005

Klauber, Jürgen; Robra, Berndt-Peter; Schnellschmidt, Henner: Krankenhausreport 2007 Krankenhausvergütung – Ende der Konvergenzphase?, 1. Auflage, Stuttgart 2008

Lauterbach, Karl; Lungen Markus: DRG-Fallpauschalen: eine Einführung, 1. Nachdruck, Stuttgart 2001

Leber, Wulf-Dietrich; Malzahn, Jürgen; Wolf, Johannes: Elektiv wird selektiv – Ein Vorschlag für einen nach Krankenhausleistungen differenzierenden Ordnungsrahmen ab 2009, Bonn 2007

Metzger, Franz: DRG´s für Einsteiger, 1 Auflage, Stuttgart 2004

Rau, Ferdinand; Roeder, Norbert; Hensen, Peter: Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland, 1. Auflage, Stuttgart 2009

Raupach, Karsten: Der Übergang zur DRG-basierten Vergütung von Krankenhausleistungen in Deutschland, 1. Auflage, Göttingen 2006

Robert Koch Institut; Statistisches Bundesamt: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin 2006

Schaeffer, Doris; Bertelsmann Stiftung (Hrsg.): Bedarf an Patienteninformation über das Krankenhaus, Gütersloh 2006

Tuschen, Karl Heinz; Trefz, Ulrich: Krankenhausentgeltgesetz, Kommentar, 1. Auflage, Stuttgart 2004

Vereinbarung über Regelungen für Zu- und Abschläge gemäß § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG, entnommen [www.g-drg.de/cms/index.php/inek\\_site\\_de/Rechtsgrundlagen/Grundsatzvereinbarungen\\_der\\_Selbstverwaltung/Regelungen\\_fuer\\_Zu-\\_und\\_Abschlaege\\_gem.\\_17b\\_Abs.\\_1\\_Satz\\_4\\_KHG](http://www.g-drg.de/cms/index.php/inek_site_de/Rechtsgrundlagen/Grundsatzvereinbarungen_der_Selbstverwaltung/Regelungen_fuer_Zu-_und_Abschlaege_gem._17b_Abs._1_Satz_4_KHG), zuletzt eingesehen am 10.07.2010

Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2010 (Fallpauschalenvereinbarung 2010 – FPV 2010) zwischen dem GKV-Spitzenverband, Berlin und dem Verband der Privaten Krankenversicherung, Köln sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Berlin, entnommen [www.dkgev.de/dkg.php](http://www.dkgev.de/dkg.php)

/cat/51/aid/6422/title/Vereinbarung\_zum\_Fallpauschalensystem\_fuer\_Krankenhaeuser\_fuer\_das\_Jahr\_2010, zuletzt eingesehen am 10.07.2010

[www.aok.de](http://www.aok.de)

[www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de)

[www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)

[www.g-drg.de](http://www.g-drg.de)

[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

## **9. Selbstständigkeitserklärung**

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig und nur unter Zuhilfenahme der angegebenen Quellen erstellt habe.

---

Daniel Schwudke

## 10. Anhang