

Krankenhaus-Report 2012

„Regionalität“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /
Jörg Friedrich / Jürgen Wasem (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2012

Auszug Seite 123-147



9	Direktverträge für stationäre Leistungen – Chance für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit im Krankenhausektor	123
	<i>Thomas Göbel und Johannes Wolff</i>	
9.1	Motivation.....	124
9.2	Ziele	125
9.2.1	Qualitätsziel	125
9.2.2	Wirtschaftlichkeitsziel	126
9.2.3	Wettbewerbsziel.....	127
9.3	Modell.....	127
9.3.1	Verhältnis von Kollektivvertrag und Direktvertrag	128
9.3.2	Leistungsspektrum/Katalog	129
9.3.3	Region	130
9.3.4	Ausschreibung	131
9.3.5	Qualität.....	132
9.3.6	Wahlmöglichkeit der Patienten/Versicherten.....	133
9.3.7	Die Rolle der Bundesländer	134
9.3.8	Korrektiv für überversorgte Regionen.....	134
9.4	Praxisbeispiel	135
9.4.1	Kein wirtschaftliches Risiko für die Krankenhäuser	137
9.4.2	Krankenhausplanerische Versorgungsgebiete als Grundlage der Ausschreibungsregion.....	139
9.4.3	Mindestanzahl von Krankenhäusern für den Wettbewerb	141
9.4.4	Mindestfallzahl und Erreichbarkeit	141
9.4.5	Ausschreibungsregionen innerhalb der Versorgungsgebiete	142

9.4.6	Preise als weiterer Bestandteil der Ausschreibung	145
9.4.7	Auswirkungen auf die Krankenhausplanung des Landes.....	145
9.4.8	Bewertung des Praxisbeispiels für Direktverträge planbarer stationärer Krankenhausleistungen	146
9.5	Fazit	146
9.6	Literatur.....	147

9 Direktverträge für stationäre Leistungen – Chance für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit im Krankenhaussektor

Thomas Göbel und Johannes Wolff

Abstract

Bislang existiert weder eine gesetzliche Möglichkeit für einen Vertragswettbewerb im Bereich vollstationärer Leistungen noch ein einheitliches Grundmodell der Krankenkassen, wie dieser Wettbewerb gestaltet werden könnte. Das vorgeschlagene Modell stellt zu diesem Zweck die Qualität der stationären Leistungen in den Mittelpunkt des Vertragswettbewerbs zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen für ausgewählte, planbare, stationäre Leistungen und vereint damit bestehende Ansätze neu. Ziele der Krankenkassen in diesem Modell sind die Verbesserung der Qualität stationärer Leistungen, indem die Kassen nicht mehr verpflichtet sind, mit Krankenhäusern mit schlechter Qualität zu kontrahieren, die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit durch die Möglichkeit Preisverhandlungen zu führen sowie die Verbesserung des Charakters des Wettbewerbs selbst durch die Schaffung der Möglichkeit, die Versorgung im Sinne der Versicherten und Patienten zu gestalten. Das dazu notwendige Modell wird hinsichtlich der relevanten Parameter spezifiziert und anhand eines Praxisbeispiels für Knieendoprothesen-Implantationen und Geburten auf das Bundesland Hessen übertragen. Dabei wird der Definition einer für den Wettbewerb geeigneten Region besondere Beachtung geschenkt.

Currently, there is neither a legal option for a managed competition for inpatient services nor do the health insurance funds use a standardized basic model on how to shape this competition. For this purpose, the suggested model focuses on the quality of inpatient care in the managed competition between hospitals and health insurance funds. The model aims at selected, predictable inpatient services, thereby combining existing approaches in a new way. In this model, the health insurance funds' objectives are to improve the quality of inpatient care by relieving the funds from the obligation to contract with hospitals with poor quality, and to increase economic efficiency by allowing price negotiations. Another target is to improve the nature of managed competition by creating the possibility to offer health care services which are in line with the insureds and patients' needs. The required model is specified in terms of the relevant parameters and projected on the German state Hesse, using the practical example of implantations of knee endoprostheses and births. Particular attention is given to the definition of a suitable region for managed competition.

9.1 Motivation

Das selektive Kontrahieren im deutschen Gesundheitswesen ist keine Erfolgsgeschichte. Im Gegenteil: Die zahlreichen Versuche, vertragswettbewerbliche Elemente im deutschen Gesundheitswesen zu installieren, können als gescheitert bezeichnet werden¹, dienen zum Teil mehr dem Marketing der Krankenkassen als der Versorgung² oder kränkeln in Umfang und Wirkung auf die Versorgung³. Allenfalls im Bereich der Arznei-, Heil- und Hilfsmittel kann man von einer gewissen positiven Wirkung auf die Versorgung sprechen, auch wenn es enorme Startschwierigkeiten gab.

Im stationären Versorgungssektor existiert bislang kein einziges vertragswettbewerbliches Instrument allein für vollstationäre Leistungen. Wie lässt sich diese ziemlich einmalige Versagensbilanz des Vertragswettbewerbs erklären, zumal die positiven Wirkungen der sozialen Marktwirtschaft in fast allen anderen Sektoren der deutschen Wirtschaft unbestritten sind und auch durch die Wissenschaft, insbesondere für den stationären Versorgungssektor, gesehen werden (vgl. Sachverständigenrat 2010/2011, S. 42; Monopolkommission 2006/2007 und 2008/2009)? Ist Vertragswettbewerb im deutschen Gesundheitswesen aufgrund der Beschaffenheit des Gutes nicht möglich? Ist der kollektivvertragliche Rahmen als alternative Versorgungsform zu dominant oder sind die gesetzlichen Regelungen möglicherweise unzureichend? Im Folgenden soll die handlungsleitende Frage beantwortet werden, welchen Anspruch an ein erfolgreiches vertragswettbewerbliches Modell für stationäre Leistungen gestellt werden muss bzw. welchen Regeln es folgen sollte.

Die bislang angebotenen vertragswettbewerblichen Modellideen der Krankenkassen konnten nicht in jeder Hinsicht überzeugen – es fehlten teilweise Antworten auf essenzielle Fragen, die verschiedenen Konzepte waren nicht miteinander vereinbar oder bisweilen sehr einseitig auf Kostendämpfung fixiert. Von der homöopathischen Dosis Vertragswettbewerb bis zur De-facto-Abschaffung des Kollektivvertrags war alles im Angebot (vgl. AOK-Bundesverband 2007; VdAK/AEV 2007; BKK Bundesverband 2007; BARMER Ersatzkasse 2007; Techniker Krankenkasse 2007).

Im Folgenden soll der Versuch unternommen werden, bei gleichzeitiger Beantwortung der oben gestellten Frage und evolutionärer Weiterentwicklung der vertragswettbewerblichen Modelle der Krankenkassen ein Modell für geeignete vollstationäre Leistungen zu entwerfen. Dieses Modell soll dem ökonomischen Prinzip dergestalt folgen, dass das Verhältnis aus Mitteleinsatz (Fallpauschale) und Ertrag (Qualität der Behandlung) gegenüber dem kollektivvertraglichen Modell verbessert wird (Referenzpunktvergleich). Die dahinter liegende Annahme ist, dass die für die Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehenden Mittel knapp sind und entsprechend ertragsmaximierend eingesetzt werden sollen. Beide einfachen Formen des ökonomischen Prinzips, das Minimumprinzip (mit minimalem Mitteleinsatz einen vorgegebenen Ertrag erreichen) wie auch das Maximumprinzip (bei vorgegebenem Mitteleinsatz einen möglichst hohen Ertrag zu erzielen) eignen sich, um das Modell

1 Vergleiche § 116 b SGB V alte Fassung, § 73 b SGB V.

2 Vergleiche § 73 c SGB V, § 140 ff. SGB V.

3 Vergleiche § 63 SGB V, § 116 b Abs. 1 SGB V.

im Ergebnisvergleich zum Kollektivvertrag zu bewerten. Dass der Qualitätsbegriff hochgradig komplex ist, sei dabei akzeptiert, nicht aber, dass sich Qualität nicht messen oder vertraglich definieren ließe, worauf später im Text noch eingegangen werden soll.

Aus Sicht der Krankenkassen soll der Vertragswettbewerb dazu dienen, die Versorgung der Patienten/Versicherten mit planbaren, stationären Leistungen im stationären Sektor durch Wettbewerb der Leistungserbringer und Krankenkassen untereinander zu verbessern (im Weiteren kurz Direktvertrag genannt). Dieses Ziel kann wiederum in drei Unterziele unterschieden werden, denen folgende Hypothesen zugrunde liegen:

1. Qualitätsziel: Die Ergebnisqualität planbarer, stationärer Leistungen lässt sich durch Direktverträge verbessern.
2. Wirtschaftlichkeitsziel: Die Wirtschaftlichkeit planbarer, stationärer Leistungen lässt sich durch Direktverträge verbessern.
3. Wettbewerbsziel: Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern wird durch die Direktverträge stärker im Sinne der Patienten geführt.

Im Folgenden soll für jedes der drei Ziele gezeigt werden, dass es zu seiner Durchsetzung der Direktverträge bedarf, bevor das Modell anschließend in seinen einzelnen Komponenten definiert und anhand eines Praxisbeispiels konkret angewandt wird.

9.2 Ziele

9.2.1 Qualitätsziel

Der Kollektivvertrag verpflichtet die Krankenkassen zum Kontrahieren mit jedem nach §§ 108, 109 SGB V zugelassenen Leistungserbringer. Dies bedeutet, dass Krankenkassen jede angebotene Qualität stationärer Leistungen vergüten müssen, egal ob diese Qualität schlecht oder sehr gut ist.⁴ Unterdurchschnittliche Ergebnisqualität der Krankenhäuser bleibt sowohl im gegenwärtigen Vergütungssystem des Kollektivvertrags als auch bei der Krankenhausplanung der Bundesländer ohne Konsequenzen. Folglich verbleibt schlechte Qualität im Markt, da sie nicht direkt über die Vergütung oder die Krankenhausplanung sanktioniert wird. Um es deutlich zu sagen: Es wird derzeit wissentlich hingenommen, dass Patienten vermeidbare Komplikationen erleiden. Die gegenwärtig fehlende Verzahnung von Vergütung, Krankenhausplanung und Qualitätssicherung ist suboptimal. Krankenkassen beobachten gravierende Qualitätsunterschiede zwischen Leistungserbringern, wie sich bspw. über Routinedaten feststellen lässt (vgl. Mohrmann und Koch 2011).

Der Zeitpunkt scheint für die Einführung von Direktverträgen sehr geeignet: Die DRG-Einführungsphase ist abgeschlossen, es ist Routine in die DRG-Entwick-

⁴ Vergleiche § 7 Abs. 2 KHEntgG.

lung gekommen. Die Ergebnisse des zweiten Zyklus der DRG-Begleitforschung bestätigen – auf Basis einer mit Routinedaten der Krankenkassen durchgeführten Analyse – konstante Mortalitätsraten und Arzt-Patienten-Kontakte nach einem Krankenhausaufenthalt. Dies spricht für eine unveränderte Qualität der stationären Behandlung nach der DRG-Einführung (vgl. Fürstenberg et al. 2010). Nun ist es an der Zeit, die Qualität stationärer Behandlung nicht nur zu bewahren, sondern zu steigern. Dazu müssten die einzelnen Bundesländer als Planungsbehörde die Krankenhäuser mit nachweislich schlechter Behandlungsqualität von der Versorgung der Patienten ausschließen. Dies scheint jedoch aufgrund unterschiedlicher politischer Interessen wenig realistisch. Direktverträge bieten somit die Chance, die Qualität der stationären Behandlung im Sinne der Patienten zu steigern, indem gezielt Krankenhäuser mit überdurchschnittlicher Qualität unter Vertrag genommen werden. Die Fallpauschalen selbst, aber auch die Leistungsabbildung per ICD-Kodes und OPS-Ziffern haben einen so hohen Differenzierungsgrad erreicht, dass längst nicht mehr nur die Kostenhomogenität, sondern auch qualitätsdifferenzierende Merkmale, z. B. über Routinedaten, gemessen werden können. Die Direktvertragsmöglichkeit bietet die Chance, im freiwilligen Vertragswettbewerb zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen bei gegebenen Preisen zu besserer Qualität zu kommen.

9.2.2 Wirtschaftlichkeitsziel

Den von der Leistungserbringerseite vielfach beschworenen Qualitätswettbewerb wollen die Krankenkassen auch. Auf die manipulative Alternativfrage nach Qualitäts- oder Preiswettbewerb fällt allerdings die Antwort anders aus: Aus Sicht der Krankenkassen schließen sich Preis- und Qualitätswettbewerb – auch im Sinne des oben formulierten ökonomischen Prinzips – nicht aus. Warum sollte die Preisdimension mit all ihren nützlichen Funktionen für vollstationäre Leistungen dauerhaft ausgeblendet bleiben, zumal sie wie oben beschrieben zur schnellen Durchsetzung guter Qualität dringend notwendig ist? Durch Preisverhandlungen können bislang ungehobene Wirtschaftlichkeitsreserven gehoben werden, indem vom Einheitspreis in beiderseitigem Einvernehmen innerhalb des Direktvertrags abgewichen werden kann. Für die Existenz dieser Wirtschaftlichkeitsreserven gibt es mannigfache Beweise, ohne auf die Gewinnsituation mancher Kliniken im Detail zu blicken (vgl. Burmann et al. 2008). Allein die unterschiedlichen Landesbasisfallwerte (LBFW) zeigen die Dimension dieser Wirtschaftlichkeitsreserven zwischen den Bundesländern. Warum sollte es in Rheinland-Pfalz nicht möglich sein, mit dem Landesbasisfallwert von Mecklenburg-Vorpommern oder Schleswig-Holstein die Patienten ebenso gut zu versorgen? Am Beispiel der hoch standardisierten Knieendoprothesen-Implantation illustriert, kostete der Eingriff 2010 in Rheinland-Pfalz 7 668,96 Euro, während er in Schleswig-Holstein nur 7 017,59 Euro kostete. Zu den 651,37 Euro landesbezogener Kostendifferenz sind keinerlei systematische Qualitätsunterschiede bekannt. Ein Zusammenhang zwischen einem hohen Landesbasisfallwert und einer überdurchschnittlichen Qualität besteht nachweislich nicht. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ist mittlerweile dem gesetzlichen Auftrag des § 10 Abs. 13 KHEntgG zur wissenschaftlichen Untersuchung der unterschiedlichen Höhe der Landesbasisfallwerte nachgekommen und hat die wissenschaftliche Studie vergeben. Aus Sicht der Verfasser ist aber nicht

mit substanziellen Gründen für die unterschiedliche Höhe zu rechnen. Vielmehr dürften historisch fortgeschriebene Budgets ursächlich sein. Da eine qualitativ hochwertige Versorgung auch in anderen Ländern zum Preisniveau von Schleswig-Holstein realisierbar ist, kann eindeutig von Effizienzreserven ausgegangen werden. Direktverträge bieten die Chance, im freiwilligen Vertragswettbewerb zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen bei gegebener Qualität zu wirtschaftlicheren Preisen zu kommen.

9.2.3 Wettbewerbsziel

Einerseits konkurrieren die Leistungserbringer um zu behandelnde Patienten (Behandlungsmarkt), andererseits die Krankenkassen um Versicherte (Versicherungsmarkt) (vgl. Albrecht et al. 2010; 18). In beiden Fällen zeigt sich aber mittlerweile, dass der Wettbewerb leider nicht in ausreichender Form um die besten Versorgungsangebote geführt wird, da die bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen den erforderlichen Wettbewerb auf dem Vertragsmarkt konterkarieren. Krankenhäuser legen Indikationen in Fällen mit vermeintlich hohen Deckungsbeiträgen (Endoprothetik, Bandscheibenoperationen etc.) sehr weit aus, während Krankenkassen im Wettbewerb darauf fokussiert sind, positive Deckungsbeiträge ihrer Versicherten zu erreichen (vgl. Fürstenberg et al. 2010). Dies spricht dafür, dass ausreichend Anreize sowohl der Leistungserbringer im Wettbewerb wie auch der Krankenkassen untereinander um die Gunst der Patienten/Versicherten existieren, es aber keine adäquaten Möglichkeiten gibt, diese in einen positiven Wettbewerb um die beste Versorgung zu kanalisieren. Um es deutlich zu sagen: Der Wettbewerb sollte so geführt werden, dass Krankenhäuser und Krankenkassen zu Ergebnissen kommen, die dem Versicherten und insbesondere dem Patienten dienen. Obwohl die Krankenkassen inzwischen wie Wirtschaftsunternehmen agieren – so sind sie seit kurzem insolvenzfähig –, haben sie bisher so gut wie keine Möglichkeiten, die stationäre Versorgung in nennenswertem Umfang mitzugestalten. Sowohl die Mittelzuweisung aus dem Gesundheitsfonds und der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich als auch die Krankenhausfinanzierung und die vertragsärztliche Vergütung sind zum überwiegenden Teil bundeseinheitlich oder landeseinheitlich fixiert und bieten kaum Möglichkeiten, durch eigene Managemententscheidungen im Wettbewerb zu bestehen. Die grundsätzlich positiv zu bewertende Idee des Wettbewerbs im Gesundheitswesen wird in Mitleidenschaft gezogen. Die Direktvertragsmöglichkeit bietet die Chance, im freiwilligen Vertragswettbewerb zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen endlich Wettbewerb um die beste Versorgung des Patienten/Versicherten im Sinne des ökonomischen Prinzips zu schaffen.

9.3 Modell

Das Modell, mit dem die genannten Ziele erreicht werden könnten, lässt sich wie folgt zusammenfassen: Die Krankenkassen können definierte planbare stationäre Leistungen regional ausschreiben.

9.3.1 Verhältnis von Kollektivvertrag und Direktvertrag

Viele der bislang existierenden vertragswettbewerblichen Formen kranken an der schlecht definierten Beziehung zum Kollektivvertrag. Beispielsweise wirken Verträge zur integrierten Versorgung auch nach fast einer Dekade immer noch in vielerlei Hinsicht wie Fremdkörper im Kollektivvertrag oder sind die Regelungen zur Bereinigung der ambulanten Direktverträge so kompliziert, dass jeglicher Erfolg dieses Modells von vornherein nahezu ausgeschlossen ist. Für den Erfolg der Direktverträge innerhalb des stationären Sektors ist die Verzahnung von Kollektivvertrag und Direktvertrag von entscheidender Bedeutung. Direktverträge sollen dabei den Kollektivvertrag nicht ersetzen, sondern gezielt ergänzen.

Erstes Ziel der Krankenkassen in der Diskussion um Direktverträge ist, schlechte bzw. unterdurchschnittliche Qualität bei planbaren Leistungen vom Markt auszuschließen, ohne dabei Leistungen zu rationieren. Mit Krankenhäusern, die definierte Qualitäts-/Preisanforderungen im Sinne des ökonomischen Prinzips nicht garantieren können, sollten die Krankenkassen keine planbaren Leistungen mehr vereinbaren müssen. Der unbedingte, leistungserbringerspezifische Kontrahierungszwang des Kollektivvertrags muss für planbare stationäre Leistungen aus diesem Grund entfallen, nicht aber der versicherten- und leistungsbezogene Kontrahierungszwang. Für alle Versicherten wird die Krankenkasse immer die betreffenden Leistungen absichern müssen. Dies kann aber weiterhin im Rahmen des bisherigen Kollektivvertrages oder im Direktvertragsmodell geschehen. Der Kollektivvertrag wird um die Option der Direktverträge lediglich ergänzt und nicht ersetzt („2-Säulen-Modell“). Werden keine Direktverträge geschlossen, so dient der Kollektivvertrag als „kollektives Netz“, gibt also die Sicherheit, dass jeder Patient/Versicherte jederzeit in jedem Krankenhaus behandelt werden kann und die Krankenhausbehandlung auch vergütet wird. Die Möglichkeit, Direktverträge zu schließen, sollte der einfachen Formel folgen: „Die Krankenkasse kann ...“. Einer Ersatzvornahmemöglichkeit des Vertragsabschlusses bedarf es aufgrund des „kollektiven Netzes“ nicht.⁵

Bisherige wettbewerbliche Vertragsmodelle haben die Vergütungsmechanismen des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) meist verkompliziert. Dabei kann durch die Möglichkeit der Direktverträge die Vergütungssystematik der Krankenhäuser auch vereinfacht werden, indem folgende zwei Punkte umgesetzt werden:

1. Grundlagen des DRG-Systems und der Qualitätssicherung gelten im Kollektiv- und Direktvertrag.
2. Keine Budgetbereinigung durch Wegfall der Erlösausgleichsmechanismen (§ 4 Abs. 9 KHEntgG) und des Mehrleistungsabschlages (§ 4 Abs. 2a KHEntgG) für die betroffenen Leistungen.

Notwendig ist, dass alle kollektivvertraglichen Regelungen zur Datenübermittlung, Kodierung, DRG-Gruppierung, DRG-Kalkulation, zu Zu- oder Abschlägen und allem voran zur kollektivvertraglichen Qualitätssicherung ihre verpflichtende Gül-

⁵ Das Negativbeispiel eines fremdbestimmten Direktvertrags wie im Falle der Hausarztverträge wird so vermieden.

tigkeit auch innerhalb der Direktverträge behalten.⁶ Dies setzt voraus, dass Direktvertrag und Kollektivvertrag grundsätzlich in beide Richtungen überführbar und vergleichbar bleiben, d. h. die Leistungsinhalte auf Basis von ICD und OPS durch DRG-Fallpauschalen identisch definiert sind. Nur so lassen sich die für die kollektivvertragliche Verhandlung der Landesbasisfallwerte und die Krankenhausplanung notwendigen Leistungsvolumina übergreifend ermitteln. Im Umgang mit dem Landesbasisfallwert werden die Casemixvolumina der Leistungen für die Kollektivvertragsverhandlung ausgegliedert, sofern ein Direktvertrag geschlossen wurde. Diese Leistungsmengen sind von den kollektivvertraglichen Vorschriften des Landesbasisfallwertes nicht betroffen. Werden die Direktverträge gekündigt oder laufen sie aus, werden die entsprechenden Leistungen in das reguläre Erlösbudget des Krankenhauses einbezogen. Auch im Rahmen der Landesbasisfallwertverhandlungen wird das Casemixvolumen wieder berücksichtigt, ohne dabei – wie bei der Ausgliederung – Kostendegressionsargumente anzuwenden.

Für die planbaren stationären Leistungen – unabhängig ob im Kollektiv- oder Direktvertrag – sind die Mengensteuerungsinstrumente der Erlösausgleiche und des Mehrleistungsabschlags nicht mehr erforderlich. In den Ballungszentren, wie z. B. dem Rhein-Main-Gebiet, könnten die Krankenkassen planbare Leistungen, wie z. B. Geburten oder Hüftendoprothesen-Implantationen, bei einzelnen Krankenhäusern mit einer guten bzw. überdurchschnittlichen Qualität zu angemessenen Preisen über einen Direktvertrag absichern.⁷ Die Gestaltung der Preise im Rahmen des Direktvertrages obliegt dabei den Krankenhäusern und Krankenkassen, sodass der Erlösausgleich und der Mehrleistungsabschlag entfallen können. In ländlichen Regionen, wie z. B. Osthessen, werden einzelne Krankenhäuser eine Monopolstellung für die Erbringung von Leistungen haben, sodass das Modell hier nicht greift. Allerdings besteht für die Krankenhäuser auch keine wettbewerblich ausgelöste Motivation zur Steigerung der Leistungen bzw. ein geringes Potenzial, da sie in der Region bereits eine marktbeherrschende Stellung haben.

9.3.2 Leistungsspektrum/Katalog

Für Direktverträge im stationären Sektor eignen sich ausschließlich planbare Leistungen, bei denen eine Wahlmöglichkeit des Patienten vorausgesetzt werden kann. Alle für den Patienten unvorhersehbaren Leistungen scheiden aus (notfallähnlicher Charakter). Ein Katalog möglicher Direktvertragsleistungen wurde bereits in der Hochphase der ersten Diskussion über vertragswettbewerbliche Möglichkeiten im stationären Sektor in einer Expertengruppe entwickelt. Dieser auf DRGs basierende Katalog ist weiterhin aktuell und zwischenzeitlich trotz der jährlichen DRG-Weiterentwicklung stabil über DRGs beschrieben (z. B. P67 Neugeborener Einling, I44 Endoprothesen-Implantation am Kniegelenk, D30 Tonsillektomie). Dies liegt nicht zuletzt daran, dass die betreffenden Leistungen nicht nur planbar, sondern in der Regel auch hochstandardisiert sind. Da diese Leistungen planbar sind, ist die

⁶ Bis auf die Zu- und Abschläge aufgrund von Erlösausgleichen und aufgrund von Mehrleistungsabschlägen.

⁷ Vergleiche Analysen im Praxisbeispiel, Abschnitt 9.4.

oben beschriebene Tendenz zur weiten Indikationsstellung durch Krankenhäuser besonders ausgeprägt (z. B. I09 Wirbelkörperfusion, C08 ECCE, F49 invasive kardiologische Diagnostik). Um dem Phänomen angebotsinduzierter Nachfrage zu begegnen, eignet sich ein auf dauerhafte Vertragspartnerschaft ausgelegtes Direktvertragskonstrukt vermutlich besonders gut. Im Vergleich zum Versuch des Gesetzgebers, über den Mehrleistungsabschlag des Problems Herr zu werden, ist der Direktvertrag vermutlich die rationalere und erfolversprechendere Variante.

Die Größe des Direktvertragskatalogs lässt sich entsprechend variieren, sodass verschiedene Einstiegswinkel in das Direktvertragsmodell möglich sind. In seiner damaligen weiten Form umfasst er ca. drei Mio. stationäre Fälle, das entspricht ca. 15% der stationären Leistungen insgesamt. In einem ersten Schritt ließe sich der abschließende und verbindliche Katalog auf z. B. ausgewählte Indikationen im Bereich der Endoprothetik, Gynäkologie oder Augenheilkunde begrenzen. Ein geringerer Einstiegswinkel durch Begrenzung der Indikationen ist Veränderungen in der Art des hier beschriebenen Direktvertragsmodells in jedem Falle vorzuziehen. Eine Erstvorgabe des DRG-basierten Kataloges könnte analog des § 116 b SGB V durch das BMG per Gesetz erfolgen und den schiedsstellenfähigen Auftrag zur Ergänzung des Katalogs durch die Partner der Selbstverwaltung beinhalten. Alternativ könnte auch der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) den Auftrag zur Konkretisierung und Ergänzung des Katalogs erhalten. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, dass das BMG klare, empirisch prüfbare Kriterien vorgibt, nach denen der Katalog sukzessive erweitert werden kann. Entsprechend der sich so ergebenden Leistungen kann die Krankenkasse dann DRG-spezifische Direktverträge schließen.

9.3.3 Region

Eine der unverzichtbaren Voraussetzungen für Direktvertragswettbewerb ist eine entsprechend vitale Konkurrenzsituation unter den Leistungserbringern und die Möglichkeit, einen relevanten Markt für die Ausschreibung zu definieren. Ein Wettbewerb um Qualität und Preis wird nur dort entstehen können, wo die Leistungserbringerdichte in Bezug auf die Direktvertragskatalogleistungen innerhalb des relevanten Marktes groß genug ist. Im Sinne der vielschichtigen Definitionen des „relevanten Marktes“ kommt es primär auf die Nachfragesubstituierbarkeit des planbaren Eingriffs an. Da der Preis als Maßzahl für die Substituierbarkeit des Gutes „planbare Krankenhausleistung“ entfällt, können hilfsweise die Transaktionskosten herangezogen werden. Die Transaktionskosten wiederum werden ganz wesentlich durch die räumliche Nähe bzw. die zeitliche Erreichbarkeit beeinflusst. Der relevante Markt und die Intensität der Konkurrenzsituation lässt sich also in Abhängigkeit der (räumlichen und zeitlichen) Entfernung zu den nächsten Krankenhäusern beschreiben, die die betreffende Leistung ebenfalls erbringen. Darüber hinaus ist der relevante Markt von der Art des Eingriffs selbst abhängig. Für bestimmte DRGs sind die Patienten eher bereit weitere Strecken zu fahren als für andere. „Der für die Würdigung einer Wettbewerbsfrage maßgebliche Markt wird somit durch eine Kombination des sachlich und des räumlich relevanten Marktes bestimmt.“ (Europäische Kommission 1997; Randnummer 9) Der Grad des Wettbewerbs kann anhand des Herfindahl-Index (vgl. Abschnitt 9.4.3) gemessen werden. Die Frage der Regionsdefinition ist von zentraler Wichtigkeit, da sie den Erfolg des Direktver-

tragswettbewerbs zentral bestimmt. Zu klein oder zu wettbewerbsarm geschnittene Regionen würden Wettbewerb von vornherein behindern. Diese Frage ist auch einer der schwächsten Punkte früherer Krankenkassenkonzepte, da sie weitgehend unbeantwortet geblieben ist. Im Rahmen der praktischen Beispiele soll in Abschnitt 9.4.2 exemplarisch eine solche Region definiert werden.

9.3.4 Ausschreibung

Im Gegensatz zu früheren Krankenkassenmodellen ist die Ausschreibung der Direktverträge innerhalb der definierten Region nicht länger umstritten. Direktverträge sollen durch die DRG-spezifische Ausschreibung der Direktvertragskatalogleistungen für die Versorgungsregion zustande kommen. Die Krankenkassen schreiben dazu (ggf. in Losen) den Versorgungsbedarf ihrer Versicherten in der Region, die Qualitäts- und Preisanforderungen aus. Die Krankenkassen können sich im Rahmen des § 69 SGB V auch zu Vertragsgemeinschaften zusammenschließen. Da der Abschluss von Direktverträgen mit Krankenhäusern derzeit nicht gesetzlich geregelt ist, ist die konkrete Ausgestaltung auch nicht mit § 69 Abs. 2 SGB V zu beantworten, sondern lediglich über grundlegende Regelungen des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB). Die Voraussetzungen des öffentlichen Auftraggebers und Auftrages sind erfüllt: Die Krankenkassen schließen als öffentliche Auftraggeber nach § 98 Nr. 2 GWB Verträge mit Krankenhäusern ab, die nach § 99 Abs. 4 GWB als Dienstleistungsverträge zu qualifizieren wären. Diese Verträge sind entgeltlich. Das Kartellvergaberecht wäre somit grundsätzlich anwendbar.

Die Besonderheit des Direktvertragsmodells besteht darin, dass die Verträge nicht nur mit einem, sondern mit mehreren Anbietern abgeschlossen werden sollen. Die Entscheidung, mit wie vielen Anbietern der Auftraggeber kontrahieren will, obliegt dabei allein dem Auftraggeber. Entscheidend ist hingegen die korrekte Durchführung der Auswahlentscheidung (Ermessensausübung, Benennung der Auswahlkriterien usw.). Dass der öffentliche Auftraggeber über einen zu beschaffenden Gegenstand oder eine Dienstleistung mehrere Verträge abschließen kann, zeigt auch die gesetzliche Möglichkeit der Losaufteilung. Gerade im Bereich der „Beschaffung im Gesundheitswesen“ sind Vertragsabschlüsse mit mehreren Vertragspartnern oft anzutreffen und aufgrund der Besonderheiten der im SGB V geregelten Vertragstypen wahrscheinlich auch nicht anders umsetzbar (vgl. § 73 b SGB V, dort Abs. 4 Satz 4, oder aber § 73 c Abs. 3 oder § 127 SGB V). Diese Verträge können mit einem oder mehreren Vertragspartnern abgeschlossen werden. Aus vergaberechtlicher Sicht bestehen also wahrscheinlich keine Bedenken, einen Vertrag mit bspw. 80 % der Krankenhäuser abzuschließen, solange dies im Vergabeverfahren transparent gemacht wird.

Die Leistungserbringer der betreffenden Region können sich anschließend auf das Angebot bewerben. Um den Realitäten der Krankenhausplanung Rechnung zu tragen, sollte die Möglichkeit sich zu bewerben dabei auf zugelassene Leistungserbringer nach § 108 SGB V beschränkt bleiben. Darüber hinaus sollte möglichst zu einem fest definierten Stichtag im Jahresrhythmus mit der Dauer einer Ausschreibungsperiode von vier Jahren ausgeschrieben werden, um Planbarkeit zu garantieren.

9.3.5 Qualität

Teil des ausgeschriebenen Angebots werden in jedem Fall Qualitätsindikatoren sein. Wie vielfältig der Kosmos der Qualitätsindikatoren derzeit ist, wird bei einem Blick in den Qualitätsindikatorethesaurus (Quinth) des GKV-Spitzenverbandes deutlich, in dem rund 2000 Qualitätsindikatoren aus der ambulanten und stationären Medizin gelistet sind.⁸ Es stehen sowohl struktur-, prozess- als auch ergebnisqualitative Indikatoren zur Auswahl. Qualität vertragsfähig zu machen, dürfte vor diesem Hintergrund gelingen (vgl. bspw. Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR)).⁹ Es wird aber auch deutlich, dass es für einen fairen transparenten Wettbewerb immer einer vergleichbaren, einheitlichen und kollektiven Qualitätssicherung als Mindeststandard bedarf, um bspw. im Rahmen einer vergleichenden Wahl der Versicherten auch die Wahlentscheidung über ihre Krankenkasse davon abhängig machen zu können.

Wenn über Qualität im Krankenhaus diskutiert wird, ist zwischen der Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität grundsätzlich zu unterscheiden. Die Strukturqualität beschreibt die Qualität der Leistungserstellung und umfasst die personellen Voraussetzungen, d. h. den Facharztstandard, die technische Ausstattung einer Institution, die räumlichen Gegebenheiten und die Ablauforganisation. Die Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen, Qualitätszirkeln und Weiterbildungsveranstaltungen sind weitere Indikationen für Strukturqualität. Die Prozessqualität beschreibt sämtliche diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen innerhalb eines Versorgungsablaufs, die unter Berücksichtigung der individuellen Krankheitsmerkmale eines Patienten ergriffen werden oder nicht. Bei der Prozessqualität stellt sich somit die Frage nach dem „Wie“ der Behandlung. Wie wird diagnostiziert/therapiert? Wie läuft der Behandlungsprozess ab? Prozessqualität bezieht sich direkt auf medizinische Fragen. Die Ergebnisqualität bezieht sich auf das Behandlungsergebnis. Die Beurteilung von Ergebnisqualität hängt in hohem Maße davon ab, ob deren Zielsetzung erreicht wurde. Wichtig dabei ist die Patientenzufriedenheit in Bezug auf die Behandlung und das erreichte Ergebnis.¹⁰ Bei Direktverträgen wird die Ergebnisqualität im Fokus stehen, ohne die Struktur- und insbesondere die Prozessqualität unberücksichtigt zu lassen. Struktur- und Prozessqualität müssen differenziert betrachtet werden, denn die Erfahrungen mit Vorgaben zur Strukturqualität, z. B. anhand der Mindestmengen für die Knieendoprothesen-Implantation, haben gezeigt, dass die Krankenhäuser diese durch Ausweitung der Indikationsstellung umgehen. Das ursprüngliche Ziel der Mindestmengen bei Knieendoprothesen-Implantationen, eine Erhöhung der Qualität durch eine Leistungskonzentration, wurde nicht erreicht. Am 17.08.2011 hat das Landessozialgericht (LSG) Berlin-Brandenburg sogar die Mindestmenge von 50 Knieendoprothesen-Implantationen aufgehoben, weil für das Gericht der Zusammenhang zwischen Qualität und Menge nicht hinreichend belegt war.¹¹ In der mündlichen Begründung des Urteils hat das LSG darauf hingewiesen, dass das Urteil nicht nur für die klagende Klinik in Brandenburg, sondern für alle Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland gelte. Das Urteil vom

8 Vergleiche <http://quinth.gkv-spitzenverband.de>

9 Vergleiche www.wido.de/qsr-verfahren.html

10 Vergleiche www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/qualitaetsicherung/ergebnisqualitaet/

11 Vergleiche Pressemitteilung des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg vom 18.08.2011

17.08.2011 ist zwar noch nicht rechtskräftig, zeigt aber, dass Direktverträge mit verbindlicher Ergebnisqualität dringend erforderlich sind.

Dass die Ergebnisqualität bereits heute gemessen werden kann, beweisen einzelne Indikatoren der Qualitätssicherung nach § 137 SGB V und auch die QSR-Indikatoren des AOK-Bundesverbandes.

9.3.6 Wahlmöglichkeit der Patienten/Versicherten

Die Krankenhauswahlfreiheit der Versicherten soll grundsätzlich nicht eingeschränkt werden. Entscheidend für die Wirksamkeit der Direktverträge ist jedoch, dass die einzelnen Angebote und die Qualität der Versorgung für die Patienten/Versicherten transparent sind. Diese Transparenz ist erforderlich, damit in einer Region die Patienten von den Krankenhäusern A und B in das Krankenhaus C mit einer überdurchschnittlichen Qualität umgesteuert werden können. Im Vergleich zu früheren Überlegungen soll diese Umsteuerung nicht verpflichtend durch Malusregelungen, also „Bestrafung“ der Versicherten geschehen, sondern durch Information und direkte Ansprache oder Wahltarife. Die Information der Patienten/Versicherten sollte einerseits direkt durch die Ärzte erfolgen, die eine Krankhauseinweisung ausstellen. Über die Praxissoftware könnten die Ärzte bei einer Ausstellung einer Krankhauseinweisung die Krankenhäuser mit einem Direktvertrag inklusive der Qualitätsbeschreibungen angezeigt bekommen, um die Patienten direkt zu informieren.¹² Andererseits sollte auch den Krankenkassen gesetzlich erlaubt werden, ihre Versicherten gezielt über die unterschiedliche Qualität in den Krankenhäusern zu informieren. Warum sollten die Krankenkassen, sobald ihnen eine bestimmte Indikation bekannt wird, die einen Krankenhausaufenthalt erfordert (z. B. Schwangerschaft), ihre Versicherten nicht kontaktieren und ein Krankenhaus in der Region mit überdurchschnittlicher Qualität empfehlen? Warum sollen die angehenden Eltern nicht auch die Ergebnisqualität der Krankenhäuser bei Entbindungen in ihre Auswahlentscheidung mit einbeziehen? Eine weitere Möglichkeit wäre, die Direktverträge mit Wahlтарifen der Krankenkassen zu verbinden. So könnten sich Versicherte im Rahmen eines Wahlтарifs freiwillig dafür entscheiden, sofern eine planbare Krankenhausbehandlung erforderlich wird, nur in die Direktvertragskrankenhäuser der Krankenkasse zu gehen. Ein solcher Wahlтарif würde zwar die Wahlfreiheit der Versicherten einschränken, aber gleichzeitig die Versorgung in überdurchschnittlich guten Krankenhäusern ermöglichen. Jede Krankenkasse soll hierzu ein individuell geeignetes Steuerungsinstrumentarium anwenden dürfen, was wiederum auch Malusregelungen einschließen kann. Die gesetzlichen Grundlagen, um diese Instrumente in der Satzung der Krankenkasse zu verankern, sind per Gesetz zu schaffen. Man muss sich in diesem Zusammenhang immer wieder verdeutlichen, dass von der Umsteuerung durch Direktverträge nur einzelne im Direktvertragskatalog befindliche Leistungen in bestimmten Regionen in einem Teil der Krankenhäuser mit schlechter Qualität betroffen sind. Das heißt, der Patient hat durch die Steuerungsmaßnahmen der Krankenkassen keinen Nachteil, sondern einen spürbaren Vorteil, da das Risiko von Komplikationen nach einer Operation durch die Behandlung in einem Krankenhaus mit nachweislich besserer Ergebnisqualität sinkt. Dass die flä-

¹² Vergleiche www.gevko.de/

chendeckende Versorgung der Bevölkerung in Ballungsräumen bei ausgewählten planbaren Leistungen mit der Tendenz zur angebotsinduzierten Nachfrage zusammenbricht, steht nicht zu befürchten.

9.3.7 Die Rolle der Bundesländer

Die Bundesländer sind gemäß § 6 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) verpflichtet, zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern einen Krankenhausplan aufzustellen – der sogenannte „Sicherstellungsauftrag“. Die Krankenhausgesetze in den einzelnen Bundesländern regeln die Details der Krankenhauspläne. Die Krankenhausplanung wird daher in den jeweiligen Bundesländern sehr unterschiedlich gehandhabt. Die Möglichkeit der Direktverträge wird den „Sicherstellungsauftrag“ der Länder auch nicht einschränken, sondern die Funktion der Landesbehörden noch weiter stärken. Die Landesbehörden werden weiterhin Krankenhauspläne aufstellen und dort Krankenhäuser definieren, die für die Notfallversorgung der Bevölkerung unabdingbar sind. Als Vorbild könnte hier Hessen dienen. In Hessen hat das Land Krankenhäuser definiert, die für die Notfallversorgung der Bevölkerung unabdingbar sind.¹³ Die Notfalleleistungen sowie die nicht planbaren (notfallähnlichen) Leistungen werden im Rahmen des Kollektivvertrages zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern vereinbart – die Länder sind durch die Genehmigung gemäß § 14 KHEntgG beteiligt. Die Rolle der Länder für die planbaren Leistungen wird in der Überwachung der ausreichenden regionalen Leistungsvereinbarung im Kollektivvertrag sowie im Direktvertrag liegen. Den Ländern obliegt eine Monitoringfunktion. Die Befürchtung, dass Krankenkassen planbare Leistungen rationieren würden, kann entkräftet werden, da die Krankenkassen den Landesbehörden eine ausreichende Vereinbarung von planbaren Leistungen in einer Region nachweisen sollten.

9.3.8 Korrektiv für übertersorgte Regionen

Derzeit liegt die Auslastung der stationären Kapazitäten bundesweit bei lediglich 77,5% und damit deutlich unter einer wirtschaftlichen Auslastung in Höhe von 85%.¹⁴ Die Befürchtungen, dass die Einführung des Vertragswettbewerb zur Schließung von Krankenhäusern führen würde, sind unberechtigt. In Abschnitt 9.4.1 wird deutlich, dass die Implementierung der Direktvertragsmöglichkeit für planbare stationäre Leistungen keine wirtschaftlichen Risiken für Krankenhäuser

13 Im Hessischen Krankenhausrahmenplan 2009 wird die Notfallversorgung im Krankenhaus als enge Verzahnung zwischen dem Rettungsdienst und dem Krankenhaus beschrieben. Krankenhausplanerisch wird daher der im Jahr 2005 eingeschlagene Weg, dass in der Regel innerhalb von 20 Minuten, maximal jedoch innerhalb von 30 Minuten, ein Krankenhaus durch den Rettungsdienst nach Aufnahme des Notfallpatienten erreichbar sein muss, fortgesetzt. Ein an der Notfallversorgung in Hessen teilnehmendes Krankenhaus sollte in der Regel 15 bis 25 Kilometer, maximal jedoch 30 bis 35 Kilometer von jedem mit einem bodengebundenen Rettungsfahrzeug zugänglichen Notfallort in Hessen entfernt sein.

14 Vergleiche www.destatis.de/, Pressemitteilung Nr. 286 vom 16.08.2010.

birgt. Sofern stationäre Kapazitäten abgebaut werden, so wird dies nicht wegen der Direktverträge geschehen, sondern aufgrund der unwirtschaftlichen Auslastung in den deutschen Krankenhäusern.

9.4 Praxisbeispiel

Im Folgenden wird am Beispiel des Bundeslandes Hessen das in Abschnitt 9.3 beschriebene Modell der Direktverträge für planbare stationäre Leistungen angewandt. Das Bundesland Hessen eignet sich für die Analysen, weil hier sämtliche

Abbildung 9–1

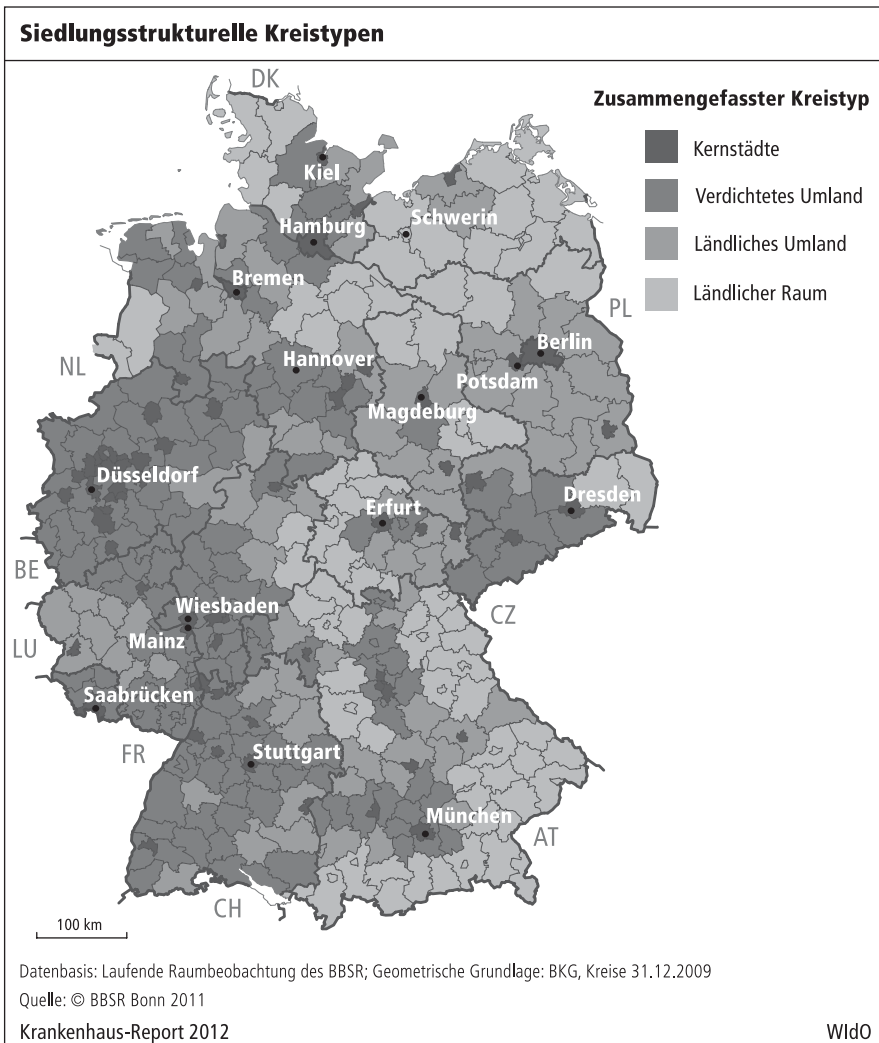


Tabelle 9–1

Ausgewählte planbare stationäre Leistungen

	Knieendoprothesen	Geburten ¹
DRG 2009	I44*	P60*, P65*, P66*, P67*, O01*, O02*, O60*
Fallzahlen	mittel	sehr hoch
Casemixindex	hoch	niedrig
Grad der Planbarkeit	sehr hoch	sehr hoch

¹ Bei den Geburten werden sowohl die DRGs für Neugeborene P6** als auch die DRGs für die Mütter O** in die Analysen aufgenommen

Krankenhaus-Report 2012

WlD0

9

siedlungsstrukturellen Kreistypen gemäß der Definition des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR)¹⁵ vorhanden sind (Abbildung 9–1).

Folgende Fragen, die seit Jahren von den Befürwortern und den Kritikern der Direktverträge für den stationären Sektor diskutiert werden, sollen analysiert und beantwortet werden:

- Welche Auswirkungen haben Direktverträge auf das Leistungsportfolio der Krankenhäuser?
- Wie verändert sich die Versorgung der Versicherten/Patienten hinsichtlich der Erreichbarkeit der Krankenhäuser?
- Wie und durch wen werden die Ausschreibungsregionen für die planbaren stationären Leistungen definiert?
- Wird der Sicherstellungsauftrag der Länder durch Direktverträge bei planbaren Leistungen gefährdet?

Aus dem möglichen Katalog planbarer Leistungen werden die Knieendoprothesen und die Geburten von gesunden Neugeborenen für die weiteren Analysen ausgewählt. Die Knieendoprothesen werden seit Jahren immer wieder als potenzielle Leistungen neben den Hüftendoprothesen für Direktverträge genannt. Die Geburten wurden bisher weniger diskutiert, sind aber aufgrund der hohen Fallzahlen und des hohen Informationsbedürfnisses der Versicherten sehr interessant. Zur Leistungsbezeichnung werden die entsprechenden DRGs gemäß Tabelle 9–1 für die Analysen ausgewählt. Bei den Geburten werden die Leistungen der Früh- und Risikogeburten (Level 1 und 2) ausgeschlossen, da diese Leistungen aufgrund der G-BA-Richtlinie nur in ausgewählten Zentren vereinbart und erbracht werden können (G-BA 2009). Die Leistungsmenge wird durch die für das Budgetjahr 2009 zwischen den hessischen Krankenhäusern und Krankenkassen vereinbarten Fallpauschalen beschrieben.¹⁶ Um die Kompatibilität mit dem Fallpauschalensystem zu gewährleisten, werden die DRGs und nicht wie in anderen Modellen die OPS-Kodes oder Fachabteilungen als Grundlage herangezogen (Albrecht et al. 2010). Damit ist die in Abschnitt 9.3.1 beschriebene enge Verzahnung von Kollektiv- und Direktvertrag

¹⁵ Vergleiche www.bbsr.bund.de/, Stand 12.08.2011.

¹⁶ Anlage E1 der Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB) nach § 11 Abs. 4 KHentgG.

gewährleistet. Die erforderliche Transparenz für die Krankenhausplanung einerseits und die Leistungsentwicklung für die Verhandlung des Landesbasisfallwerts andererseits bleiben erhalten.

9.4.1 Kein wirtschaftliches Risiko für die Krankenhäuser

Im Jahr 2009 haben 76 Krankenhäuser in Hessen die Leistungen für Knieendoprothesen und 67 Krankenhäuser die Leistungen für Geburten mit den Krankenkassen vereinbart. Die Knieendoprothesen haben in der Anlage E1 einen Anteil von 1,09 % der vereinbarten Fallpauschalen und 2,63 % des vereinbarten Casemixvolumens. Die Geburten haben bei den im E1 vereinbarten Fallpauschalen in Hessen einen Anteil von 10,06 % und hinsichtlich des vereinbarten Casemixvolumens einen Anteil von 5,34 %. Beide Leistungsbereiche kommen zusammen auf einen Anteil des Casemix von 7,97 %. Vor dem Hintergrund der jährlichen Steigerungsraten des vereinbarten Casemixvolumens in der Vergangenheit in Höhe von regelmäßig über 3 %¹⁷ erscheint das Casemixvolumen für Direktverträge eher gering und stellt für die Krankenhäuser kein wirtschaftliches Risiko dar, zumal es sich hier um die Daten aller Krankenkassen in Hessen handelt. Jedoch müssen für eine belastbare Bewertung die Auswirkungen für das einzelne Krankenhaus unter Beachtung der krankenhausspezifischen Anteile dieser Leistungen und des Zuschnitts einer Ausschreibungsregion detaillierter bewertet werden.

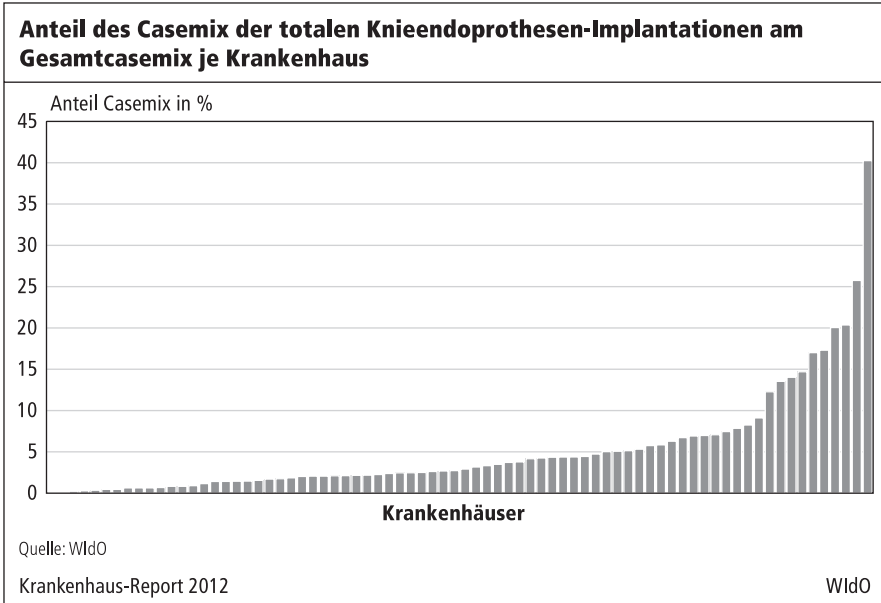
Wie aus den Abbildungen 9–2 und 9–3 ersichtlich ist die Anzahl der Krankenhäuser, deren Casemixanteil für die beiden Leistungsbereiche jeweils größer als 10 % ist, überschaubar. So erbringen in Hessen rund 13 % der Krankenhäuser, die Knieendoprothesen im Leistungsportfolio haben, mehr als 10 % ihres Gesamtcase-mixes durch Knieendoprothesen. Insgesamt erbringen diese 13 % der Krankenhäuser jedoch rund 26 % der gesamten Knieendoprothesen in Hessen. Dass wenige Krankenhäuser in Hessen rund ein Viertel des Casemix der planbaren Knieendoprothesen abbilden, kann eine Folge der Mindestmengenregelung¹⁸ in diesem Bereich sein. Eine weitere Erklärung ist, dass sich hier auch orthopädische Fachkrankenhäuser wiederfinden. Bei den Geburten liegt der Anteil der Krankenhäuser, die mehr als 10 % ihres Casemix innerhalb dieses Leistungsbereichs erbringen, bei 10,5 %. Jedoch beträgt der Anteil dieser Häuser nur rund 4 % der gesamten Geburtsleistungen in Hessen.

Auf den ersten Blick erscheinen die Auswirkungen von Direktverträgen auf die einzelnen Krankenhäuser im Bereich der Knieendoprothesen größer zu sein als im Bereich der Geburten. Allerdings ist an dieser Stelle die Auswirkung der Definition der Ausschreibungsregion noch nicht betrachtet worden.

17 Quelle: Daten gem. § 21 KHEntgG. Jährliche Steigerungsrate 2005: +3,60 %, 2006: +3,08 %, 2007: +3,75 %, 2008: +3,11 %, 2009: +4,32 %.

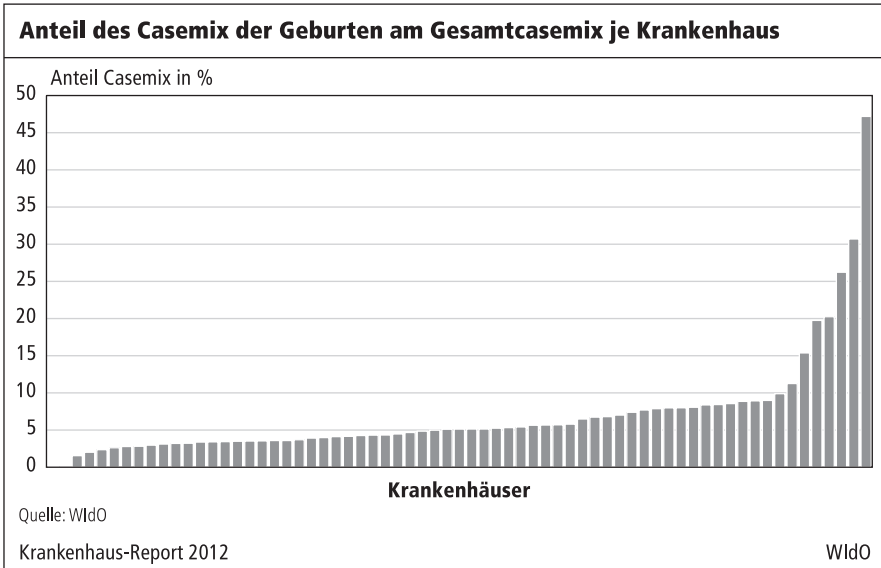
18 Vergleiche G-BA, Vereinbarung gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 (alte Fassung) SGB V, die eine Mindestmenge von 50 Leistungen je Krankenhaus vorgibt. Hintergrund der Mindestmenge ist ein Zusammenhang von Menge und Qualität in diesem Bereich, d. h. je höher die erbrachte Menge, umso besser die erbrachte Qualität.

Abbildung 9–2



9

Abbildung 9–3



9.4.2 Krankenhausplanerische Versorgungsgebiete als Grundlage der Ausschreibungsregion

Die entscheidende Weiterentwicklung im vorliegenden Konzept der Direktverträge für planbare stationäre Leistungen ist die Fokussierung auf die Ergebnisqualität und die Ausschreibung der Leistungen in definierten Regionen. Die Bildung von Ausschreibungsregionen ist u. a. sinnvoll, weil einerseits ein Mindestmaß an Wettbewerb auf Seiten der Krankenhäuser vorhanden sein muss und andererseits die Versicherten/Patienten innerhalb annehmbarer Fahrzeiten ein Krankenhaus für die planbare Behandlung erreichen müssen. Der Zuschnitt von Ausschreibungsregionen kann grundsätzlich in unterschiedlicher Art und Weise und durch verschiedene Beteiligte erfolgen. Unabhängig davon, ob die Ausschreibungsregionen von der jeweiligen Planungsbehörde (hier das Hessische Sozialministerium (HSM)) oder von den Krankenkassen gebildet werden, ob die Ausschreibungsregionen für alle Krankenkassen identisch oder kassenindividuell sind, sind folgende Parameter für die Definition der Ausschreibungsregion von grundlegender Bedeutung:

- Erfüllung der **Qualitätsanforderungen** (z. B. QSR-Kennzahlen) von Krankenhäusern.
- **Mindestanzahl** von Krankenhäusern, d. h. mindestens drei Krankenhäuser konkurrieren jeweils um Patienten für Knieendoprothesen bzw. Geburten.
- **Mindestfallzahl** im auszuschreibenden Leistungsbereich, um die Transaktionskosten der Direktverträge zu kompensieren (Kosten-Nutzen-Betrachtung), die indikationsspezifisch und kassenspezifisch variieren kann.
- **Erreichbarkeit** der Krankenhäuser durch die Versicherten/Patienten in angemessener Zeit, wobei die maximale Fahrzeit indikationsspezifisch variieren kann: Für die Implantation einer Knieendoprothese kann sie höher sein als im Falle einer Geburt.

Im vorliegenden Beispiel wird davon ausgegangen, dass die Krankenkassen die Ausschreibungsregionen in Hessen definieren können. Das HSM übernimmt die Monitoringfunktion und überwacht, ob die Krankenkassen die Parameter zur Definition von Ausschreibungsregionen einhalten.

Die im Modellteil genannten Kreistypen des BBSR zeigen für Hessen, dass im Rhein-Main-Gebiet hochverdichtete Kreise und Kernstädte vorhanden sind, während in Osthessen ländliche Strukturen vorzufinden sind. Um die These zu analysieren, dass Direktverträge überwiegend in Ballungszentren zur Erreichung der im Modellteil definierten Ziele geeignet sind, werden beide Regionen im Vergleich untersucht. Die Krankenhausplanung erfolgt in Hessen bereits regional für insgesamt sechs sogenannte Versorgungsgebiete. In Osthessen bildet das Versorgungsgebiet Fulda/Bad Hersfeld die Landkreise Bad Hersfeld, Fulda und den Vogelsbergkreis ab. Im Rhein-Main-Gebiet werden vom Versorgungsgebiet Frankfurt/Offenbach die kreisfreien Städte Frankfurt und Offenbach sowie die Landkreise Hochtaunuskreis, Main-Taunus-Kreis, Landkreis Offenbach und Main-Kinzig-Kreis abgedeckt. Für die Definition der Ausschreibungsregionen wird im Folgenden auf die vorhandenen regionalen Planungsstrukturen (Versorgungsgebiete) zurückgegriffen. Der Vorteil ist, dass die Direktverträge der Krankenkassen für identische Gebiete gelten

Abbildung 9–4



würden und auch im Einklang mit der Krankenhausplanung stehen würden (Abbildung 9–4).

Für die Analyse im Rahmen dieses Beitrags wird unterstellt, dass es in beiden Versorgungsgebieten Krankenhäuser gibt, welche die Qualitätsanforderungen erfüllen.¹⁹ Der Schwerpunkt der Analyse wird auf die übrigen drei Parameter gelegt (Mindestanzahl, Mindestfallzahl, Erreichbarkeit).

¹⁹ Hinsichtlich der Möglichkeiten, die Ergebnisqualität der Krankenhausbehandlung zu messen, vgl. Mohrmann und Koch 2011.

Tabelle 9–2

Analyse der Versorgungsgebiete als Ausschreibungsregion

Leistung	Ausschreibungs-region	Anzahl der Krankenhäuser	Herfindahl-Index	Max. Entfernung in km	Max. Autofahrtzeit in Minuten	Anzahl Fallpauschalen
Geburt	Fulda/Bad Hersfeld	7	0,26	113,36	85,83	5 733
Geburt	Frankfurt/Offenbach	17	0,07	112,18	70,30	36 300
Knie	Fulda/Bad Hersfeld	8	0,18	113,36	85,83	1 373
Knie	Frankfurt/Offenbach	21	0,07	120,52	77,40	2 810

Krankenhaus-Report 2012

WidO

9.4.3 Mindestanzahl von Krankenhäusern für den Wettbewerb

Mit Hilfe des Herfindahl-Index soll die Konzentration des Wettbewerbs in den einzelnen Regionen gemessen werden. Im Rahmen des Kartellrechts wird der Herfindahl-Index oft angewandt, um die marktbeherrschende Stellung eines oder mehrerer Anbieter nachzuweisen. Der Herfindahl-Index als kumulativer Index berücksichtigt dabei die Marktanteile aller Unternehmen. Liegt der Indexwert bei 1, so trägt ein Merkmalsträger die gesamte Merkmalssumme und es handelt sich um ein Monopol. Bei Parität nimmt der Index den Wert $1/n$ an. Jedes Unternehmen bedient ein n -tel des Marktes. Je größer die Marktanteile eines Unternehmens sind, desto stärker werden diese bei der Indexberechnung durch die Quadratur hervorgehoben. Je mehr Anbieter es am Markt gibt, desto niedriger ist c. p. der Indexwert. Der Herfindahl-Index liegt in anderen Branchen meistens im unteren Drittel seines Wertebereichs. Ab einem Herfindahl-Index von $< 0,1$ kann man von sehr starkem Wettbewerb sprechen (vgl. Eckey et al. 2008).²⁰ In Tabelle 9–2 werden die Ergebnisse für die beiden Versorgungsgebiete dargestellt. Die Mindestanzahl von Krankenhäusern und damit eine ausreichende Wettbewerbssituation auf dem Behandlerrmarkt sind in beiden Versorgungsgebieten sowohl für die Knieendoprothesen als auch die Geburten gegeben. Es gibt jeweils mehr als drei Krankenhäuser in den Versorgungsgebieten, welche die Leistungen erbringen. Der Herfindahl-Index spiegelt eine hohe Wettbewerbsintensität wider. Somit scheint auf den ersten Blick die These, dass Direktverträge in ländlichen Regionen nicht machbar sind, widerlegt.

9.4.4 Mindestfallzahl und Erreichbarkeit

Unter Berücksichtigung von Mindestfallzahl und Erreichbarkeit zeigt sich allerdings ein differenziertes Bild. Hinsichtlich der Mindestfallzahlen bilden die Geburten²¹ in beiden Versorgungsgebieten eine gute Grundlage für Direktverträge.

20 Berechnung des Herfindahl-Index mit $HI = \sum_{i=1}^n i^2$ mit $\frac{1}{n} \leq HI \leq 1$

21 Bei den Fallzahlen für die Geburten ist zu beachten, dass die Anzahl der Fallpauschalen nicht der Anzahl der Geburten entspricht, da bei den Fallpauschalen sowohl die Fallpauschale für die Mutter als auch die Fallpauschale für das Neugeborene gezählt wird. Um näherungsweise die Fallzahl zu ermitteln, ist die Anzahl der Fallpauschalen zu halbieren.

Selbst wenn die Fallzahlen aufgrund des Belegungsanteils einer Krankenkasse sich reduzieren und aufgrund der oben beschriebenen Steuerungsmechanismen eine Umsteuerung nicht zu 100 % erfolgreich eintreten kann, wird sich der Aufwand für die Ausschreibung der Leistungen rentieren. Bei den Knieendoprothesen scheidet die Möglichkeit der Direktverträge im Versorgungsgebiet Fulda/Bad Hersfeld aufgrund der Fallzahl jedoch aus. Selbst für eine Krankenkasse mit einem Belegungsanteil von 30 % würde die Fallzahl bei einer angenommenen hohen Umsteuerungsquote von 80 % lediglich 329 Fälle p. a. betragen.

Kritisch sind jedoch in beiden Versorgungsgebieten sowohl für die Knieendoprothesen als auch die Geburten die Fahrzeiten für die Patienten zu bewerten. Die Fahrzeiten würden bei der Konzentration in lediglich einem Krankenhaus im jeweiligen Versorgungsgebiet die 1-Stunden-Fahrzeitgrenze deutlich übersteigen (vgl. Tabelle 9–2). Das HSM hat im Rahmen der Krankenhausplanung für die Ausweisung der an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser die Erreichbarkeit innerhalb von 20, maximal 30 Minuten mit einem bodengebunden Rettungsfahrzeug definiert. Unter Beachtung des hohen Grades der Planbarkeit der Knieendoprothesen und Geburten könnten aber durchaus längere Fahrzeiten angesetzt werden, als dies im Rahmen der Notfallrettung getan wird. Selbst wenn die maximale Fahrzeit der Versicherten/Patienten auf 60 Minuten für die Knieendoprothesen und 45 Minuten für die Geburten erhöht würde, müssten im Rahmen des Ausschreibungsmodells die Versorgungsgebiete noch unterteilt werden, da in beiden Versorgungsgebieten die maximale Fahrzeit deutlich höher sein würde. Im Versorgungsgebiet Frankfurt/Offenbach läge die maximale Fahrzeit für die Geburten bei ca. 70 Minuten.

9.4.5 Ausschreibungsregionen innerhalb der Versorgungsgebiete

Im ersten Schritt werden die beiden Versorgungsgebiete innerhalb der kreisfreien Städte bzw. Landkreise in Anlehnung an die hessische Krankenhausplanung abgegrenzt. In jeder kreisfreien Stadt bzw. in jedem Landkreis soll in mindestens einem der an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser eine Fachabteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe vorgehalten werden.²² In der Tabelle 9–3 wird deutlich, dass eine Bildung von Ausschreibungsregionen auf Basis der kreisfreien Städte bzw. Landkreise wenig sinnvoll erscheint. Die Möglichkeit für Direktverträge entfällt allein aufgrund der ersten Voraussetzung (Mindestanzahl von Krankenhäusern und Wettbewerbsstrukturen) im Versorgungsgebiet Fulda/Bad Hersfeld für beide Leistungsbereiche vollständig. Im Versorgungsgebiet Frankfurt/Offenbach²³ kann zwar jeweils eine Ausschreibungsregion für die Stadt Frankfurt und den Main-Kinzig-Kreis gebildet werden, allerdings scheidet der Main-Kinzig-Kreis als Ausschreibungsregion für die Knieendoprothesen aufgrund der zu geringen Fallzahlen²⁴

22 Vergleiche Hessischer Krankenhausrahmenplan 2009 (Seite 33).

23 Offenbach umfasst folgende kreisfreien Städte und Landkreis: Stadt Frankfurt, Stadt Offenbach, Landkreis Offenbach, Main-Taunus-Kreis, Hoch-Taunus-Kreis, Main-Kinzig-Kreis.

24 Unter der Annahme, dass eine Krankenkasse mit einem Belegungsanteil von 30 % und einer Steuerungsquote von 80 % ein Ausschreibungslos bildet, beträgt die Fallzahl für die Knieendoprothesen im Main-Kinzig-Kreis lediglich 134 p. a.

Tabelle 9–3

Analyse der kreisfreien Städte und Landkreise als Ausschreibungsregion

Leistung	Ausschreibungsregion	Anzahl der Krankenhäuser	Herfindahl-Index	Max. Entfernung in km	Max. Autofahrzeit in Minuten	Anzahl Fallpauschalen
Geburt	Vogelsbergkreis	2	0,98	48,90	46,78	766
Geburt	Landkreis Fulda	3	0,42	40,72	37,37	4 292
Geburt	Landkreis Hersfeld-Rotenburg	2	0,53	53,54	45,13	675
Geburt	Kreisfreie Stadt Frankfurt	8	0,15	23,99	26,80	20 738
Geburt	Kreisfreie Stadt Offenbach	2	0,52	6,63	11,80	3 665
Geburt	Landkreis Offenbach	2	0,62	35,50	26,18	2 044
Geburt	Main-Taunus-Kreis	1	1,00	23,64	24,47	1 779
Geburt	Hochtaunuskreis	1	1,00	27,68	27,55	2 058
Geburt	Main-Kinzig-Kreis	3	0,36	70,97	47,50	6 016
Knie	Vogelsbergkreis	3	0,37	57,61	46,78	302
Knie	Landkreis Fulda	3	0,38	40,72	37,37	434
Knie	Landkreis Hersfeld-Rotenburg	2	0,58	53,54	45,13	637
Knie	Kreisfreie Stadt Frankfurt	10	0,15	23,99	26,80	1 671
Knie	Kreisfreie Stadt Offenbach	1	1,00	6,63	11,80	88
Knie	Landkreis Offenbach	2	0,54	35,50	26,18	155
Knie	Main-Taunus-Kreis	2	0,51	28,83	27,37	117
Knie	Hochtaunuskreis	2	0,52	33,97	35,45	221
Knie	Main-Kinzig-Kreis	4	0,30	74,62	47,50	558

Krankenhaus-Report 2012

WIDO

für einen Teil der Krankenkassen ebenfalls aus. Die maximalen Autofahrzeiten für die Versicherten/Patienten liegen innerhalb der kreisfreien Städte und Landkreise in den definierten Zeitgrenzen bzw. teilweise sogar deutlich darunter.

Folglich sind die Ausschreibungsregionen städte- und landkreisübergreifend zu bilden. Im ländlich strukturierten Versorgungsgebiet Fulda/Bad Hersfeld entfällt die Direktvertragsmöglichkeit für Knieendoprothesen und Geburten allerdings auch dann. Entweder fehlt hier der Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern oder die Fahrzeiten für die Versicherten/Patienten werden zu lang. Die in Tabelle 9–4 aufgelisteten unterschiedlichen Varianten der Regionsbildung Fulda/Bad Hersfeld zeigen, dass z. B. Variante II für die Geburten ein bezüglich Fallzahl und Wettbewerbsintensität interessanter Zuschnitt für den Vogelsbergkreis und Fulda wäre. Es gibt rund 2 500 Geburten p. a. in fünf Krankenhäusern. Allerdings betrüge die maximale Fahrzeit schon zwischen den einzelnen Krankenhäusern fast 80 Minuten. Die lange Fahrzeit wird seitens der Versicherten/Patienten nicht zu einer breiten Annahme des Angebotes führen, sodass die Steuerungsansätze der Krankenkassen sehr wahrscheinlich ins Leere laufen werden. Die Möglichkeit der Direktverträge ist in ländlich strukturierten Regionen kein praxistaugliches Modell und wird sich auf die Ballungszentren beschränken.

Tabelle 9–4

Varianten der Regionsbildungen im Versorgungsgebiet Fulda/Bad Hersfeld

Variante	Leistung	Ausschreibungsregion	Anzahl der Krankenhäuser	Herfindahl Index	Max. Entfernung in km	Max. Autofahrtzeit in Minuten	Anzahl Fallpauschalen
I	Geburt	Vogelsbergkreis	2	0,98	48,90	46,78	766
	Geburt	Fulda/Bad Hersfeld	5	0,32	101,62	76,62	4 967
II	Geburt	Vogelsbergkreis/ Fulda	5	0,32	93,98	79,10	5 058
	Geburt	Bad Hersfeld	2	0,53	53,54	45,13	675
III	Geburt	Vogelsbergkreis/ Bad Hersfeld	4	0,39	113,36	85,83	1 441
	Geburt	Fulda	3	0,42	40,72	37,37	4 292
I	Knie	Vogelsbergkreis	3	0,37	57,61	46,78	302
	Knie	Fulda/Bad Hersfeld	5	0,27	101,62	76,62	1 071
II	Knie	Vogelsbergkreis/ Fulda	6	0,19	93,98	79,10	736
	Knie	Bad Hersfeld	2	0,58	53,54	45,13	637
III	Knie	Vogelsbergkreis/ Bad Hersfeld	5	0,30	113,36	85,83	939
	Knie	Fulda	3	0,38	40,72	37,37	434

Krankenhaus-Report 2012

WlD0

Für das Versorgungsgebiet Frankfurt/Offenbach gestaltet sich dagegen die Bildung von Ausschreibungsregionen einfacher und realisierbar. Dabei wird auch deutlich, dass bei der Bildung der Regionen für die jeweiligen Leistungsbereiche die Städte und Landkreise nicht identisch sein müssen. Der Main-Kinzig-Kreis bildet bei Knieendoprothesen und Geburten jeweils eine eigene Region. Der Hochtaunuskreis fällt aufgrund der maximalen Fahrzeit bei den Geburten aus der Ausschreibungsregion Frankfurt/Offenbach/Main-Taunus-Kreis heraus. Die Fahrzeit würde sich bei Erweiterung der Ausschreibungsregion um den Hochtaunuskreis von ca. 38 Minuten auf ca. 52 Minuten erhöhen und damit die definierte maximale Fahrzeit von 45 Minuten übersteigen (Tabelle 9–5).

Somit könnten jeweils für die einzelnen Regionen (ausgenommen die Geburten im Hochtaunuskreis) die Leistungen ausgeschrieben werden, wobei für die Geburten die Mengen in verschiedene Lose aufgeteilt werden könnten. Unter der Annahme, dass eine Krankenkasse einen Belegungsanteil von 30% und eine Steuerungsquote von 80% hat, könnten für Frankfurt/Offenbach/Main-Taunus-Kreis die Geburten in zwei Losen mit jeweils 2 300 Fällen oder in drei Losen mit jeweils 1 150 Fällen ausgeschrieben werden. Für die Knieendoprothesen würde diese Krankenkasse zwei Lose mit jeweils 270 Fällen ausschreiben. Für die Geburten könnte diese Krankenkasse ebenfalls zwei Lose für die Geburten mit jeweils 360 Fällen bilden. Für die Knieendoprothesen würde die Ausschreibung lediglich 134 Fälle umfassen, sodass hier eine Ausschreibung entfallen würde.

Grundsätzlich können die in Hessen vom Sozialministerium definierten sechs Versorgungsregionen als Ausschreibungsregion herangezogen werden. Innerhalb

Tabelle 9–5

Bildung der Ausschreibungsregionen im Versorgungsgebiet Frankfurt/Offenbach

Leistung	Ausschreibungs-region	Anzahl der Kran-kenhäuser	Herfin-dahl-Index	Max. Ent-fernung in km	Max. Auto-fahrtzeit in Minuten	Anzahl Fall-pauschalen
Geburt	Städte Frankfurt, Offenbach und Landkreise Offenbach, Main-Taunus-Kreis	13	0,10	62,15	37,92	28 226
Geburt	Hochtaunuskreis	1	1,00	27,68	27,55	2 058
Geburt	Main-Kinzig-Kreis	3	0,36	70,97	47,50	6 016
Knie	Städte Frankfurt, Offenbach und Landkreise Offenbach, Main-Taunus-Kreis, Hochtaunuskreis	17	0,09	74,90	52,38	2 252
Knie	Main-Kinzig-Kreis	4	0,30	74,62	47,50	558

Krankenhaus-Report 2012

WlD0

9

der Ausschreibungsregionen können in einem zweiten Schritt nach den vier Kriterien Qualitätsanforderungen, Mindestanzahl der Krankenhäuser, Mindestfallzahlen und Erreichbarkeit die Ausschreibungslose gebildet werden. Eine Ausschreibung einzelner Lose wird überwiegend in Ballungszentren – wie im vorliegenden Beispiel im Rhein-Main-Gebiet – erfolgen. Damit wird deutlich, dass die regionale Betrachtung im Rahmen von Direktverträgen elementar ist.

9.4.6 Preise als weiterer Bestandteil der Ausschreibung

In den bisherigen Ausführungen ist der Preis als Ausschreibungsgegenstand nicht näher betrachtet worden. Neben den Anforderungen an die Ergebnisqualität der Krankenhäuser wird der Preis für die Leistung eine wichtige Rolle im Rahmen der Ausschreibung bilden. Die Krankenhäuser können aufgrund der ausgeschriebenen Fallmengen die Preise für die Leistungen kalkulieren und insbesondere Mengennabatte, z. B. bei Medizinprodukten, in die Preiskalkulation einfließen lassen.

9.4.7 Auswirkungen auf die Krankenhausplanung des Landes

Die Krankenhausplanung des HSM wird durch die Möglichkeit der Direktverträge in diesen beiden Leistungsbereichen nicht konterkariert. Seit dem 01.01.2011 werden in Hessen durch das HSM gemäß dem Hessischen Krankenhausgesetz (HKHG) keine Bettenkapazitäten, sondern lediglich Fachgebiete je Krankenhaus geplant. Die Verschiebung von Kapazitäten in den beiden Leistungsbereichen Knieendoprothesen und Geburten zwischen einzelnen Krankenhäusern durch die Direktverträge bewegt sich somit in dem Rahmen, der vom Land vorgegeben wird. Voraussetzung dafür ist natürlich, dass sich die Krankenkassen bei der Ausschreibung von planbaren stationären Leistungen an der Krankenhausplanung des Landes orientieren müssen, d. h. Geburten auch nur mit Krankenhäusern vereinbaren können, die eine entsprechende, durch das Land ausgewiesene Fachabteilung vorhalten. Das HSM

kann weiterhin die Krankenhäuser definieren, die für die Notfallversorgung unabdingbar sind und den Sicherstellungsauftrag durch die Erteilung der Versorgungsaufträge für einzelne Leistungsbereiche ausüben.

9.4.8 Bewertung des Praxisbeispiels für Direktverträge planbarer stationärer Krankenhausleistungen

Das Beispiel zeigt, dass die Bildung von Ausschreibungsregionen in den Ballungszentren orientiert an den Planungsgebieten der Länder möglich ist. Für die Bildung von Ausschreibungslosen, um in einer Ausschreibungsregion nicht nur ein Krankenhaus zu berücksichtigen, ist allerdings bei der Entwicklung des Kataloges planbarer stationärer Leistungen auf eine ausreichende Fallzahl für die Leistungsbereiche zu achten.

9

9.5 Fazit

Auf den vorhergehenden Seiten wurde sowohl mittels theoretischer Beschreibung des Direktvertragsmodells als auch durch die Übertragung des Modells in ein Praxisbeispiel für das Bundesland Hessen gezeigt, dass es auf die eingangs gestellten handlungsleitenden Fragen Antworten gibt, die für die Schaffung einer gesetzlichen Möglichkeit für Direktverträge für planbare Leistungen sprechen. Vertragswettbewerb im deutschen Gesundheitswesen ist für planbare stationäre Leistungen aufgrund der Beschaffenheit des Gutes möglich. Die gesetzliche Ausgestaltung sollte sich in ihren Grundsätzen am beschriebenen Modell orientieren, um die Ziele Steigerung der Qualität, Steigerung der Wirtschaftlichkeit und Schaffung eines die Versorgung verbessernden Wettbewerbs um die Patienten durch Direktverträge zu erreichen. Die zentrale Ausrichtung des Direktvertragsmodells an der Qualität der Behandlung hilft dabei, Patientenleid durch den Ausschluss schlechter Behandlungsqualität zu vermeiden. Der Patient wird wieder mehr in den Mittelpunkt des Vertragsgeschehens gerückt. Entscheidend werden dabei zukünftig insbesondere das Miteinander von Kollektivvertrag und Direktvertrag, allem voran aber die Frage nach der Akzeptanz der direktvertraglichen Angebote durch die Patienten und Versicherten sein. Gelingt es den Krankenkassen, neben dem Kollektivvertrag direktvertragliche Angebote für die Patienten und Versicherten zu schaffen, die durch Steigerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit überzeugen und den Patienten durch Information in die Lage versetzen, bewusst über den Ort seiner planbaren Behandlung zu entscheiden, kann das Nebeneinander der Vertragsformen ein zukunftsfähiges Versorgungsmodell für stationäre Leistungen in Ballungsräumen werden. Die stationäre Versorgung bliebe dann nicht länger von den positiven Wirkungen des Wettbewerbs ausgeschlossen.

9.6 Literatur

- Albrecht M. Ausweitung selektivvertraglicher Versorgung – Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung und Anforderungen an den zukünftigen regulatorischen Rahmen. Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung. Endbericht. Berlin 2010.
- AOK-Bundesverband. Elektiv wird selektiv – Ein Vorschlag für einen nach Krankenhausleistungen differenzierenden Ordnungsrahmen ab 2009. Bonn 2007. Im Internet abrufbar unter: <http://www.aok-gesundheitspartner.de>
- BARMER Ersatzkasse. Ordnungspolitischer Rahmen zur Zukunft der Krankenhausversorgung ab 2009 – Positionen der BARMER Ersatzkasse. Wuppertal 2007.
- BKK-Bundesverband. Ordnungspolitischer Rahmen ab 2009 im Krankenhausbereich – Das Modell des BKK-Systems. Die BKK 10/2007.
- Burmann S, Malzahn J, Wehner C. Kliniken in Not? Gesundheit und Gesellschaft 2008; 06: 30–5.
- Eckey HF, Kosfeld R, Türck M. Deskriptive Statistik, Grundlagen, Methoden, Beispiele. 5. Auflage. Wiesbaden: Gabler 2008.
- Europäische Kommission. Bekanntmachung der Kommission über die Definition des relevanten Marktes im Sinne des Wettbewerbsrechts der Gemeinschaft (97/C 372/03). 1997.
- Fürstenberg T, Zich K, Nolting HD, Laschat M, Klein S, Häussler B. Endbericht des zweiten Forschungszyklus zur G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG. 2010. Im Internet abrufbar unter: <http://www.g-drg.de>
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Vereinbarung des G-BA über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen vom 20.09.2005. Zuletzt geändert am 20.08.2009.
- Hessisches Sozialministerium. Hessischer Krankenhausplan 2009. http://www.hessen-agentur.de/mm/mm001/727_Krankenhausrahmenplan_2009.pdf.
- Mohrmann M, Koch V. Selektivverträge im Krankenhausbereich als Instrument zur Verbesserung von Qualität und Effizienz. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2011. Stuttgart: Schattauer 2011; 61–79.
- Monopolkommission. Siebzehntes Hauptgutachten der Monopolkommission „Weniger Staat, mehr Wettbewerb“, 2006/2007. Im Internet abzurufen unter: <http://www.monopolkommission.de/>.
- Monopolkommission. S Achtzehntes Hauptgutachten der Monopolkommission „Mehr Wettbewerb, wenig Ausnahmen“, 2008/2009. Im Internet abzurufen unter: <http://www.monopolkommission.de/>.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. Chancen für einen stabilen Aufschwung. Jahresgutachten 2010/2011; 42.
- Techniker Krankenkasse. Eckpunkte der Techniker Krankenkasse für die Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens der Krankenhausfinanzierung nach Beendigung der Konvergenzphase 2009. Hamburg 2007. Im Internet abzurufen unter: www.tk.de.
- Verband der Angestelltenkrankenkassen/Arbeiterersatzkassenverband (VdAK/AEV). Inhalte und Ziele einer Ersatzkassen-Krankenhausstrategie für die Zeit nach der Konvergenzphase. Siegburg 2007.