

Katharina Böhm
Politische Steuerung des Gesundheitswesens
Die Rolle von Korporatismus und Wettbewerb
im Krankenhaussektor

Diskussionspapier 2008 - 1

Institut für Medizinische Soziologie
Fachbereich Humanmedizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität
Frankfurt am Main
Mai 2008

Institut für Medizinische Soziologie
Direktor: Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger

Zentrum für Gesundheitswissenschaften
Fachbereich Medizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main
Telefon: (0 69) 63 01 – 76 10
Fax: (0 69) 63 01 – 66 21
Website: <http://www.kgu.de/zgw/medsoz>

ISSN 1861-5732

Zusammenfassung

Die politische Steuerung des Krankenhaussektors hat sich in den vergangenen anderthalb Jahrzehnten nachhaltig verändert. Das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 markiert einen gesundheitspolitischen Paradigmenwechsel, mit dem verstärkt wettbewerbliche Steuerungsinstrumente in das Gesundheitswesen eingeführt wurden. Auch im stationären Sektor ersetzen bzw. ergänzen wettbewerbliche Instrumente korporatistische Arrangements. Die Gegenüberstellung der politischen Steuerung des Krankenhaussektors vor 1992 mit der Situation nach der Gesundheitsreform 2007 verdeutlicht, dass auf den Feldern Leistungserbringung, Vergütung und Qualitätssicherung sukzessive ein neues Steuerungsmodell entstanden ist. Dieses zeichnet sich durch eine gewachsene Komplexität, eine Zunahme von Steuerungsaktivitäten und eine Neujustierung des Verhältnisses staatlicher bzw. korporatistischer Steuerung einerseits und wettbewerblicher Steuerung andererseits aus. Dort, wo es um allokativen Entscheidungen geht, werden korporatistische Elemente durch wettbewerbliche ersetzt. Auf anderen Regulierungsfeldern bleibt der Korporatismus dagegen erhalten. Der Staat als „architect of political order“ (Anderson) hat diese Transformation herbeigeführt, sieht sich allerdings zunehmend mit dem Widerspruch zwischen einer bedarfsorientierten Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung auf Landesebene und einer Leistungsverteilung über den Wettbewerb konfrontiert.

Abstract

In 1993, the Health Care Structure Act (HCSA) introduced several measures that enforced competition in the corporatist German health care system. The HCSA has been widely interpreted as triggering paradigmatic change throughout the system. The most recent Health care reform, the Statutory Health Insurance-Competition Strengthening Act (SHI-CSA) in 2007 continued to strengthen the role of competition in the health care system by adding further regulations and incentives. Comparing the pre-HCSA with the post-SHI-CSA system of hospital governance, the study concludes that a new system of hospital governance has been emerging that shifts the balance from corporatist towards competition-led governance structures. In essence, competition becomes most significant in regulating allocative processes within the hospital sector while corporatism is still the dominant modus operandi in governing remaining functions and subsections. The state as the “architect of political order” (Anderson) has been the driving force of these processes. However, the state is confronted with contradictory forces as well as functions within its realm demanding on the one side the application of a system of hospital planning and investment at state level based on needs and on the other side the consolidation of a competition-led system of allocating funds for services at federal level.

Inhalt

1.	Gesundheitspolitische Steuerung im Wettbewerbsstaat.....	7
2.	Politische Steuerung des Krankensektors 1992.....	10
2.1	Leistungserbringung.....	10
2.1.1	Krankenhausplanung der Länder.....	11
2.1.2	Regelung der Leistungserbringung durch die gemeinsame Selbstverwaltung.....	12
2.1.2.1	Zweiseitige Verträge (§ 112 SGB V).....	12
2.1.2.2	Dreiseitige Verträge (§ 115 SGB V).....	14
2.1.2.3	§ 19 KHG.....	15
2.2	Finanzierung und Vergütung.....	15
2.2.1	Investitionsfinanzierung.....	16
2.2.2	Vergütung.....	17
2.2.2.1	Pflegesatzverfahren.....	17
2.2.2.2	Verhandlungsinhalt.....	21
2.3	Qualitätssicherung.....	23
2.4	Zusammenfassung.....	24
3.	Politische Steuerung des Krankensektors heute.....	28
3.1	Leistungserbringung.....	28
3.1.1	Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang.....	30
3.1.2	Krankenhausplanung der Länder.....	31
3.1.3	Regelung der Leistungserbringung durch die gemeinsame Selbstverwaltung.....	33
3.1.3.1	Zweiseitige Verträge (§ 112 SGB V).....	33
3.1.3.2	Dreiseitige Verträge (§ 115 SGB V).....	34
3.1.3.3	Integrierte Versorgung.....	35
3.1.3.4	Gemeinsamer Bundesausschuss.....	36
3.2	Finanzierung und Vergütung.....	37
3.2.1	Investitionsfinanzierung.....	37
3.2.2	Vergütung.....	39
3.2.2.1	Entwicklungen des Vergütungssystems seit 1992.....	40
3.2.2.2	Einführung des DRG-Systems.....	44
3.2.2.3	Aufgaben der Selbstverwaltung auf Bundesebene im DRG-System.....	46
3.2.2.4	Aufgaben der Selbstverwaltung auf Landesebene im DRG-System.....	51
3.2.2.5	Vereinbarungen des einzelnen Krankenhauses.....	53
3.3	Qualitätssicherung.....	57
3.4	Zusammenfassung.....	62
4.	Steuerung des Krankensektors im Wandel.....	68
	Anhang.....	75
	Abkürzungsverzeichnis.....	78
	Literatur.....	80

1. Gesundheitspolitische Steuerung im Wettbewerbsstaat

Der sich nunmehr seit mehr als drei Jahrzehnten vollziehende Umbau des fordistischen Wohlfahrtsstaates hat in allen Politikfeldern zu tief greifenden Veränderungen geführt. Die anfängliche Annahme, der Umbau gehe mit einem Rückzug des Staates einher, hat sich nicht bestätigt. Vielmehr lässt sich die Herausbildung eines „qualitativ und historisch neuen Typus von Staatlichkeit“ (Jessop 1997: 58) beobachten, den Jessop als „schumpeterianisches Workfare Regime“ und Hirsch (1995) als „nationalen Wettbewerbsstaat“ beschreiben. Während der keynesianische Wohlfahrtsstaat sich auf den Binnenmarkt konzentrierte und sich vor allem durch eine nachfrageorientierte Wirtschaftspolitik sowie eine auf Ausgleich angelegte Sozialpolitik auszeichnete, unterwirft der Wettbewerbsstaat alle Politikbereiche dem Primat der Standortpolitik. Die Schaffung möglichst günstiger Verwertungsbedingungen für das internationale Kapital gilt als „Ultima ratio von »Sozialpolitik«“ (Hirsch 1995: 108), und so wird nicht nur die Wirtschafts-, sondern auch die Sozialpolitik selbst entlang dieser Leitlinie transformiert. Für den Bereich der Sozialversicherungen bedeutet dies in erster Linie eine Begrenzung der Ausgaben, um die Beitragssätze und damit die Lohnkosten zu senken.

In die Gesundheitspolitik haben diese „systemfremden ökonomischen Steuerungsziele“ (Urban 2003: 149) seit Mitte der 1970er Jahre Einzug gehalten. Zunächst wurde versucht, mittels einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik und der Privatisierung von Krankheitsbehandlungskosten die Beitragsstabilität zu gewährleisten (Gerlinger 2002: 8-10). Diese „traditionelle Kostendämpfungspolitik“ (ebd.) vermochte jedoch weder die auf Mengenausweitung angelegten Handlungsanreize des Systems zu verändern noch neue, dem Ziel der Kostendämpfung verpflichtete Anreize zu schaffen, weshalb eine dauerhafte Kostenreduktion nicht erreicht werden konnte. Eine neue Qualität erhielt die Reformpolitik mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) 1993. Anders als die traditionelle Kostendämpfungspolitik setzte es an den steuerungspolitischen Strukturen des Gesundheitssystems an und versuchte diese zu verändern. Die einzelnen Maßnahmen wie die Einführung des Kassenwettbewerbs oder die pauschale Vergütung im ambulanten und teilweise auch im stationären Bereich waren darauf angelegt, das Verhalten der Akteure im Gesundheitswesen an den Zielen der Kostenreduktion und Beitragsstabilität zu orientieren (ebd.: 12). Das GSG läutete einen „gesundheitspolitischen Paradigmenwechsel“ (Noweski 2004, Gerlinger 2002, Urban 2001, Blanke, Kania 2000) ein, der sich mit den folgenden Reformgesetzen fortsetzte und einen „wettbewerbskompatiblen Umbau“ (Urban 2001: 10) des gesundheitspolitischen Steuerungssystems zum Ziel hat.

Das Gesundheitswesen zeichnet sich traditionell durch eine Vielfalt an Steuerungsformen und eine Vielzahl von Steuerungsakteuren aus. Staatliche, marktförmige und korporatistische Steuerungselemente existieren nebeneinander und setzen sich in jedem Teilbereich des Gesundheitssystems unterschiedlich zusammen. Der ambulante Bereich gilt als Paradebeispiel korporatistischer Steuerung (Gerlinger 2002: 21). Seit den siebziger Jahren kommen korporatistische Steuerungselemente aber zunehmend auch in anderen Bereichen des Gesundheitswesens zum Einsatz. Döhler und Manow-Bogwardt (1992) sprechen für die achtziger Jahre sogar vom Korporatismus als dem „ordnungspolitischen Paradigma“ im Gesundheitswesen. Der Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik zu Beginn der neunziger Jahre hat das Steuerungssystem des Gesundheitswesens nachhaltig verändert. Über die Richtung des steuerungspolitischen Wandels besteht jedoch unter den wissenschaftlichen ExpertInnen Uneinigkeit. Zwar können alle die Aufwertung wettbewerblicher Steuerungsinstrumente feststellen, ihre Auswirkung auf die anderen Steuerungsformen bewerten sie jedoch unterschiedlich. So ist es nicht klar, ob der Ausbau des Wettbewerbs auf Kosten von korporatistischen Strukturen erfolgt (Blanke, Kania 2000, für den ambulanten Bereich Noweski 2004, Gerlinger 2002) oder es gleichzeitig zu einem Aufbau korporatistischer Elemente kommt (für den stationären Bereich Gerlinger 2002, für den Gemeinsamen Bundesausschuss Urban 2001).

Bisher haben sich die Untersuchungen hauptsächlich auf den ambulanten Sektor konzentriert, weil dieser als Musterbeispiel korporatistischer Steuerung gilt. Der Krankenhausbereich hingegen wurde kaum untersucht. Dabei scheint sich die Steuerung dort aufgrund der unterschiedlichen Ausgangsbedingungen völlig anders zu entwickeln als im stationären Sektor (siehe Gerlinger 2002). Da sich 1992 die korporatistischen Strukturen im Krankenhausbereich erst im Aufbau befunden haben, stellt sich dort die Frage, ob die „Korporatisierung“ (Döhler, Manow-Bogwardt 1992) durch den Paradigmenwechsel gestoppt oder sogar umgekehrt wurde oder ob es zu einem weiteren Ausbau korporatistischer Steuerungselemente gekommen ist. Auch im Krankenhausbereich wurden wettbewerbliche Steuerungselemente eingeführt. Um allerdings die Frage beantworten zu können, ob dies Auswirkungen auf die Entwicklung korporatistischer Steuerung hat, muss geklärt werden, welche Bedeutung den Wettbewerbselementen im Steuerungssystem des Krankenhausbereichs zukommt. Dass die gewählte Fragestellung die Entwicklung staatlicher Steuerung nicht explizit berücksichtigt, liegt daran, dass es nicht von einem Bedeutungsverlust staatlicher Steuerung ausgeht. Der Krankenhausbereich war vor dem Paradigmenwechsel ein staatlich stark regulierter Sektor und wird es aufgrund seiner essenziellen Bedeutung für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung auch weiterhin blei-

ben. Allerdings ist davon auszugehen, dass sich die Aufgaben staatlicher Steuerung durch die Entwicklung der anderen beiden Steuerungsformen verändern.

Um den Paradigmenwechsel der gesundheitspolitischen Steuerung im Krankenhaussektor zu analysieren, werde ich die politische Steuerung des Krankenhaussektors 1992 mit der Steuerung von heute vergleichen. Hierzu werde ich die Situation 1992 (Kapitel 2) und die politische Steuerung des Krankenhaussektors heute (Kapitel 3) detailliert beschreiben, um sie dann in einem dritten Schritt miteinander zu vergleichen und die Veränderungen auf die oben genannten Fragestellungen hin zu untersuchen (Kapitel 4). Basis des Vergleichs wird ein Kategorienraster sein, das die Regulationsstruktur der politischen Steuerung des Krankenhaussektors nachzeichnet und deren Regelungsfelder beschreibt.

Abbildung 1: Analyseschema

	staatliche Ebene	Bundesverbandsebene	Landesverbandsebene	einzelnes Krankenhaus
Leistungserbringung: Erbringer, Umfang, Art				
Finanzierung und Vergütung				
Qualitätssicherung				

Die *horizontale* Ebene des Rasters umfasst die Strukturebenen der politischen Steuerung des Krankenhaussektors. Die oberste Ebene politischer Steuerung bildet der Staat, weil er jederzeit hierarchisch in die Steuerung eingreifen bzw. die Steuerungsform des Sektors verändern kann. Der staatlichen Ebene folgen die Ebenen der gemeinsamen Selbstverwaltung, die Bundesverbands- und die Landesverbandsebene. Hierzu gehören die jeweiligen Bundes- und Landesverbände der Krankenhäuser, aber auch die Gremien der ge-

meinsamen Selbstverwaltung. Die vierte Ebene steht für das einzelne Krankenhaus. Auf der *vertikalen* Achse sind die Regelungsfelder Leistungserbringung, Finanzierung und Qualitätssicherung abgebildet. Die Kategorie der Leistungserbringung beinhaltet dabei Regelungen über die Leistungserbringer, den Umfang und die Art der Leistung. Die Finanzierungskategorie umfasst die Steuerung der Finanzierung und Vergütung. Und die dritte Kategorie wendet sich der Frage zu, wie Qualitätssicherung gesteuert wird.

Dabei werde ich versuchen, nicht nur die institutionellen Gegebenheiten und Veränderungen zu beschreiben, sondern soweit möglich auch das Akteurshandeln, um mögliche Differenzen zwischen formeller und realer Entwicklung aufdecken zu können.

2. Politische Steuerung des Krankenhausesektors 1992

2.1 Leistungserbringung

Den allgemeinen Rahmen für die Leistungserbringung im Krankenhaus setzt das SGB V. Es legt fest, dass die Krankenhausbehandlung durch den GKV-Leistungskatalog abgedeckt wird (§ 27) und welche Voraussetzungen vorliegen müssen, damit die Versicherten eine Krankenhausbehandlung in Anspruch nehmen dürfen (§ 39). Es gilt der Grundsatz ambulant vor stationär, d.h. Behandlungen, die auch ambulant durchgeführt werden können, dürfen nicht im Krankenhaus erbracht werden (§ 39 Abs. 1 S. 1). Die Krankenhäuser durften lange Zeit Versicherte nur stationär und teilstationär behandeln (§ 39 Abs. 1 S. 2). Das SGB V regelt auch allgemein den Umfang der Krankenhausbehandlung: „Sie umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrages des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, [...]“ (§ 39 Abs. 1 S. 3). Die Leistungen müssen „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ und notwendig sein (§ 12 Abs. 1), damit sie von den Krankenkassen übernommen werden.

Des Weiteren klärt das SGB V allgemein, welche Krankenhäuser zur Behandlung von gesetzlich Versicherten zugelassen sind (§ 108). Hierzu zählen Hochschulkliniken, Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen wurden, und Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen abgeschlossen haben. Die konkrete Versorgungsstruktur wird dann auf der Landesebene festgelegt und ist durch das KHG und die Landeskrankenhausgesetze geregelt. Darüber hinaus definiert das SGB V den Rahmen, in dem die Organisationen der Leistungsanbieter

ter und die Verbände der Krankenkassen die Leistungserbringung selbstständig regeln müssen.

2.1.1 Krankenhausplanung der Länder

Das KHG (§ 6 Abs. 1) weist den Ländern die Planungskompetenz für die Krankenhausversorgung zu. Die Länder haben damit auch die alleinige Finanzverantwortung und müssen für eine ausreichende Bereitstellung öffentlicher Fördermittel für die Krankenhausversorgung sorgen (Alber 1992: 113). Die Länder erstellen auf Basis einer Bedarfsplanung Landeskrankenhauspläne, in denen Standort, Anzahl und Ausstattung der Krankenhäuser geregelt ist. Die in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser haben Anspruch auf Investitionsförderung durch das Land. In den Krankenhausplan dürfen nur bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftlich arbeitende Krankenhäuser aufgenommen werden. Gibt es über den Bedarf hinausgehende Betten bzw. Häuser, entscheidet die Landesbehörde, welches Krankenhaus in den Plan aufgenommen wird (§ 8 Abs. 2 KHG). Wurde ein Krankenhaus nicht in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen, kann es dagegen vor dem Verwaltungsgericht klagen. Kein Krankenhaus kann jedoch gegen seinen Willen in den Krankenhausplan aufgenommen werden.

Den gesetzlichen Rahmen für die Krankenhausplanung gibt das KHG vor. Die Ausgestaltung dieses Rahmens erfolgt durch die jeweiligen Landeskrankenhausgesetze, welche die genaue Durchführung der Krankenhausplanung regeln. Das KHG (§ 7) schreibt die Anhörung der Krankenhausträger durch die Landesbehörden vor, bevor diese eine Entscheidung über den Krankenhausplan treffen. Außerdem sollen die Landesbehörden bei ihrer Planungs- und Förderungsentscheidungen eine Einigung mit den „unmittelbar Beteiligten“ „anstreben“ (§ 7 KHG). Auch wenn das Letztentscheidungsrecht über die Krankenhaus- und Investitionsplanung bei den Ländern liegt, heißt das nicht, dass diese allein planungs- und entscheidungsbefugt sind. Die Entscheidungen „sind vielmehr gemeinsame Angelegenheiten der Landesbehörden und der unmittelbar Beteiligten“ (Vollmer, Hoffmann 1987: 42). Als „unmittelbar Beteiligte“ nehmen die Landeskrankenhausgesellschaften, die Spitzenverbände der GKV und der Landesausschuss der Privaten Krankenversicherung an den Planungsverfahren teil. Wer darüber hinaus als „unmittelbar Beteiligter“ gilt, ist von Bundesland zu Bundesland verschieden (Leidl, Schwefel 1988: 188). Weil das KHG nur den Rahmen für die Krankenhauplanung vorgibt und die Details in den Ländergesetzen geregelt sind, unterscheiden sich Zuständigkeiten, Verfahrensdetails und Regulierungstiefe in den jeweiligen Ländern (ebd.: S. 188). Eine generelle Aussage über die tatsächliche

Rolle der Landeskrankenhausgesellschaften in den Planungsverfahren kann deshalb nicht getroffen werden. Eine vergleichende Studie der Krankenhausplanung in Bayern und Nordrhein-Westfalen (Altenstetter 1985) zeigte, dass dort trotz völlig unterschiedlicher Verfahren (zentrale bzw. dezentrale Verhandlungen und Planerstellung) den Landeskrankenhausgesellschaften lediglich Beratungs- und Legitimationsfunktion zukam.

Aus dem Krankenhausplan ergibt sich, welche Krankenhäuser GKV-PatientInnen behandeln dürfen. Die Kassen *müssen* mit allen im Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäusern Versorgungsverträge abschließen. Der Abschluss des Versorgungsvertrages erfolgt automatisch mit Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan (fingierter Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V). Mit Häusern, die nicht im Krankenhausplan stehen, *können* die Kassen Versorgungsverträge vereinbaren. Der Kontrahierungszwang wurde durch das GRG gelockert. Seitdem können die Krankenkassen Versorgungsverträge kündigen, wenn die Krankenhäuser die Voraussetzungen des § 109 SGB V (leistungsfähige und wirtschaftliche Behandlung sowie Notwendigkeit des Krankenhauses) dauerhaft nicht erfüllen (§ 110 SGB V). Die Kündigung bedarf allerdings der Zustimmung der Landesbehörden (§ 110 Abs. 2 SGB V). Bis 1992 wurden von den Landesverbänden der Krankenkassen 15 Kündigungen beantragt, aber nur drei durch die Landesbehörden genehmigt, so dass die Kündigungsoption real nur eine geringe Bedeutung hatte (Wanek 1994: 389).

2.1.2 Regelung der Leistungserbringung durch die gemeinsame Selbstverwaltung

Die konkrete Regelung der Leistungserbringung wird vom SGB V und dem KHG den Organisationen der Leistungserbringer und den Verbänden der Krankenkassen gemeinsam zugewiesen. Maßgaben hierzu finden sich im SGB V § 112 (zweiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlung), § 115 (dreiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Kassenärzten) und im § 19 KHG (Maßstäbe und Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser). Die einzelnen Regelungen sollen im Folgenden näher erläutert und – soweit möglich – auf ihre Umsetzung hin untersucht werden.

2.1.2.1 Zweiseitige Verträge (§ 112 SGB V)

§ 112 SGB V verpflichtet die Landesverbände der Krankenkassen und die Landeskrankenhausgesellschaften, gemeinsam Verträge abzuschließen, die sicherstellen sollen,

dass Art und Umfang der Krankenhausbehandlung den Anforderungen des Sozialgesetzbuches entsprechen. Die Verträge sollten insbesondere

„1. die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung einschließlich der

a) Aufnahme und Entlassung der Versicherten,

b) Kostenübernahme, Abrechnung der Entgelte, Berichte und Bescheinigungen

2. die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung,

3. Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen,

4. die soziale Betreuung und Beratung der Versicherten im Krankenhaus,

5. den nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation oder Pflege...“

regeln. Diese Aufzählung ist nicht abschließend, d.h. es können auch weitere Sachverhalte in den Verträgen erfasst werden. Die Verträge sind für die Krankenkassen und die zugelassenen Krankenhäuser im Land unmittelbar verbindlich. Falls keine Einigung bis zum Stichtag 31.12.1989 erzielt werden konnte, sollten die Verträge von der Landesschiedsstelle (nach § 114 SGB V) festgesetzt werden. Die Verträge sollten auf Grundlage der Rahmenempfehlungen, welche die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft gemeinsam zu erarbeiten hatten (§ 112 Abs. 5 SGB V), erstellt werden. Obwohl das Gesetz einen Vertragsabschluss bis zum 31. Dezember 1989 vorgibt, waren bis 1992 nicht in allen Bundesländern und nicht zu allen Unterpunkten des § 112 Abs. 2 zweiseitige Verträge abgeschlossen worden. Bis 1991 waren nur im Saarland und in Nordrhein-Westfalen Schiedsstellen nach § 114 SGB V eingerichtet (Düring 1992: 43). Außerdem darf die Schiedsstelle nach § 112 Abs. 3 SGB V nur auf Antrag einer Vertragspartei die Verträge festsetzen. Wenn keine Partei Interesse an einem Abschluss zweiseitiger Verträge hat, kann die Schiedsstelle nicht tätig werden. Am 27. November 1990 erzielten die Vertragsparteien auf Bundesebene eine Einigung über den Inhalt der Verträge über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung (§ 112 Abs. 2 Nr.1), die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer einer Krankenhausbehandlung (Nr. 2), der sozialen Betreuung und Beratung der Versicherten im Krankenhaus (Nr. 4) und den nahtlosen Übergang zur Rehabilitation (Nr. 5) und haben hierzu Rahmenempfehlungen erlassen. Am 18. September 1992 wurden dann auch noch Verfahrensgrundsätze für die Wirtschaftlichkeitsprüfung (§ 112 Abs. 2 Nr. 3) als Rahmenempfehlungen verabschiedet (GKV Kommentar 2004: §112 Rdnr. 45).

2.1.2.2 Dreiseitige Verträge (§ 115 SGB V)

§ 115 SGB V verpflichtet die Landesverbände der Krankenkassen und die Landeskrankenhausgesellschaften, gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen Verträge abzuschließen, welche die konkrete Ausgestaltung der Zusammenarbeit zwischen KassenärztInnen und zugelassenen Krankenhäusern zum Inhalt haben. Insbesondere sollen die dreiseitigen Verträge

„1. die Förderung des Belegarztwesens und der Behandlung in Einrichtungen, in denen die Versicherten durch Zusammenarbeit mehrerer Kassenärzte ambulant und stationär versorgt werden (Praxiskliniken)

2. die gegenseitige Unterrichtung über die Behandlung der Patienten sowie über die Überlassung und Verwendung von Krankenunterlagen,

3. die Zusammenarbeit bei der Gestaltung und Durchführung eines ständig einsatzbereiten Notdienstes,

4. die Durchführung und Vergütung einer zeitlich begrenzten vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus einschließlich der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Verhinderung von Missbrauch,

5. die allgemeinen Bedingungen der ambulanten Behandlung im Krankenhaus“

regeln (§ 115 Abs. 2 SGB V). Auch die dreiseitigen Verträge sind für die Krankenkassen, die zugelassenen Krankenhäuser und die Kassenärzte verbindlich. Wie auch in § 112 war hier die Anrufung der Schiedsstelle nach § 114 möglich, wenn bis zum Stichtag 31.12.1989 keine Verträge zustande gekommen waren. § 115 sieht jedoch eine Verschärfung vor: wenn bis 31.12.1990 keine Regelung getroffen wurde, sollte der Inhalt der Verträge durch eine Rechtsverordnung der Landesregierung bestimmt werden. Bis 1992 kamen nur vereinzelt dreiseitige Verträge zustande. Der Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen begründete dies unter anderem damit, dass die „Entscheidungsregeln unklar formuliert sind, die Parteien sich gegenseitig blockieren können und über Art und Umfang der Arbeitsteilung bzw. Kooperation unterschiedliche Vorstellungen bestehen“ (SVR 1992: Ziffer 300). Auch § 115 sieht Rahmenempfehlungen durch die Verbände auf Bundesebene (KBV, DKG und Spitzenverbände der Krankenkassen) vor. Die Vertragsparteien konnten sich über Rahmenempfehlungen zur Überlassung und Verwendung von Krankenunterlagen (§ 115 Abs. 2 Nr. 2) und über das Belegarztwesen und Praxiskliniken (Nr. 1) verständigen (GKV Kommentar 2004: §115 Rdnr. 28).

2.1.2.3 § 19 KHG

§ 19 KHG legte weitere Rahmenempfehlungen der Bundesverbandsebene fest. So sollten die DKG und die Spitzenverbände der Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung „unter Beachtung der medizinischen und technischen Entwicklung gemeinsame Empfehlungen über Maßstäbe und Grundsätze für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser, insbesondere für den Personalbedarf und die Sachkosten“ erarbeiten. Die Verhandlungen wurden zunächst auf den Personalbedarf beschränkt. Trotz der Konzentration auf lediglich einen Verhandlungspunkt scheiterten die Verhandlungen. Regler sieht die Ursache hierfür in der Unvereinbarkeit von Kostendämpfung und leistungsfähiger Versorgung als Verhandlungszielen (Regler 1988: 215). Auch ein Einigungsversuch im Rahmen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen (KAiG) blieb erfolglos. 1986 haben dann die Kassen und Krankenhäuser die Bundesregierung zur Vorlage einer entsprechenden Rechtsverordnung aufgefordert (Alber 1992: 115-116). Die Bundesregierung hat 1990 mit der Vorbereitung eines Verordnungsentwurfs begonnen und diesen dann im Rahmen des GSG 1992 verabschiedet.

Vor Ort, in den Verhandlungen zwischen einzeltem Krankenhaus und den Krankenkassen, wurden im Rahmen der Budget- und der Pflegesatzverhandlungen weitere Einzelheiten der Leistungserbringung bestimmt. Hierzu gehörten die geplante Belegung, die Fallzahlen, die Verweildauer, die Personal- und Sachkosten und das diagnostisch-therapeutische Leistungsprogramm (DKI et al. 1988: 564ff). Zur Ermittlung der Personalkosten wurde auch die Personalmenge verhandelt. Die Personalbedarfsberechnung erfolgte dabei auf Basis von Anhaltszahlen, welche die DKG 1969 publiziert hatte. Die Anhaltszahlen waren jedoch nur „relativ unverbindliche Richtlinien mit Empfehlungscharakter“ (Alber 1992: 115). Von ihnen konnte in den einzelnen Verhandlungen abgewichen werden.

Welche konkreten Leistungen die PatientInnen im Krankenhaus erhalten, wird von den ÄrztInnen vor Ort entschieden (Alber 1992: 113). Diese legen Diagnostik, Behandlungsart und -dauer und damit die Menge sowie die Qualität der erbrachten Leistungen fest.

2.2 Finanzierung und Vergütung

Bei der Finanzierung der Krankenhäuser in Deutschland spricht man von einer dualen Finanzierung, weil die Kosten der Krankenhäuser grundsätzlich auf zwei unterschiedlichen Wegen gedeckt werden. Investitionen werden im Rahmen der Krankenhausplanung

von den Ländern und die Betriebskosten von den Krankenkassen bzw. Selbstzahlern über Leistungsentgelte finanziert. Investitionen haben dabei in den achtziger Jahren rund 10 Prozent der Finanzierung und die laufenden Betriebskosten die restlichen 90 Prozent ausgemacht (Veith 1988: 91). Kosten, die weder vom Land noch durch die Entgelte gedeckt werden können, müssen von den Trägern der Krankenhäuser übernommen werden. Seit 1988 konnten Krankenkassen auch mit einzelnen Krankenhäusern Investitionsverträge schließen (§ 18b KHG) und darin vereinbaren, dass Investitionen durch einen Aufschlag auf den Pflegesatz von den Krankenkassen vollständig oder teilweise finanziert wurden. Diese Möglichkeit der zusätzlichen Investitionsfinanzierung wurde aber so gut wie überhaupt nicht genutzt (SVR 1990: Ziffer 483).

Den rechtlichen Rahmen für die Krankenhausfinanzierung setzt das KHG, detailliertere Regelungen zu dessen Ausgestaltung fanden sich in der Bundespflegesatzverordnung. Im Folgenden werde ich nur kurz auf die Investitionsförderung durch die Länder eingehen, weil die Krankenhausplanung als Grundlage der Investitionsfinanzierung im vorangehenden Abschnitt schon ausführlich dargestellt wurde. Genauer werde ich anschließend die Leistungsvergütung behandeln, die in den Verhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen ausgehandelt wurde, denn insbesondere hier zeigen sich große Unterschiede zur heutigen Vergütungsform.

2.2.1 Investitionsfinanzierung

Jedes Krankenhaus, das in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen wurde, hat Anspruch auf Investitionsförderung durch das Land. Das KHG unterscheidet drei unterschiedliche Förderungstatbestände. Für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter und kleine bauliche Maßnahmen (§ 9 Abs. 3 KHG) erhält das Krankenhaus erstens einen festen jährlichen Pauschalbetrag. Über diesen Betrag kann es im Rahmen der Zweckbindung frei verfügen. Die Errichtung und Erstausrüstung von Krankenhäusern (§ 9 Abs. 1 Nr. 1 KHG) wird zweitens vom Land finanziert, wenn das zu errichtende Haus im Krankenhausplan aufgenommen und im Investitionsprogramm berücksichtigt wurde. Daneben gibt es drittens Investitionsmaßnahmen, die individuell auf Einzelantrag des Krankenhausträgers gefördert werden (§ 9 Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 2 KHG). Hierzu gehören unter anderem die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren, die Nutzung von Anlagegütern, Anlauf- und Umstellungskosten bei innerbetrieblichen Änderungen und Kosten, die bei der Schließung oder Umstellung auf andere Aufgaben von Krankenhäusern entstehen. Das Land darf die Fördermittelver-

gabe an die Krankenhäuser nicht mit Auflagen verbinden, die deren Selbstständigkeit und Unabhängigkeit über die Erfordernisse der Krankenhausplanung und der wirtschaftlichen Betriebsführung hinaus einschränken (§ 1 Abs. 2 S. 3 KHG). Damit betont das Gesetz, dass „die Gesamtverantwortung für die Unternehmens- und Betriebsentscheidungen“ grundsätzlich beim Krankenhausträger liegt (Vollmer, Hoffmann 1987: 40). Basis, Umfang und Zahlungsmodalitäten der Investitionsförderung werden in den jeweiligen Landeskrankenhausesetzen geregelt (Döhler, Manow-Borgwardt 1992b: 92f.). Allerdings sind die Länder ihrer Pflicht zur Übernahme der Investitionen nur unzureichend nachgekommen. Ihre desolante Haushaltslage hatte eine jährliche Investitionslücke im stationären Bereich von zwei Milliarden DM zur Folge (SVR 1989: Ziffer 207), die in ihrer kumulativen Wirkung einen riesigen Investitionsstau bei den Krankenhäusern verursachte.

2.2.2 Vergütung

Die Vergütung der vom Krankenhaus erbrachten Leistungen wird in Verhandlungen zwischen dem einzelnen Krankenhaus und den Krankenkassen ausgehandelt. Den Rahmen der Verhandlungen gibt die Bundespflegesatzverordnung vor. Ich werde im Folgenden zunächst das Verfahren und danach den Inhalt der Verhandlungen ausführlich erläutern.

2.2.2.1 Pflegesatzverfahren

Zur Einleitung des Pflegesatzverfahrens muss eine Vertragspartei, meist ist dies der Krankenhausträger, die andere Vertragspartei zu Verhandlungen auffordern. Mit der Aufforderung beginnt eine Sechswochenfrist, in der ein Verhandlungsergebnis erzielt werden soll. Die Verhandlungen sind rechtzeitig durchzuführen, so dass die Ergebnisse bis zum Beginn des neuen Geschäftsjahres vorliegen (§ 18 Abs. 4 KHG i.V.m. § 16 Abs. 3 S. 2 BPfIV)(Köhler 1991: 70). Zumeist wurden die Pflegesatzverhandlungen in Vorbesprechungen vorbereitet, so dass die Sechswochenfrist kein Problem darstellte (DKI et al. 1988: 563). An den Verhandlungen nehmen der Krankenhausträger und die VertreterInnen der Krankenkassen, soweit sie mindestens fünf Prozent der Berechnungstage finanziert haben, teil. Gewöhnlich bilden die Vertragspartner auf beiden Seiten Arbeitsgemeinschaften oder Verhandlungskommissionen, die in gemeinsamen Sitzungen über die verschiedenen Krankenhäuser eines Ortes verhandeln. Auf Kassenseite übernimmt meist die AOK die Verhandlungsführung (Alber 1992: 117). Die Pflegesätze müssen auch in den Arbeitsgemeinschaften individuell für jedes Krankenhaus verhandelt werden (Köhler

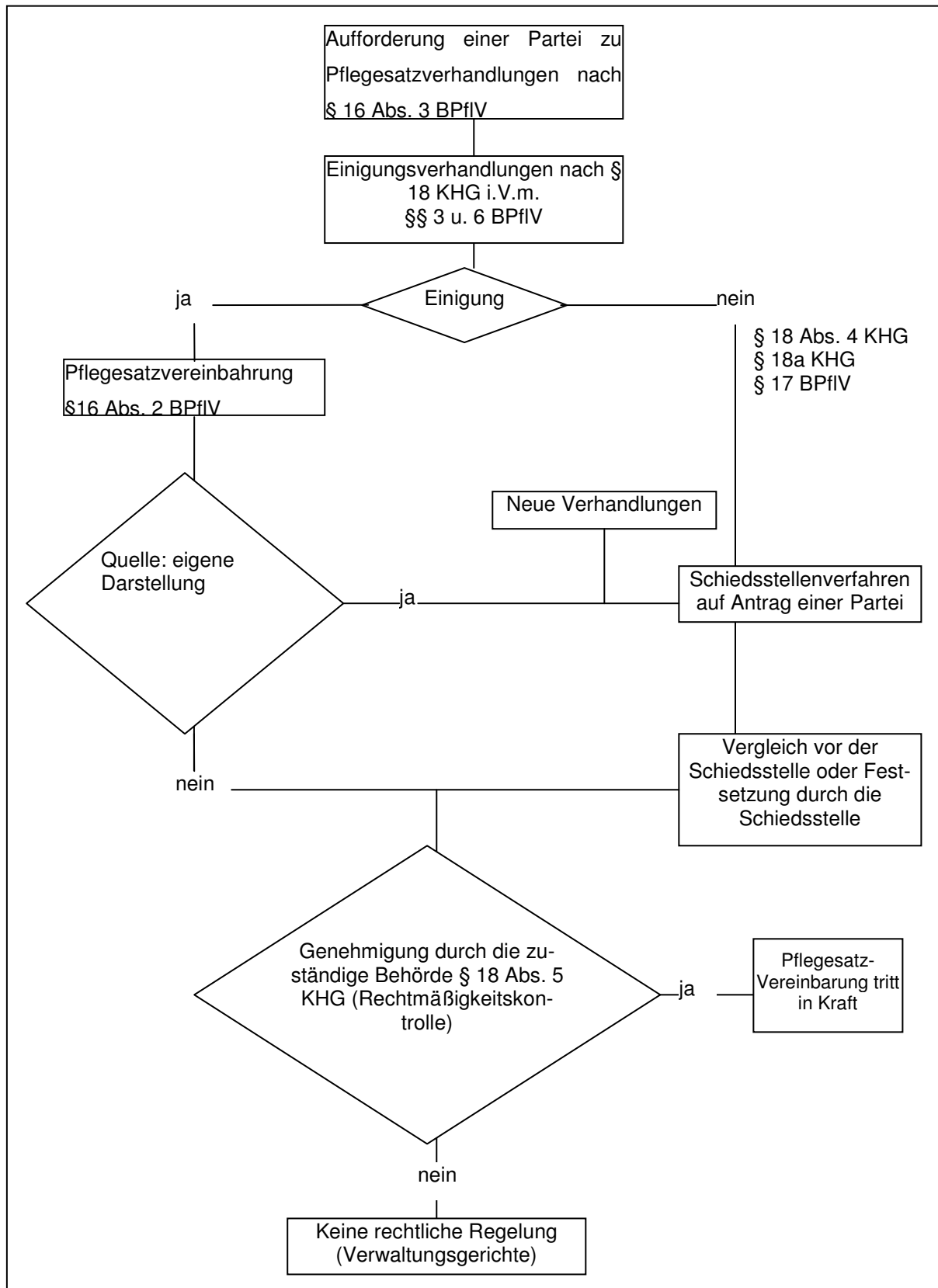
1991: 68). Optional können die LKGs und der jeweilige Landesverband der PKV an den Verhandlungen beteiligt werden. Die Verhandlungen sollen in Zusammenarbeit mit Berufsverbänden, Gewerkschaften und Arbeitgeberverbänden erfolgen. Bei den Verhandlungen müssen die (nur bedingt existierenden) Rahmenvereinbarungen der Spitzenverbände und die Empfehlungen der KAiG berücksichtigt werden (Leidl, Schwefel 1988: 192). Als Datengrundlage der Pflegsatzverhandlungen dienen die Diagnose- und die Leistungsstatistiken, welche die Krankenhäuser zu den Verhandlungen vorlegen müssen. Auf Antrag müssen die Krankenhäuser weitere Informationen über Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit zur Verfügung stellen (§ 16 Abs. 4 u. 5 BPfIV). Wie die Verhandlungen im Einzelnen abgelaufen sind und welche Verhandlungsmittel eine Rolle gespielt haben liegt „weitgehend im Dunklen“ (Leidl, Schwefel 1988: 192-193).

Die getroffenen Vereinbarungen bedürfen der Zustimmung der Landesverbände der Krankenkassen und des Landesausschusses des Verbandes der privaten Krankenversicherungen. Dieses einseitige Vetorecht stärkt die Position der Krankenkassen in den Verhandlungen gegenüber den Krankenhäusern (Alber 1992: 118). Daneben muss das Verhandlungsergebnis von den zuständigen Behörden genehmigt werden, wobei sich die Prüfung auf rechtliche Aspekte beschränkt (ebd.: S. 118). Die Genehmigung kann mit Nebenbestimmungen von der Behörde verbunden werden. Gegen die Genehmigung können die Krankenhäuser auf dem Verwaltungsweg klagen (Döhler, Manow-Borgwardt 1992b: 88).

Können sich die Vertragsparteien nicht einigen, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei eine unabhängige Schiedsstelle nach § 18a KHG. Die Schiedsstelle ist mit VertreterInnen der Beteiligten und einer bzw. einem unabhängigen Vorsitzenden besetzt, welcheR von den Beteiligten berufen wird. Können die Beteiligten sich nicht auf eineN VorsitzendeN einigen, wird er bzw. sie von der zuständigen Landesbehörde bestimmt (Köhrer 1991: 118). Die Schiedsstelle setzt den Pflegesatz fest, falls sechs Wochen nach Antrag eines der beiden Verhandlungspartner keine Einigung zustande gekommen ist. Der Schiedsspruch unterliegt dem Genehmigungsvorbehalt des Landes (§ 18 Abs. 5 KHG). Die Landesregierung hat die Rechtsaufsicht über die Schiedsstelle und regelt auch alles Weitere zur Organisation und Amtsführung (Döhler, Manow-Borgwardt 1992b: 88). Von 690 befragten Krankenhäusern haben 1988 nur 5,6 Prozent eine Schiedsstelle in Anspruch genommen. 1987 waren es 10,7 Prozent (767 befragte Häuser) und 1986 7,8 Prozent (731 befragte Häuser) (DKI et al. 1988: 565).

Auf Landesebene gibt es einen Landespflegeausschuss, der Empfehlungen zu den Pflegesatzverfahren erarbeitet (§ 20 BPfIV 1992). Der Ausschuss ist mit je sechs VertreterInnen der Krankenhäuser und der Krankenkassen und einer bzw. einem VertreterIn des Landes besetzt. Neben Beratungen über Pflegesatzverfahren gehören die Erarbeitung von Empfehlungen zur Zusammensetzung des Sonderentgeltkatalogs und von Maßstäben zur Einteilung der Krankenhäuser in vergleichbare Gruppen zu seinen Aufgaben. (Köhler 1991: 66)

Abbildung 2: Schritte des Pflegesatzverfahrens



Quelle: (Köhler 1991: 119)

2.2.2.2 Verhandlungsinhalt

Die wesentlichen Vertragsinhalte werden durch das KHG und die BPfIV vorgegeben. Der Verhandlungsinhalt ist dadurch aber nur bedingt bestimmt, weil die Gesetze sehr viele Kann-Bestimmungen enthielten. Diese Themenbereiche konnten, mussten aber nicht in die Verhandlungen aufgenommen werden.

Abbildung 3: Muss- und Kann-Bestimmungen des KHG und der BPfIV über den Inhalt von Pflegesatzvereinbarungen

Muss-Bestimmungen	Kann-Bestimmungen
<ul style="list-style-type: none"> • Vertragsparteien (§ 16 Abs. 1 S. 1 BPfIV) • Budget, • Art, Höhe und Laufzeit der Pflegesätze (§16 Abs. 1 S.1, § 3 Abs. 1 Nr. 1 i.V.m. §4 BPfIV) • Zugrunde gelegte Kosten- und Leistungsstruktur mit entsprechenden Vorgaben; Berechnungstage, Zahl der PatientInnen, Art und Schwere der Erkrankungen, Verweildauer, Lohn- und Preisentwicklung (§ 16 Abs. 1, § 3 Abs. 1 Nr. 1 i.V.m. § 4 BPfIV; §13 Abs. 2 BPfIV) • Gestaltung der Zahlungsmodalitäten für die Pflegesätze (§ 16 Abs. 1 S. 2 BPfIV) 	<ul style="list-style-type: none"> • Abweichender Fixkostenanteil für Erlösausgleiche (§ 4 Abs. 1 BPfIV) • Berichtigung des Budgets für sonstige Kostenänderungen (§ 4 Abs. 2 S. 3 BPfIV) • Wagniszuschlag (§ 4 Abs. 2 S. 5 BPfIV) • Zuschlag für Kostenersparnis (§ 4 Abs. 5 BPfIV) • Besondere Pflegesätze (§ 5 Abs. 2 BPfIV) • Sonderentgelte (§ 6 BPfIV) • Pauschale Abschreibungssätze für nichtgeförderte Krankenhäuser (§ 14 Abs. 2 BPfIV) • Anrechnungsschlüssel für Auszubildende in Krankenpflegeberufen (§ 15 Abs. 2 BPfIV) • Veränderung der Personal- und Betriebsstrukturen (§16 Abs. 6 S. 5 BPfIV) • Modellvorhaben (§ 21 BPfIV) • Investitionskostenzulage (§ 18b KHG)

Quelle: Köhler 1991: 116-117

Gegenstand der Verhandlungen waren neben der geplanten Belegung vor allem die Fallzahl, die Verweildauer, die Personal- und Sachkosten und das diagnostisch-therapeutische Leistungsprogramm (DKI et al. 1988: 564ff.). Die genannten Punkte bildeten die Grundlage für die Ermittlung des Krankenhausbudgets und der Pflegesätze.

Die Vertragsparteien vereinbarten im Voraus für den folgenden Pflegesatzzeitraum ein Budget, dessen Höhe so bemessen sein soll, dass die Selbstkosten eines wirtschaftlichen und leistungsfähigen Krankenhauses damit abgedeckt werden. Grundsätzlich sind die Vertragsparteien an das Budget gebunden, es sei denn, es treten besondere Umstände ein wie zum Beispiel höhere Personalkosten aufgrund von Tarifverhandlungen, die eine Berichtigung des Budgets notwendig machen (§ 4 Abs. 1 BPfIV)(Döhler, Manow-Borgwardt 1992b: 96). Aus dem Budget errechnen sich unter Einbeziehung der erwarteten

ten Pfl egetage die allgemeinen Pflegesätze. Sie sind nötig, um die Kosten anteilig für die PatientInnen bzw. deren Versicherungsträger berechnen zu können (Leidl, Schwefel 1988: 192). Die Pflegesätze werden erst seit 1985 in den Verhandlungen bestimmt. Zuvor wurden sie hierarchisch von den zuständigen Landesministerien festgelegt (Veith 1988: 93). Seitdem sind die Pflegesätze trotz relativer Verhandlungsmacht der Kassen kontinuierlich angestiegen (Alber 1992: 120).

Die allgemeinen Pflegesätze waren für alle Behandlungen und alle Behandlungstage gleich hoch. Die Vorteile solch pauschalierter Pflegesätze liegen darin, dass sie administrativ einfach zu handhaben sind und keine Anreize zur Ausweitung von Leistungen beim einzelnen Behandlungsfall beinhalten. Nachteilig ist, dass die Kosten von Einzelleistungen so nicht ermittelt und damit auch nicht mit anderen Häusern verglichen werden können. Außerdem entsteht ein Anreiz, die Verweildauer der PatientInnen zu verlängern, weil die Pflegesätze in den letzten Tagen der Behandlung in der Regel über den Kosten liegen. Hinzu kommt, dass das Krankenhaus ohnehin ein Interesse daran hat, die Belegungstage möglichst hoch zu halten, weil sie als Ausgangspunkt für die Verhandlungen im darauf folgenden Jahr genommen werden (Alber 1992: 120).

Neben den allgemeinen Pflegesätzen können in den Verhandlungen auch besondere Pflegesätze für einzelne Abteilungen oder besondere Einrichtungen (§ 5 BPfIV) und Sonderentgelte (§ 6 BPfIV) für besonders teure Behandlungen, zum Beispiel Transplantationen oder Herzoperationen vereinbart werden (Goedereis 1999: 24). Sonderentgelte und besondere Pflegesätze spielten aber nur eine untergeordnete Rolle. 1988 wurden 96 Prozent aller von den Krankenkassen finanzierten Leistungen über den allgemeinen Pflegesatz abgerechnet. Besondere Pflegesätze und Sonderentgelte kamen fast nur bei Häusern der Maximalversorgung zum Einsatz (SVR 1990: Ziffer 483).

Bei den vereinbarten Budgets handelte es sich um flexible Budgets. Wuch die tatsächliche Belegung von der vereinbarten ab, dann wurde das Budget in Höhe der variablen Kosten nach oben bzw. unten angepasst. Dadurch wurde den Krankenhäusern eine Gewinn- und Verlustmöglichkeit eröffnet. Lagen hingegen die tatsächlichen Pflegesätze über oder unter den vereinbarten Sätzen, wurde die Differenz im Nachhinein nicht ausgeglichen. Damit wurde das „finanzwirtschaftliche Risiko des Leistungserstellungsprozesses auf die Krankenhäuser übertragen“ (Demmler, Neubauer 1989: 13). Da die erwirtschafteten Verluste aber von den Trägern (Kommunen oder Freigemeinnützige Organisationen) aufgefangen werden mussten, bestand trotzdem häufig kein Anreiz, wirtschaftlich zu arbeiten. Anders war es bei den Belegungstagen. Lagen die tatsächlichen Behandlungstage unter der

prognostizierten Belegung, wurden die Fixkosten von den Krankenkassen gedeckt. Lagen sie darüber, wurden zusätzlich zum vereinbarten Budget lediglich die variablen Kosten erstattet. Das Verhältnis von Fixkosten zu variablen Kosten war Verhandlungssache in der Pflegesatzvereinbarung (SVR 1990: Ziffer 476). Der Gewinn bzw. Verlust wurde damit also zum Teil durch die Selbstverwaltungsorgane verhandelt.

Das beschriebene System der Budget- und Pflegesatzverhandlungen kann als „modifiziertes Selbstkostendeckungsprinzip“ (ebd.: Ziffer 476) bezeichnet werden. „Es unterscheidet sich von einem reinen Selbstkostendeckungsprinzip dadurch, dass über die Notwendigkeit und Angemessenheit von Kosten verhandelt wird und nicht zwangsläufig alle entstandenen Kosten gedeckt werden.“ (ebd.: Ziffer 496).

2.3 Qualitätssicherung

Eine systematische Qualitätssicherung im Krankenhausbereich war 1992, im Gegensatz zum ambulanten Sektor, nur rudimentär entwickelt (SVR 1989: Ziffer 54; Alber 1992: 113). Neben den Kontrollen der nosokomialen Infektionen durch die Hygienebeauftragten und den sicherheitstechnischen Kontrollen der Medizingeräte laut Medizingeräteverordnung nennt das Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1989 bei seiner Aufzählung der bestehenden Qualitätssicherung im Krankenhaus (Ziffer 55) nur die Richtlinien zur Qualitätssicherung im Labor und der Röntgendiagnostik, die sowohl für den ambulanten wie auch den stationären Bereich gelten. Daneben existierte lediglich eine Reihe von freiwilligen Modellprojekten, von denen aber nur die Perinatalerhebung (in den elf alten Bundesländern), die Neonatalerhebung (Bayern, Niedersachsen, Baden-Württemberg) und die chirurgische Qualitätssicherung (Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen) flächendeckend durchgeführt wurden. Die Umsetzung der Erkenntnisse aus den Modellprojekten im Krankenhausalltag ist kaum erfolgt (Selbmann 1989: 105; SVR 1989: Ziffer 56).

Als Ursache für die kaum ausgebildete Qualitätssicherung im Krankenhausesektor wurde angeführt, dass „die hierarchischen Entscheidungsabläufe in einer Klinik, die Vielzahl der Ärzte [...], und die häufigen gemeinsamen, auch interdisziplinären Besprechungen [...] eine gegenseitige Kontrolle“ implizieren (SVR 1989: Ziffer 54). Ein weiterer Grund ist darin zu suchen, dass der Krankenhausträger als Qualitätsverantwortlicher häufig nicht über den notwendigen Sachverstand verfügte (ebd.). Hinzu kommt, dass kaum Motivations-

bzw. Sanktionsmöglichkeiten zur Verfügung standen und nur wenige Daten über erbrachte Einzelleistungen existierten (Selbmann 1989: 105).

Um diesem Missstand Abhilfe zu verschaffen, hat die Bundesregierung mit dem GRG 1988 alle Krankenhäuser und Vorsorge- sowie Rehabilitationseinrichtungen zur Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen verpflichtet (§ 137 SGB V). Die Maßnahmen mussten die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse umfassen und so angelegt sein, dass eine vergleichende Prüfung möglich war (§ 137 S. 2 u. 3 SGB V). Näheres sollten zweiseitige Verträge nach § 112 SGB V regeln (§ 137 S. 4 SGB V). Insbesondere sollten diese Verträgen auch klären, wann vor schweren chirurgischen Eingriffen eine Zweitmeinung eingeholt werden musste (§ 137 S. 5 SGB V).

Inwieweit die externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V 1992 umgesetzt wurde, lässt sich nicht präzisieren. In Hamburg und Schleswig-Holstein wurden bis 1992 Verträge nach § 137 i. V. m. § 112 geschlossen. In Bayern kam solch ein Vertrag erst 1995 und in Rheinland-Pfalz erst 1996 zu Stande. In Baden-Württemberg wurde bereits 1986 begonnen, Qualitätssicherungsmaßnahmen in Krankenhäusern umzusetzen. In Nordrhein-Westfalen wurden 1989 und in Westfalen-Lippe 1990 Vereinbarungen zwischen Krankenkassenverbänden, Ärztekammern und Krankenhausgesellschaft über die Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen geschlossen (Beske et al. 1990: 140).

Nach § 137 S. 6 SGB V i. V. m. § 113 SGB V konnten die Verbände der Krankenkassen zusammen mit dem Verband der privaten Krankenversicherungen einseitig die Qualität der Krankenhausbehandlung überprüfen lassen. Inwieweit diese jedoch die gesetzliche Möglichkeit in Anspruch genommen haben, konnte nicht ermittelt werden.

2.4 Zusammenfassung

Der Staat legte durch die Gesetzgebung die Leistungsberechtigung die Leistungsvoraussetzungen und den allgemeinen Umfang der Behandlung fest. Die Länder bestimmten mit der Krankenhausplanung Umfang, räumliche Verteilung und fachliche Gliederung des stationären Bettenangebotes (Wanek 1994: 244). Konkretisiert wurde das Leistungsangebot der Krankenhäuser dann in den Pflegesatzverhandlungen. Dort wurden für jedes Krankenhaus die Belegung, Fallzahlen und Verweildauer der PatientInnen verhandelt. Das Leistungsangebot (für GKV-PatientInnen) hat sich so aus dem Zusammenspiel von staatlicher Planung und krankenhausesindividueller Verhandlung ergeben.

Auch an der Finanzierung sind beide Seiten beteiligt gewesen. Das Land hat die Investitionsfinanzierung übernommen und die Betriebskostenfinanzierung wurde in den Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Krankenhaus geregelt. Beide Finanzierungsarten können aber nicht getrennt voneinander gesehen werden. Mit der Bestimmung von Standort, Größe und Ausstattung des Krankenhauses durch die Landesplanung wurde zugleich das „Grundniveau des Pflegesetzes“ (Leidl, Schwefel 1988: 189) festgelegt, weil die Betriebskosten der von den Ländern finanzierten Investitionen von den Krankenkassen übernommen werden mussten. Abgesehen von diesem strukturellen Zusammenhang erfolgte die Vergütung allein auf Basis der Verhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen. Der Staat führte lediglich die Rechtsaufsicht.

Der Gesetzgeber führte erst 1988 eine Qualitätssicherung verpflichtend ein (SVR 1989). Im Jahr 1992 waren verbindliche Rechtsvorschriften noch kaum entwickelt.

An der politischen Steuerung des Krankenhausesektors 1992 waren alle drei Steuerungsebenen beteiligt, wenn auch mit unterschiedlicher Gewichtung. Während Steuerungskompetenzen vor allem auf staatlicher und krankenhausesindividueller Seite lagen, waren die Verbände der Leistungserbringer weniger bedeutsam. Dies liegt unter anderem daran, dass die Krankenhausverbände die ihnen vom Gesetzgeber übertragenen Aufgaben nur teilweise erfüllten. Die Ausgestaltung der Leistungserbringung nach §§ 112, 115 SGB V und § 19 KHG erfolgte nur schleppend und unvollständig. Das Nichtzustandekommen von Verträgen nach § 115 lässt sich noch relativ einfach durch die Interessenheterogenität ambulanter und stationärer Leistungserbringer erklären. Für Verträge nach § 112 SGB V und § 19 KHG fällt die Erklärung schwerer. Ein Problem könnte gewesen sein, dass die Interessen der verschiedenen Krankenhausträger zu unterschiedlich waren, als dass sie sich auf einheitliche Regelungen hätten einigen können. Ein anderer Grund könnte sein, dass der Interessengegensatz zwischen Kassen und Krankenhäusern zu groß war, um sich auf gemeinsame Vereinbarungen zu verständigen. Zudem fehlte der Einigungszwang. Die Krankenhausversorgung konnte gut ohne diese Vereinbarungen auf Verbandsebene geleistet werden, so dass die Vereinbarungen von den Vertragsparteien für nicht nötig erachtet wurden. Da die im Gesetz vorgesehene Möglichkeit der staatlichen Zwangsregelung auch nicht wahrgenommen wurde, gab es für die Vertragsparteien keinen Grund, ihre individuelle Handlungsfähigkeit in den Verhandlungen vor Ort durch Landes- bzw. Bundesverbandsvereinbarungen einzuschränken. Die Schwäche der Verbandsebene im Krankenhausbereich ergibt sich auch aus der institutionellen Struktur des Krankenhausesektors. Die Verträge über die Leistungserbringung werden nicht wie im ambulanten Bereich zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und den Krankenkassen

sen verhandelt, sondern zwischen den einzelnen Krankenhäusern und den Krankenkassen. In diesen Verhandlungen wurden sowohl das konkrete Leistungsangebot als auch der Preis der Leistungen bestimmt. Die Individualebene der Leistungserbringer nahm damit eine bedeutende Rolle bei der Steuerung des Krankenhaussektors ein.

Staatliche Steuerung erfolgte sowohl hierarchisch als auch auf dem Weg der Kooperation. Zu den hierarchischen Steuerungselementen gehören die gesetzlichen Vorgaben zur Leistungserbringung, zur Finanzierung und zu den Aufgaben der Verbände sowie die Rechtsaufsicht und die Genehmigungsvorbehalte über die Organe der Selbstverwaltung. Im Unterschied zum ambulanten Bereich kommt den Ländern auch der Sicherstellungsauftrag für die stationäre Versorgung zu, den sie über die Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung erfüllen. Allerdings nutzte der Staat nicht alle Möglichkeiten zur hierarchischen Steuerung. So hat er zum Beispiel erst sehr spät eine Rechtsverordnung zur Personalbedarfsermittlung erlassen; bei den dreiseitigen Verträgen hat er die Möglichkeit der Rechtsverordnung überhaupt nicht ergriffen. Auf Kooperation setzte der Staat hingegen bei den Verhandlungen im Rahmen der KAiG. Allerdings waren seine Möglichkeiten sehr gering, die Verhandlungen zielführend zu beeinflussen.

Der Gesetzgeber hat in den achtziger Jahren zunehmend Aufgaben auf die gemeinsame Selbstverwaltung übertragen und ihren Einfluss sukzessive gestärkt: Mit dem Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz wurde der Geltungsbereich der KAiG 1981 auf den Krankenhaussektor ausgeweitet. Durch die Installation von Schiedsstellen und Prüfungsausschüssen ist die Konfliktregulierung auf die Selbstverwaltung übergegangen. Das Krankenhaus-Neuordnungsgesetz von 1984 verfügte, dass die Krankenhausplanung „im Einvernehmen“ mit den Kassen zu erfolgen hatte und dass in den Pflegesatzverhandlungen das „Vereinbarungsprinzip“ zu gelten hatte. Das GRG 1988 schließlich dehnte das Konstrukt des Versorgungsvertrages auf alle Krankenhäuser aus, so dass die Kassen zumindest formal die Möglichkeit hatten, Krankenhäuser von der Versorgung gesetzlich Versicherter auszuschließen. Außerdem stärkte das GRG die Möglichkeit zwei- und dreiseitiger Verträge (Döhler, Manow 1992: 75-83). Es kann also 1992 von einer Korporatisierung des Krankenhaussektors gesprochen werden, die als politische Strategie von den staatlichen Akteuren zielgerichtet verfolgt wurde (ebd.: S. 98). Allerdings muss einschränkend festgehalten werden, dass die formell existierenden, korporatistischen Elemente in der Realität nicht immer eine Umsetzung erfahren haben und dass sich das Ausmaß korporatistischer Steuerung 1992 im Verhältnis zum heutigen Umfang noch sehr bescheiden ausnimmt, wie das folgende Kapitel zeigen wird.

Übersicht 1: Die politische Steuerung des Krankensektors 1992¹

	staatliche Ebene	Bundesverbandsebene	Landesverbandsebene	einzelnes Krankenhaus
Leistungserbringung	Leistungsberechtigung, Leistungsvoraussetzungen, allg. Leistungsumfang, Leistungsangebot (Krankenhausplanung),	Rahmenempfehlungen über zweiseitige Verträge, Rahmenempfehlungen über dreiseitige Verträge*	Beteiligung an Krankenhausplanung, zweiseitige Verträge über Art und Umfang der Krankenhausbehandlung*, dreiseitige Verträge über Zusammenarbeit von KH u. KassenärztInnen*	Belegung, Fallzahl, Verweildauer, Personalmenge, diagnostisch-therapeutisches Leistungsprogramm, individuelle Leistungen am Patienten
Finanzierung und Vergütung	Land: Investitionsfinanzierung, Rechtsaufsicht über Pflegesatzverhandlungen Bund: Festlegung des Vergütungssystem und dessen Ausgestaltung		mögliche Beteiligung an Pflegesatzverfahren, Empfehlungen zu Pflegesatzverhandlungen*; Schiedsstelle	Budget, Pflegesatz, Sonderentgelte,
Qualitätssicherung	Allg. Verpflichtung der KH zur Qualitätssicherung		zweiseitige Verträge über Qualitätssicherung*,	individuelle Maßnahmen zur Qualitätssicherung

* wurde nur teilweise umgesetzt

** wurde gar nicht umgesetzt

¹ Bei der Darstellung handelt es sich um eine Zusammenstellung der wichtigsten Steuerungstatbestände. Da es sich um eine Übersicht handelt, wurde der Komplexitätsgrad stark reduziert.

3. Politische Steuerung des Krankenhausesektors heute

Seit 1992 hat sich die politische Steuerung des Krankenhausesektors erheblich verändert. Eingeleitet wurde der steuerungspolitische Wandel mit dem GSG 1993, das mit der Organisationsreform der Krankenkassen eine tief greifende Umgestaltung der Kassenlandschaft zur Folge hatte und dessen Regelungen auch im Krankenhaussektor für strukturelle Veränderungen sorgten. Seit 1993 wurden fast jährlich neue Reformgesetze erlassen, die den steuerungspolitischen Wandel weitergeführt haben. Allerdings enthielten nicht alle Reformen strukturelle Änderungen, sondern dienten häufig nur der „Notbremung“, um die Ausgaben der GKV einzudämmen. Abbildung 4 gibt einen Überblick über die wichtigsten Reformgesetze für den Krankenhausbereich seit 1993.

3.1 Leistungserbringung

Im Zuge der Reformen unterlag auch der allgemeine Rahmen für die Leistungserbringung im Krankenhaus, das SGB V, zahlreichen Änderungen. Zwar bestimmt das SGB V weiterhin die Leistungsberechtigung, die Leistungsvoraussetzungen und den allgemeinen Leistungsumfang der Behandlung. Allerdings wurde seit 1992 sowohl die Leistungsberechtigung als auch der Leistungsumfang erweitert, die Leistungsvoraussetzungen wurden hingegen verschärft. Verändert haben sich vor allem auch die Aufgaben und Kompetenzen der Selbstverwaltung, die durch das SGB V bestimmt werden. Viel stärker als bisher erfolgt eine Leistungssteuerung über die Finanzierung (Simon 1997: 27). Budgetdeckelungen und leistungsgerechte Vergütung setzen vielfältige Anreize für die Leistungserbringer, ihre Leistungen anzupassen und zu verändern. Welche und wie viel Leistungen erbracht werden, wird auf der Individualebene entschieden, wobei die Entscheidungsvariablen zum großen Teil durch das Vergütungssystem bestimmt werden.

Abbildung 4: Wichtige Reformgesetze für den Krankenhaussektor 1993-2007

Jahr	Gesetz	wichtige Inhalte bzgl. der Krankenhausversorgung
1993	GSG – Gesundheitsstrukturgesetz	Deckelung der Krankenhausbudgets für die Jahre 1993, 1994, 1995; Erweiterung der Krankenhausleistungen auf vor- und nachstationäre Behandlungen und ambulante Operationen; Umstellung des Entgeltsystems von allgemeinen Pflegesätzen auf ein Mischsystem aus Pflegesätzen, Fallpauschalen und Sonderentgelten; Investitionsprogramm für Krankenhäuser in den neuen Bundesländern, Einführung einer Pflegepersonalregelung; Organisationsreform der GKV ("Kassenwettbewerb")
1995	BPfIV – Bundespflege-satzverordnung	Neuregelung des Pflegesatzrechts: Umstellung von einem allgemeinen Pflegesatz auf Mischsystem aus Basis- und Abteilungspflegesätzen, Fallpauschalen und Sonderentgelten; Verpflichtung der KHs zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung; Einführung eines Krankenhausvergleichs
	Änderungsverordnungen zur BPfIV	Erweiterung des Fallpauschalen und Sonderentgeltkatalogs, Definition der Leistungen durch internationale Codierungsvorgaben, Delegation der Weiterentwicklung und Anpassung des Fallpauschalen- und Sonderentgeltkatalogs an Selbstverwaltung, Regelung der Finanzierung der Qualitätssicherung
1996	StabG – Stabilisierungsgesetz	Weiterführung der Budgetdeckelung für das Jahr 1996; Reduzierung der Ausnahmeregelungen für Budgetüberschreitungen
1996	BeitrEntlG – Beitragsentlastungsgesetz	pauschale Budgetkürzung um 1 Prozent für die Jahre 1997, 1998 und 1999 nach Einführung der Pflegeversicherung
1997	zweites GKV-Neuordnungsgesetz	Weiterführung der Deckelung; ab 1998 sollen DKG und Spitzenverbände der GKV und PKV Vorausschätzung der Steigerungsraten der beitragspflichtigen Einnahmen vereinbaren und nicht mehr das BMG; Übertragung der Festsetzung der Punktwerte auf DKG und GKV; Aufhebung der Pflegepersonalregelung; Notopfer für Instandhaltungsinvestitionen; Aufhebung der Großgeräteplanung und Übertragung dieser Aufgabe an die Selbstverwaltungspartner
1999	GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz	Verpflichtung zur Vereinbarung eines Gesamtbetrages für Pflegesatzerlöse; Steigerungsrates dieses Gesamtbetrags wird von BMG bestimmt;
2000	GKV-Gesundheitsreform 2000	Einführung des Ausschusses KH (§ 137c) und des Koordinierungsausschusses (§137e); Beauftragung der Spitzenverbände der GKV, Verband der PKV und der DKG umfassendes und pauschaliertes Vergütungssystem (DRGs) bis 1.1.2003 zu entwickeln; Verpflichtung der KHs zur internen Qualitätssicherung; Einführung der integrierten Versorgung
2002	FPG - Fallpauschalengesetz	Regelung der Einführung der DRGs bis einschließlich 2006
2003, 2004	FPändG – Fallpauschalen-Änderungsgesetze	Weiterentwicklung des DRG-Systems; Verlängerung der Konvergenzphase um weitere zwei Jahre
2004	GMG - GKV-Modernisierungsgesetz	Gründung des G-BA und Verleihung von Rechtsfähigkeit, Ausweitung der ambulanten Behandlung durch KHs, Verpflichtung der Krankenkassen und Leitungserbringer zur Gründung des Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit
2007	GKV-WSG - GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz	Institutionelle Umstrukturierung der Krankenkassen und des G-BA; Erhebung eines GKV-Sanierungsbeitrages i. H. v. 0,5 Prozent der Krankenhausrechnung; Vereinfachung der Erbringung ambulanter Leistungen durch KHs; Rahmenvereinbarungen der Selbstverwaltungspartner zur Ausbildungsfinanzierung

3.1.1 Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

Mit dem GSG wurde den Krankenhäusern die Aufgabe übertragen, die Notwendigkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung bei der Aufnahme der PatientInnen zu prüfen (§ 39 Abs. 1 SGB V). Die Prüfung muss auch dann erfolgen, wenn der oder die PatientIn eine Überweisung in die Klinik vorweisen kann. So wird der „globale Anspruch auf Krankenhausbehandlung“ durch die Entscheidung der KrankenhausärztInnen konkretisiert (Clemens, Godschalk, et al. 2006: §39 Rdnr. 11a). Mit der Notwendigkeitsprüfung wollte der Gesetzgeber die Zahl der Krankenhausaufnahmen reduzieren. Vor allem den in den achtziger Jahren aufgrund von unzureichenden ärztlichen Notdiensten stark angestiegenen Selbsteinweisungen sollte durch die Prüfung Einhalt geboten werden (Simon 2000: 233-234). Das FPG verpflichtete zusätzlich den Krankenhausträger, durch „geeignete Maßnahmen“ daraufhin zu wirken, dass „keine Patienten in das Krankenhaus aufgenommen werden, die nicht der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen“ (§ 17c Abs. 1 Nr. 1 KHG). Die Einhaltung wird durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) stichprobenartig überprüft. Grundlage der Prüfung (§ 17c KHG) bilden die „Gemeinsamen Empfehlungen“ (Deutsche Krankenhausgesellschaft; Spitzenverbände der Krankenkassen 15.04.2004), die zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der DKG vereinbart wurden.

Das GSG hat das Leistungsspektrum der Krankenhäuser erweitert und ihnen die Möglichkeit eröffnet, auch vor- und nachstationäre Behandlungen und ambulante Operationen zu erbringen (§ 39 Abs. 1 SGB V). Die Durchführung von vor- und nachstationären Leistungen ist vom Gesetzgeber jedoch an eine Reihe von Bedingungen geknüpft worden (§ 115a SGB V): Vorstationäre Behandlungen dürfen maximal an drei Behandlungstagen innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der vollstationären Behandlung erbracht werden. Es muss eine Einweisung zur vorstationären Krankenhausbehandlung durch eineN niedergelassenen Arzt bzw. niedergelassene Ärztin vorliegen, und die vorstationäre Behandlung darf nur zum Zweck der Abklärung der Notwendigkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder zur Vorbereitung darauf erfolgen. Nachstationäre Leistungen dürfen an maximal sieben Behandlungstagen innerhalb von vierzehn Tagen nach Abschluss der vollstationären Behandlung und nur zur Sicherung und Festigung des Behandlungserfolges erbracht werden. Die nähere Regelung vor- und nachstationärer Behandlung und der ambulanten Operationen überträgt des SGB V der Selbstverwaltung.

Das GMG hat die Möglichkeit der ambulanten Behandlung im Krankenhaus nochmals erweitert, und so können nicht mehr nur „ermächtigte“ Krankenhausärzte (§ 116 SGB V)

und Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V) ambulante Behandlungen durchführen, sondern ganze Krankenhäuser können zur ambulanten ärztlichen Behandlung zugelassen werden, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Unterversorgung in der Region des Krankenhauses festgestellt hat (§ 116a SGB V) oder wenn die ambulanten Leistungen im Rahmen von Disease Management Programmen (§ 116b Abs. 1 SGB V) erbracht werden und die Krankenhäuser mit den Krankenkassen entsprechende Verträge abgeschlossen haben. Darüber hinaus durften die Krankenhäuser mit den Krankenkassen Verträge über die ambulante Versorgung abschließen, ohne dass eine Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss benötigt wurde, wenn es sich um hoch spezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen oder Erkrankungen mit besonderen Verläufen gehandelt hat (§ 116b SGB V 2004). Das SGB V enthält einen Katalog mit den entsprechenden Fällen und beauftragt den G-BA, diesen mindestens alle zwei Jahre weiterzuentwickeln. Weil die Krankenkassen die Möglichkeit der ambulanten Behandlung durch Krankenhäuser kaum genutzt haben, wurde den Krankenkassen die Vertragskompetenz mit dem GKV-WSG 2007 entzogen (Bundesregierung: 381). Die Krankenhäuser erhalten die Erlaubnis zur Erbringung ambulanter Leistungen aus dem Fallkatalog jetzt auf Antrag im Rahmen der Krankenhausplanung (§ 116b Abs. 2 SGB V 2007). Die Erbringung hoch spezialisierter Leistungen aus dem Katalog darf auch im Rahmen der integrierten Versorgung erfolgen, wenn dies in entsprechenden Verträgen (§ 140b SGB V) zwischen dem Krankenhausträger und den Krankenkassen vereinbart wurde.

3.1.2 Krankenhausplanung der Länder

Die Länder haben auch weiterhin den Sicherstellungsauftrag für die Krankenhausversorgung inne, und deshalb sind sie trotz Kritik immer noch für die Krankenhausplanung und Investitionsförderung zuständig. In die Krankenhauspläne der Länder sind über 94 Prozent aller Krankenhäuser mit 99,5 Prozent des gesamten Bettenangebots aufgenommen (Simon 2005: 197).

Neben der schon seit 1988 bestehenden Möglichkeit, Versorgungsverträge mit den Krankenhäusern zu kündigen (§ 110 SGB V), hat das GSG den Kassen einen zusätzlichen Weg eröffnet, vom Krankenhausplan abzuweichen. So dürfen sie unter der Voraussetzung, dass die Leistungsstruktur des Krankenhauses nicht verändert wird, mit den Krankenhausträgern eine geringere Bettenzahl aushandeln als im Krankenhausplan vorgesehen ist (§ 109 Abs. 1 SGB V). Die Vereinbarung muss jedoch „im Einvernehmen“ mit der zuständigen Landesbehörde erfolgen. Diese Veränderungen haben den Kassen jedoch

nicht mehr Gestaltungsfreiheit des Leistungsangebotes gebracht; denn sie konnten keine Bettenreduktionen gegen den Willen des Landes durchsetzen (Simon 2000: 217). Außerdem hat das GSG die Festlegung der Bettenzahl und der Leistungsstruktur für den Fall, dass diese nicht durch den Krankenhausplan bestimmt sind, auf die Landesverbände der Krankenkassen und den Krankenhausträger übertragen (§ 109 Abs.1 S. 5 SGB V). Allerdings muss auch diese Vereinbarung „im Benehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde“ getroffen werden.

Viel diskutiert wird die Auswirkung der Umstellung auf eine Fallpauschalenvergütung auf die Krankenhausplanung. Rechtlich hat sich mit Einführung der DRGs keine Veränderung der im KHG festgelegten Grundlagen der Krankenhausplanung ergeben (Steiner, Mörsch 2005: 473). Jedoch verändert die aufgrund der DRGs verbesserte Datenlage die Möglichkeiten der Krankenhausplanung. Die DRG-Daten verstärken den Trend der Abkehr vom Bett als Planungsgröße hin zu leistungsorientierten Planzahlen (Stapf-Finé, Polei 2002: 96). Ein ernsthaftes Problem, das mit der Einführung des DRG-Systems entstehen kann, besteht darin, dass sich Krankenhausplanung und Leistungsangebot der Krankenhäuser widersprüchlich entwickeln. Wenn ein Krankenhaus die im Krankenhausplan vorgesehenen Leistungen unter DRG-Bedingungen nicht kostendeckend erbringen kann, wird es diese einstellen müssen, auch wenn es damit den Krankenhausplan nicht mehr erfüllt. Um dem entgegenzuwirken, sind im KHG so genannte Sicherstellungszuschläge vorgesehen. Die Voraussetzungen für diese Zuschläge sollen von der Selbstverwaltung festgesetzt werden. Unabhängig davon können die Länder Voraussetzungen bestimmen, wann die Krankenkassen Sicherstellungszuschläge für nicht kostendeckend arbeitende Krankenhäuser zu zahlen haben (§ 17b Abs. 1 S.6 u. 7 KHG).

Durch die Verkürzung der Verweildauer, die Ausweitung nicht vollstationärer Behandlungen im Krankenhaus, Bettenreduzierung, Krankenhausschließungen und -zusammenschlüsse, die Privatisierung von Krankenhäusern und die Umstellung auf ein Fallpauschalenvergütungssystem haben sich in den vergangenen Jahren neue Herausforderungen für die Krankenhausplanung ergeben. Damit die Länder auch weiterhin eine flächendeckende Krankenhausversorgung gewährleisten können, hat der Gesetzgeber ihnen zusätzliche Handlungsmöglichkeiten eröffnet. Neben den oben schon genannten Sicherstellungszuschlägen dürfen die Länder auch Ausnahmen bei den erforderlichen Mindestmengen bestimmen, wenn „die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung“ gefährdet ist (§ 137 Abs.1 SGB V). Auch wenn die Verschiebung der Zulassung für ambulante Behandlungen in den Rahmen der Krankenhausplanung (§ 116b SGB V) laut Gesetzesbegründung auf anderen Motiven beruht, ist sie ein wichtiger

Teil der Strategie, die Handlungsfähigkeit der Länder auch bei veränderten Umweltbedingungen zu erhalten. § 116b SGB ermöglicht den Ländern, auf das veränderte Leistungsspektrum der Krankenhäuser zu reagieren und damit ihre Planungskompetenz zu erhalten.

Eine weitere Ausweitung ihrer Kompetenzen im Krankenhaussektor haben die Länder im Rahmen der Föderalismusreform 2006 erfahren. Der Bund zieht sich aus der Mischfinanzierung des Hochschulbaus und dadurch auch aus den Hochschulkliniken zurück. Damit liegt seit 1. Januar 2007 die alleinige Verantwortung für die Hochschulkliniken bei den Ländern (Deutsche Krankenhausgesellschaft: 11) .

3.1.3 Regelung der Leistungserbringung durch die gemeinsame Selbstverwaltung

Wie im vorherigen Kapitel beschrieben, gab es erhebliche Probleme bei der Umsetzung und Erfüllung der vom Gesetzgeber übertragenen Aufgaben auf die Selbstverwaltung. Im Zuge dessen hat der Gesetzgeber in den Folgejahren die Bestimmungen zum Teil wesentlich konkretisiert oder auf andere Aufgabenträger übertragen. § 19 KHG wurde wegen Nichtumsetzung durch das FPG völlig gestrichen.

3.1.3.1 Zweiseitige Verträge (§ 112 SGB V)

§ 112 SGB V entspricht auch heute noch im Wesentlichen dem Wortlaut der Fassung von 1988. Er wurde lediglich zweimal erweitert: Mit dem GSG 1993 wurde er um einen Katalog teilstationärer Leitungen ergänzt, und seit 1990 soll Näheres über „Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft“ ebenfalls in den zweiseitigen Verträgen geregelt werden (Abs. 2 Nr. 6). Die Bestimmungen des § 112 SGB V wurden bis 1992 von den Landeskrankengesellschaften und den Landesverbänden der Krankenkassen partiell umgesetzt. In der Zwischenzeit wurden in allen Bundesländern, außer in Sachsen-Anhalt, Verträge nach § 112 SGB V geschlossen, allerdings nicht überall zu allen Einzelbestimmungen des § 112 SGB V. So wurden Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft in keinem Bundesland vereinbart, und auch auf Bundesebene wurden keine Rahmenempfehlungen beschlossen. Dieser Sachverhalt wird bereits durch eine Richtlinie des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen verbindlich für die Praxis geregelt, weshalb weitere Vereinbarungen nicht nötig sind (Fahlbusch 2004: 47). Auch ein Katalog teilstationärer Leistungen ist bisher weder als Empfehlung auf Bundes- noch als Vereinba-

rung auf Landesebene zustande gekommen (Clemens, Godschalk, et al. 2006: §112 Rdnr. 11).

3.1.3.2 Dreiseitige Verträge (§ 115 SGB V)

§ 115 SGB V wurde bis 1992 auf Länderebene kaum umgesetzt, weshalb der Gesetzgeber in der Folgezeit ergänzende gesetzliche Regelungen erlassen hat. Mit dem GSG 1993 fügte er den § 115a hinzu, der sehr ausführlich die Erbringung vor- und nachstationärer Krankenhausleistungen regelt. Die entsprechenden Regelungsmöglichkeiten des § 115 Abs. 2 Nr. 4 SGB V wurden auf eine ergänzende Bedeutung beschränkt (Clemens, Godschalk, et al. 2006: §115 Rdnr. 2). Allerdings enthält auch § 115a wieder Regelungskompetenzen für die Selbstverwaltung. So sollen die Landesverbände der Krankenkassen, der Landesausschuss des Verbandes der PKV und die LKG „im Benehmen“ mit der Kassenärztlichen Vereinigung die Vergütung der vor- und nachstationären Leistungen vereinbaren (§ 115a Abs. 3). Die DKG und die Spitzenverbände der Krankenkassen sollen ebenfalls im Benehmen mit der KBV Empfehlungen hierzu abgeben. Diese gelten bis die Vertragspartner auf Landesebene entsprechende Vereinbarungen getroffen haben. In einem Spitzengespräch am 1.9.1993 erarbeiteten KBV, DKG und die Spitzenverbände der Krankenkassen Vergütungsempfehlungen über die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus (Simon 2000: 266). Auf Landesebene wurden zumeist keine eigenen Vergütungsverträge abgeschlossen (Clemens, Godschalk, et al. 2006: §115a Rdnr. 26). Mit Einführung der DRGs ist diese Vereinbarung hinfällig geworden, denn mit den Fallpauschalen werden sowohl vor- als auch nachstationäre Leistungen vergütet.

Ebenfalls mit dem GSG wurde das SGB V um den § 115b erweitert. Er regelt die Durchführung ambulanter Operationen im Krankenhaus. Auch hier setzt der Gesetzgeber zur Konkretisierung der gesetzlichen Vorgaben wieder auf die Verbände der Selbstverwaltung. So sollen die Spitzenverbände der GKV, die DKG und die KBV einen Katalog mit ambulant durchführbaren Operationen erstellen, deren Vergütung regeln und Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit vereinbaren (§ 115b Abs. 1). Für den Fall, dass ihnen dies nicht bis 31.3.1993 gelungen wäre, sah der Gesetzgeber die Möglichkeit der Ersatzvornahme vor (§ 115b Abs. 4 SGB V 1993). KBV, DKG und die Spitzenverbände der Krankenkassen schlossen am 23.3.1993 einen Vertrag über ambulantes Operieren (AOP-Vertrag) im Krankenhaus und einigten sich bis Ende September 1993 nach einigen Querelen auch über den neuen Katalog für ambulant durchführbare Operationen. Die Verhandlungen über eine gemeinsame Vereinbarung zur Qualitätssicherung (QV) bei

ambulanten Operationen gestalteten sich ebenfalls schwierig und wurden zwischenzeitlich auch einmal abgebrochen, bevor im Juni 1994 dann doch eine Einigung erzielt werden konnte. Einigungshindernis war die Angst der Krankenhäuser, aufgrund der für sie geltenden höheren Hygieneanforderungen einen Wettbewerbsnachteil gegenüber den ambulant operierenden ÄrztInnen zu haben (Simon 2000: 270-271). Der AOP-Vertrag galt über zehn Jahre, bis er zum Ende des Jahres 2003 von der Kassenärztlichen Vereinigung gekündigt wurde und durch einen neuen Vertrag ersetzt werden musste. Wegen der Einführung der im Gesetz vorgesehenen pauschalen Vergütung zum 01.01.2005 wurden dieser Vertrag sowie die Vereinbarung über die regelungsbedürftigen Tatbestände (RT-Vertrag) schon zum 31.12.2004 außerordentlich gekündigt. Da sich diesmal die Vertragsparteien nicht einigen konnten, musste das erweiterte Bundesschiedsamt den Inhalt des Vertrages 2006 festsetzen. Mit der Gesundheitsreform 2000 wurden die Vertragspartner verpflichtet, den Katalog zu erweitern (Clemens, Godschalk, et al. 2006: Rdnr. 420). Außerdem wurde die Ersatzvornahme bei Nichteinigung durch einen Schiedsspruch des erweiterten Bundesschiedsamtes ersetzt. Die letzte Änderung hat der § 115b durch das GKV-WSG 2007 erfahren. Dieses überträgt die Festsetzung der Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit auf den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Neben den §§ 115a und b gehören auch die § 115c (Fortsetzung der Arzneimitteltherapie und Krankenhausbehandlung), § 116 (Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte), § 116a (Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung) und § 116b (Ambulante Behandlung im Krankenhaus) zu den Maßnahmen des Gesetzgebers, welche die Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung verbessern und die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten der Krankenhäuser ausbauen sollen, ohne dabei auf das schwerfällige Instrument der dreiseitigen Verträge zurückgreifen zu müssen.

3.1.3.3 Integrierte Versorgung

Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz von 2000 wurde den Krankenkassen die Möglichkeit eröffnet, mit Leistungsanbietern Versorgungsverträge über die Erbringung von integrierten Versorgungsleistungen abzuschließen (§ 140b SGB V Abs. 1). Im Krankenhausbereich ist dies sowohl mit einzelnen Krankenhausträgern als auch mit Trägergemeinschaften möglich. Diese Verträge sind vor dem Hintergrund meiner Fragestellung aus zwei Gründen von Bedeutung. Erstens kann in den Einzelverträgen von den Vorschriften des 4. Kapitels des SGB V sowie den Vorschriften des KHGs und des KHEntgG abgewichen werden (§ 140b Abs. 4). Das Leistungserbringerrecht für diesen Bereich ist

damit nicht mehr bindend. Zweitens können die Beteiligten mit dem Vertrag ihre Zulassung erweitern. So kann zum Beispiel die Fachabteilung eines Krankenhauses, das mit einer ambulanten Facharztpraxis einen Vertrag zur integrierten Versorgung geschlossen hat, zukünftig PatientInnen in diesem Fachgebiet im Rahmen der integrierten Versorgung ambulant behandeln, auch wenn es sonst keine Zulassung für ambulante Behandlung hat (Clemens, Godschalk, et al. 2006: §140b Rdnr. 18). Mit diesen zwei Öffnungsklauseln erlangen Akteure auf der Individualebene einen weitreichenden Handlungsspielraum. Allerdings werden integrierte Versorgungsverträge im Krankenhaussektor nur in sehr geringem Umfang genutzt (SVR 2003: Ziffer 691).

Ursprünglich sah das Gesetz die Vereinbarung von Rahmenempfehlungen durch die Spitzenverbände auf Bundesebene vor (§ 140e SGB V 2000). Diese wurden auf Empfehlung des Sachverständigenrates mit dem GMG 2003 ersatzlos gestrichen, weil in den Rahmenvereinbarungen ein wesentlicher Hinderungsgrund für den Abschluss von Versorgungsverträgen für die integrierte Versorgung gesehen wurde (Clemens, Godschalk, et al. 2006: §140c Rdnr. 4; SVR 2003: Ziffer 731).

3.1.3.4 Gemeinsamer Bundesausschuss

Seit den neunziger Jahren wurde der Handlungsbereich des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen bzw. seines Nachfolgers, des G-BA, sukzessive erweitert (Urban 2001). Im Zuge dessen hat er weitreichende Eingriffsmöglichkeiten in die Leistungserbringung der Krankenhäuser erlangt, auch wenn diese (noch) nicht so weit gehen wie im ambulanten Bereich. Dort dürfen Leistungen nur in den Leistungskatalog aufgenommen werden, wenn der Bundesausschuss in einer Richtlinie Empfehlungen darüber ausgesprochen hat (§ 135 SGB V). In Krankenhäusern hingegen dürfen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ohne vorherige Prüfung des G-BA angewendet werden. Allerdings kann der G-BA auf Antrag der Spitzenverbände der Krankenkassen oder der DKG bzw. einer LKG die Behandlungsmethoden daraufhin überprüfen, ob sie „für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind“ (§ 137c Art. 1 SGB V). Fällt die Prüfung negativ aus, darf diese Methode nicht mehr zu Lasten der GKV erbracht werden (§ 137c Abs. 2 SGB V).

Auch auf dem Wege der Qualitätssicherung hat der G-BA erhebliche Eingriffsmöglichkeiten in die Leistungserbringung der Krankenhäuser, wobei die Mindestmengenregelung bei

planbaren Leistungen (§ 137 Abs. 1 Nr.3) die einschneidendste Regelung für die Handlungsautonomie der Krankenhäuser darstellt. Demnach dürfen Krankenhäuser planbare Leistungen, die im Katalog des G-BA mit Mindestmengen belegt sind, nicht mehr erbringen, wenn sie die Mindestanzahl nicht erreichen. Seit 2006 hat der G-BA die Mindestmengen mit einem weiteren neuen, qualitätsorientierten Leistungssteuerungselement verbunden: Krankenhäuser, die gering unter der Mindestmenge liegen, aber zu den besten 25 Prozent der Krankenhäuser bei der externen Qualitätssicherung des Vorjahres gehören, dürfen die Leistung trotzdem erbringen (Geraedts 2007: 191).

3.2 Finanzierung und Vergütung

Obwohl die duale Krankenhausfinanzierung einer dauerhaften Kritik ausgesetzt ist und eine Umstellung auf eine monistische Finanzierung vom Gesetzgeber schon lange ins Auge gefasst wurde, konnte sie sich bis heute behaupten. So besteht weiterhin die Trennung in Investitionsfinanzierung und Vergütung fort, wobei sich beide Bereiche seit 1992 unterschiedlich entwickelt haben. Während es bei der Investitionsfinanzierung seit 1992 nur geringe Modifikationen gab, hat sich die Vergütung von Krankenhausleistungen grundlegend verändert.

Im Zuge der zahlreichen Gesundheitsreformen seit 1992 ist der Komplexitätsgrad der Steuerung von Finanzierung und Vergütung erheblich angestiegen. Es hat sich ein nahezu unübersichtliches Regelungssystem ergeben, das sich durch eine Vielzahl an Steuerungsformen auszeichnet. Um diese Komplexität erfassen zu können, werde ich im Folgenden die Entwicklungen seit 1992 chronologisch nachzeichnen.

3.2.1 Investitionsfinanzierung

Die Investitionsförderung erfolgt weiterhin zum einen pauschal (§ 9 Abs. 3 KHG) und zum anderen auf Einzelantrag (§ 9 Abs. 1 u. 2 KHG). Allerdings wird die Pauschalförderung nicht mehr ausschließlich anhand der Bettenzahl bemessen. Eine entsprechende Änderung im KHG wurde bereits 1993 (§ 9 Abs. 3 S. 2 KHG) vorgenommen. Nach und nach haben die Länderregierungen ihre Pauschalförderung auf fallbezogene Förderung umgestellt (Deutsche Krankenhausgesellschaft: 62; Simon 2005: 206). Hintergrund für die Umstellung war, dass die pauschale Bettenförderung den gewollten Bettenabbau behindern könnte (Simon 2000: 235).

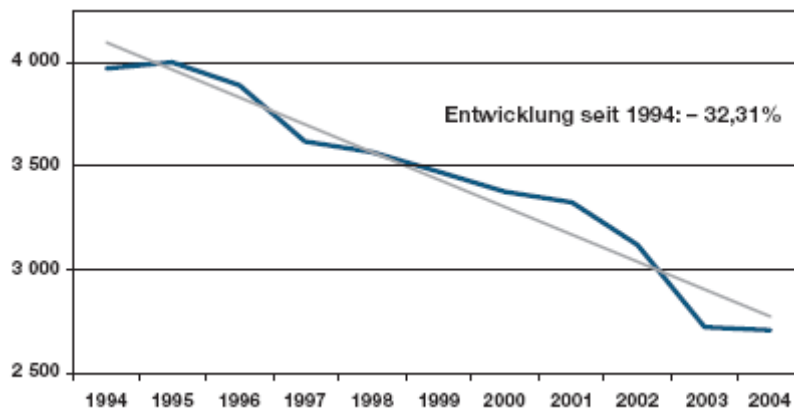
Am stärksten wurde die Investitionsförderung mit dem GSG 1993 verändert, das zahlreiche Abweichungen vom dualen Prinzip enthielt. Seit dem GRG bestand für Krankenkassen die Möglichkeit, mit einzelnen Krankenhäusern, unabhängig von der Krankenhausplanung, Investitionsverträge zu schließen (§ 18b KHG), die es ermöglichten, dass Investitionen durch einen Aufschlag auf den Pflegesatz von den Krankenkassen vollständig oder teilweise finanziert wurden. Weil von diesen Investitionsverträgen kaum Gebrauch gemacht wurde, hat der Gesetzgeber mit dem GSG die Bestimmungen im SGB V präzisiert. Aber auch das führte nicht dazu, dass Investitionsverträge vermehrt abgeschlossen wurden (Simon 2000: 232). Diese Verträge wurden dann mit dem Fallpauschalengesetz 2002 abgeschafft.

Neben den Investitionsverträgen hat das GSG eine weitere Abweichung von der gängigen Investitionspraxis vorgesehen. Zwar ist bei Investitionen nach § 8 Abs. 2 KHG eine teilweise Finanzierung durch das Land weiterhin Voraussetzung, aber die Restfinanzierung kann allein durch den Krankenhausträger erfolgen. Auch diese Möglichkeit wurde von den Krankenhäusern kaum genutzt, weil diese dabei die Investitionen aus eigener Tasche zahlen müssen (ebd.: S. 232).

Um die Krankenhausinvestitionen in Ostdeutschland nach der Wiedervereinigung zu finanzieren, müssen die PatientInnen bzw. ihre Versicherungsträger in den Jahren 1995-2014 jeweils einen Investitionszuschlag von 8 DM pro Krankenhaustag für das Krankenhausinvestitionsprogramm in den neuen Bundesländern zahlen (ebd.: S. 217 u. 233).

Eine weitere Abweichung vom dualen Prinzip ist aufgrund eines rechtstechnischen Fehlers erfolgt. Instandhaltungskosten zählten nach der Änderung des KHG durch das GSG nicht mehr als Investitionskosten. Als Folge wurden viele Instandhaltungsmaßnahmen nicht durchgeführt. Die Bundesregierung wollte die Formulierung im KHG wieder ändern, scheiterte jedoch mehrmals am Widerstand der Länder, die die gewonnene Entlastung ihrer Haushalte nicht wieder aufgeben wollten. Das Problem wurde durch das 2. GKV-Neuordnungsgesetz gelöst, indem die Instandhaltungskosten den GKV-Mitgliedern in Form eines jährlichen „Notopfers“ von 20 DM auferlegt wurden (ebd.: S. 252-255). Da die 20 DM außerhalb des Beitragssatzes zu entrichten waren, „blieb die Beitragstabilität optisch gewahrt, die Arbeitgeber wurden nicht mit weiteren Lohnnebenkosten belastet“ (ebd.: S. 255). Das Notopfer wurde von der rot-grünen Regierung wieder gestrichen. Heute werden Instandhaltungskosten über die Fallpauschalen mit vergütet (§ 17 Abs. 4b KHG).

Abbildung 5: KHG-Fördermittel insgesamt (in Preisen von 2000), in Mio. Euro



Quelle: Steiner, Mörsch 2005, S. 474.

Die Abweichungen vom dualen Prinzip sind unter anderem erfolgt, um der Misere der zu geringen Investitionsmittel zu entkommen. Da die Investitionsmittel aus den Länderhaushalten bereitgestellt werden, sind sie in den vergangenen Jahren im Zuge der Einsparungswelle immer weiter gekürzt worden. So sind die KHG-Fördermittel seit 1994 insgesamt um 32,1 Prozent zurückgegangen, was zu einem weiteren Anwachsen des Investitionsstaus auf heute ca. 25-50 Mrd. Euro geführt hat (Steiner, Mörsch 2005: 473).

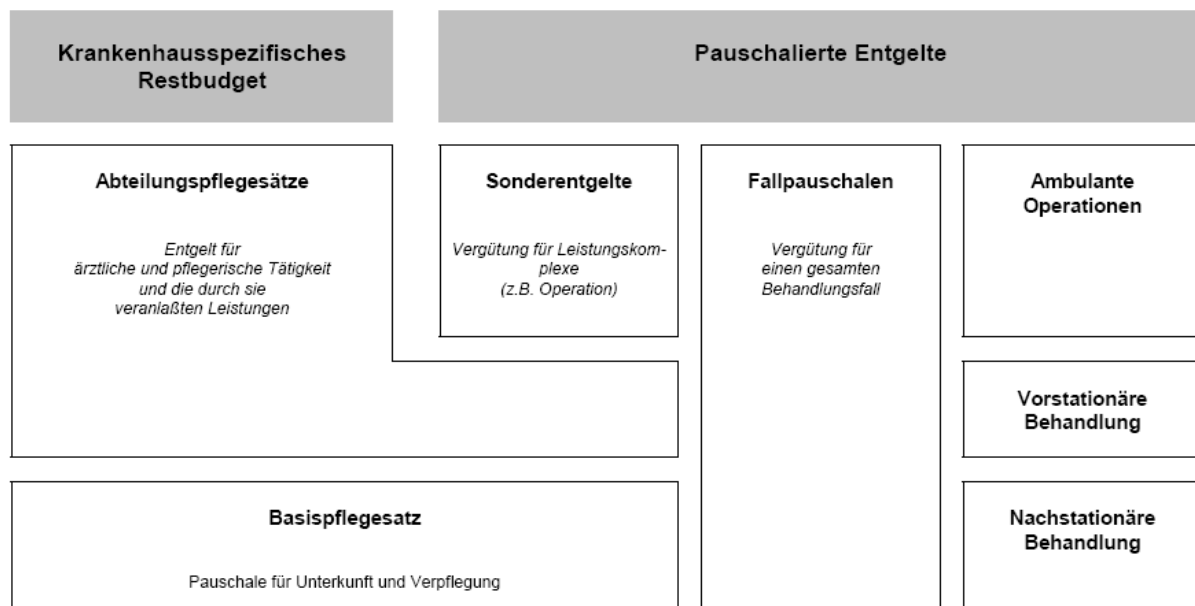
3.2.2 Vergütung

Das Vergütungssystem heute weist kaum noch Ähnlichkeiten mit dem von 1992 auf. In nahezu jedem Reformgesetz seit 1993 wurden Änderungen an der Vergütung der Krankenhausleistungen vorgenommen. Neben kurzfristigen Kosteneinsparungen zielten die Reformen vor allem darauf ab, das Vergütungssystem grundlegend neu zu strukturieren. Was in den einzelnen Reformen nicht immer deutlich wurde, lässt sich rückblickend als lineare Transformation des auf Selbstkostendeckung basierenden alten Systems hin zu einem wettbewerbskompatiblen, pauschalierten Entgeltsystem erkennen. Im Folgenden werde ich zunächst die einzelnen Entwicklungsschritte nachzeichnen, um daran anschließend das heutige Vergütungssystem darzustellen. Die historische Betrachtung ermöglicht es vor allem, die schrittweise Übertragung der Steuerungsaufgaben auf die Selbstverwaltungsorgane nachzuvollziehen. Im letzten Abschnitt werde ich dann untersuchen, welche Bedeutung den Verhandlungen vor Ort zwischen Krankenhaus und Krankenkasse im neuen Vergütungssystem noch zukommt.

3.2.2.1 Entwicklungen des Vergütungssystems seit 1992

Der erste große Schritt in Richtung pauschalierter Vergütung wurde bereits 1993 mit dem GSG gegangen. Das GSG beinhaltete eine Entgeltreform, die eine Umstellung der Vergütung von tagesgleichen Pflegesätzen auf ein Mischsystem aus einem Basispflegesatz, Abteilungspflegesätzen, Sonderentgelten und Fallpauschalen zum 1.1.1996 vorsah. Die nähere Ausgestaltung des neuen Entgeltsystems erfolgte dann in der Neufassung der BPfIV von 1995.

Abbildung 6: Entgeltsystem für Krankenhäuser gemäß der BPfIV von 1995



Quelle: Simon 1997: 16:

Mit dem Basispflegesatz und den Abteilungspflegesätzen wurde die Vergütung mit selbstkostendeckenden, tagesgleichen Pflegesätzen beibehalten. Beide Sätze wurden auf Basis der Kostenrechnung der Krankenhäuser in den Pflegesatzvereinbarungen zwischen Krankenhausträger und Krankenkasse ausgehandelt. Allerdings galt nur der Basispflegesatz einheitlich für das gesamte Krankenhaus, die Abteilungspflegesätze mussten für jede Abteilung extra berechnet werden. Mit dem Basispflegesatz wurden nichtärztliche und nichtpflegerische Tätigkeiten wie z.B. Essen, Reinigung und Energieverbrauch entgolten.

Die abteilungsspezifischen Pflegesätze hingegen errechneten sich aus den Kosten für ärztliche und pflegerische Tätigkeiten und die durch sie veranlassten Leistungen.

Die Vergütung ergibt sich im Allgemeinen allein aus der Summe von Basis- und Abteilungspflegesatz, wenn die Behandlung nicht durch ein Sonderentgelt oder eine Fallpauschale vergütet wird. Was in der BPfIV 1993 noch als Kann-Bestimmung enthalten war (§ 6 BPfIV 1993), wurde mit der BPfIV 1995 für alle Krankenhäuser verpflichtend: die Vergütung mit Fallpauschalen und Sonderentgelten (§ 11 BPfIV 1995). Welche Leistungen über Fallpauschalen bzw. Sonderentgelte vergütet wurden, war in einem Fallpauschalen- bzw. einem Sonderentgeltkatalog definiert, der als Anlage der BPfIV 1995 beigefügt ist. Die Kataloge legen neben den Leistungen auch deren Bewertungsrelationen sowie die Grenzverweildauer fest. Die Bewertungsrelationen sind Punktwerte, die den Aufwand einer Leistung im Verhältnis zu einer anderen Leistung ausdrücken. Die Bewertungsrelationen aus den Fallpauschalen- und Sonderentgeltkatalogen wurden zu Beginn vom BMG bundesweit einheitlich festgelegt (§ 17 Abs. 2a KHG 1995). Auf Basis dieser Bewertungsrelationen mussten die LKGs und die Landesverbände der Krankenkassen dann landesweit einheitliche Punktwerte und damit die Preise vereinbaren (§ 18 Abs.3 KHG 1995, § 16 Abs. 1 BPfIV). Da die Vorstellungen der Vertragsparteien über die Punktwerte sehr stark voneinander abwichen, mussten sehr häufig die Schiedsstellen entscheiden (Tuschen, Quaas 1996: 84). Das Gesetz sah außerdem vor, dass die Kataloge von den Selbstverwaltungspartnern auf Landesebene durch die Aufnahme weiterer Behandlungsfälle und Leistungskomplexe weiterentwickelt werden (§ 16 Abs. 2 BPfIV 1995). Diese Möglichkeit haben die Beteiligten kaum genutzt (Tuschen, Quaas 1996: 85), weshalb der Gesetzgeber mit dem 2. GKV- Neuordnungsgesetz die Verantwortung für die Fallpauschalen- und Sonderentgeltkataloge auf die Selbstverwaltungspartner der Bundesebene (DKG, Spitzenverbände der Krankenkassen, Verband der PKV) übertragen hat. Diese waren ab 1998 nicht nur dafür zuständig, die Kataloge weiterzuentwickeln, sondern auch die Bewertungsrelationen festzulegen (§ 17 Abs. 2a KHG). Bei Nichteinigung bestand die Möglichkeit des Schiedsstellenverfahrens (Gerlinger, Rosenbrock 2006: 169). Aber auch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene haben an den Katalogen nur kleine Modifikationen vorgenommen, weil sie sich nicht über die Neukalkulation und Anpassungen der Fallpauschalen auf die sich verkürzende Verweildauer einigen konnten (Tuschen, Trefz 2004: 87).

Die BPfIV enthält eine Ausnahmeregelung für besonders schwere und komplizierte Fälle, um die Krankenhäuser vor Verlusten aus diesen Fällen zu schützen. Wenn die Behandlung die im Katalog genannte Grenzverweildauer überschreitet, kann das Krankenhaus für

die zusätzlichen Behandlungstage jeweils den Abteilungspflegesatz berechnen (§ 14 Abs. 7 BpflV) (Simon 1997: 14). Um die individuelle Situation der Krankenhäuser zu berücksichtigen, sieht die BpflV zusätzlich Zu- und Abschläge auf die Fallpauschalen und Sonderentgelte vor, die in den Verhandlungen zwischen Krankenhausträger und Krankenkasse vereinbart werden konnten (§ 11 Abs.3 BpflV). Neben Sonderentgelten und Fallpauschalen werden auch ambulante Operationen sowie vor- und nachstationäre Behandlungen pauschal vergütet. Die Vergütungshöhe wird dabei von den Selbstverwaltungspartnern festgelegt.

In den Verhandlungen zwischen Krankenhaus und Krankenversicherungen wurde auch weiterhin prospektiv ein festes Budget vereinbart. Das Budget setzte sich zusammen aus den ausgehandelten Basis- und Abteilungspflegesätzen und den Sonderentgelten und Fallpauschalen. Da die Preise für Sonderentgelte und Fallpauschalen auf Landesebene festgelegt wurden, musste in den Pflegesatzverhandlungen nur noch der Leistungsumfang bestimmt werden. Hatte das Krankenhaus mehr Leistungen erbracht als vereinbart, wurden die zusätzlichen Leistungen je nach Leistungsart mit lediglich 10 Prozent bis 50 Prozent von den Kassen vergütet. Blieb es unter der vereinbarten Leistungsmenge, musste es 50 Prozent (ab 2000 60 Prozent) der Vergütung für die nicht erbrachten Leistungen an die Kassen zurückzahlen (Busse, Riesberg 2005: 196).

Das neue Entgeltsystem stellte sehr viel höhere Anforderungen an das betriebliche Rechnungswesen, weshalb die einschlägigen Vorschriften in der BpflV ausgeweitet wurden. Die Berechnung der abteilungsspezifischen Pflegesätze forderte von den Krankenhäusern eine umfassende innerbetriebliche Kosten- und Leistungsrechnung. So waren die Krankenhäuser gezwungen, auch wenn dies nicht explizit in der BpflV gefordert war, eine interne Budgetierung und interne Verrechnungspreise einzuführen (Simon 1997: 18-19). Damit wurde eine weitere grundlegende Voraussetzung geschaffen, ohne die die spätere Umstellung auf ein wettbewerbskonformes DRG-System nicht möglich gewesen wäre.

Das GSG führte neben der Entgeltreform eine weitere Neuerung in die Vergütung ein, die für einen längeren Zeitraum die Haushaltslage der Krankenhäuser bestimmte. Im Zeitraum 1993 bis 1995 wurden die Budgets der Krankenhäuser gedeckelt, d.h. sie durften nur entsprechend der Steigerungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder angehoben werden (§ 17 Abs. 1a KHG u. § 4 Abs. 3 Nr.1 BpflV 1993). Die BpflV sah jedoch zahlreiche Ausnahmeregelungen vor, bei denen das Budget die vorgegebene Steigerungsrate überschreiten durfte, so dass die damit beabsichtigte Kostenreduktion nicht erreicht wurde. Eigentlich sollte die Budgetdeckelung mit Einführung des neuen Vergü-

tungssystems aufgehoben werden. Doch weil die Kosten nicht gebremst werden konnten, entschied sich der Gesetzgeber, die Deckelung auch 1996 weiter zu führen (StabG 1996). Zusätzlich wurden die Budgets der Jahre 1997, 1998 und 1999 mit dem Beitragsentlastungsgesetz 1996 aufgrund der Einführung der Pflegeversicherung pauschal um 1 Prozent gekürzt. Das 2. GKV-Neuordnungsgesetz führte die Budgetdeckelung für 1997 fort, indem es die Budgetsteigerungsraten für Westdeutschland auf 1,3 Prozent und für Ostdeutschland auf 2,3 Prozent festsetzte. Für die Folgejahre sah das Gesetz vor, dass die DKG und die GKV-Spitzenverbände gemeinsam eine Schätzung über die zukünftige Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied vereinbaren. An diesen Vorausschätzungen sollten sich dann die Budgetverhandlungen vor Ort orientieren (§ 6 BPflV) (Simon 1997: 22). Schon 1999 wurde die Veränderungsrate der Krankenhausbudgets aber wieder von der Bundesregierung durch das GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz festgelegt. 2003 wurden dann die Erlösbudgets der Krankenhäuser auf dem Niveau von 2002 eingefroren, mit Ausnahme der Häuser, die auf freiwilliger Basis bereits ein Jahr früher mit der Einführung der DRGs begonnen hatten. Ab 2005 ergeben sich aufgrund des neuen Vergütungssystems gesonderte Regeln für das Erlösbudget, die weiter unten genauer erläutert werden.

Wäre es nach dem Willen der Regierungskoalition gegangen, hätte sich ab 1997 das Vergütungssystem des Krankenhausesektors nochmals völlig verändert. Der 1995 vorgelegte Entwurf eines Krankenhaus-Neuordnungsgesetzes 1997 (KHNG) sah die Einführung eines Globalbudgets für den Krankenhausesektor und damit eine Angleichung der Vergütung an den ambulanten Bereich vor. Das Budget sollte auf Landesebene von den Selbstverwaltungspartnern ausgehandelt werden. Das Gesetz scheiterte jedoch im Bundesrat am Widerstand der SPD-geführten Länder. Die Regierungskoalition startete 1996 mit der Vorlage eines GKV-Weiterentwicklungsgesetzes einen erneuten Versuch, ihr Ziel durchzusetzen, scheiterte aber erneut an der SPD-Mehrheit im Bundesrat (Simon 1997: 21-22).

Das Vergütungssystem von 1996 war ein Zwischenschritt vor der Einführung der DRGs. Es beinhaltete noch Elemente aus dem vorherigen Vergütungssystem, kombinierte diese aber mit neuen Vergütungsformen. Sowohl Basis- als auch Abteilungspflegesatz sind Rudimente des alten Systems, weil sie auf Basis der Kosten des jeweiligen Krankenhauses errechnet wurden. Fallpauschalen, Sonderentgelte und die Vergütung ambulanter bzw. vor- und nachstationärer Versorgung hingegen sind Bausteine eines neuen Vergütungssystems, das sich (nahezu) unabhängig von der Kostenstruktur des jeweiligen Hauses ergibt. Mit der Abkehr vom vorher gültigen Selbstkostendeckungsprinzip (Tuschen, Quaas 1996; Busse, Riesberg 2005) wurde ein weiterer wichtiger Vorbereitungsschritt unter-

nommen. Durch das GSG erlosch der Anspruch auf Deckung der vorkalkulierten Selbstkosten und wurde durch einen Anspruch auf „medizinisch leistungsgerechte“ Pflegesätze (§ 17 Abs. 1 KHG) ersetzt (Tuschen, Quaas 1996: 19). Die Steuerung der Vergütung zwischen 1996 und 2003 vermittelt zum Teil den Eindruck eines Trial-and-Error-Prozesses, bei dem die staatlichen Akteure getestet haben, welche Steuerungsebene am besten für bestimmte Aufgaben geeignet ist. Der Staat delegierte Aufgaben an die einzelnen Ebenen der Selbstverwaltung, und wenn diese sie nicht zufriedenstellend erfüllten, wurden sie auf eine andere Selbstverwaltungsebene übertragen (Zuständigkeit für Fallpauschalen- und Sonderentgeltkatalog) oder wieder vom Staat übernommen (Verpflichtung zur Budgetdeckung).

Übersicht 2: Aufgaben der Steuerungsebenen im Vergütungssystem 1996- 2003

Staatliche Akteure	Bundesebene	Landesebene	Krankenhausebene
Bis 1997: Festlegung der Bewertungsrelationen Außer 1998: <ul style="list-style-type: none"> • Festlegung der Steigerungsrate d. beitragspflichtigen Einnahmen der GKV • Budgetdeckung 	Ab 1998: <ul style="list-style-type: none"> • Festlegung der Bewertungsrelationen*; • Weiterentwicklung d. Fallpauschalen- u. Sonderentgeltkataloge*; Nur 1998: Festlegung der Steigerungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV u. Verpflichtung der Mitglieder auf deren Einhaltung Mitarbeit an BPfIV	Festsetzung der Punktwerte; Bis 1997: Weiterentwicklung der Fallpauschalen- und Sonderentgeltkataloge**;	Budget, Abteilungs- und Basispflegesätze, Zu- und Abschläge zu Fallpauschalen u. Sonderentgelten; Budgetausgleich;

* wurde nur teilweise umgesetzt ** wurde gar nicht umgesetzt

Quelle: eigene Darstellung

3.2.2.2 Einführung des DRG-Systems

Mit der Gesundheitsreform 2000 wurde eine erneute Umstellung des Vergütungssystems beschlossen. Krankenhausleistungen sollten demnach ab 2003 fast ausschließlich über pauschalierte Entgelte vergütet werden. Im bisherigen Mischsystem wurden lediglich 20-25 Prozent der Krankenhausleistungen mit Fallpauschalen und Sonderentgelten vergütet. Die Bundesregierung erhoffte sich von der Einführung eines umfassenden pauschalierten Entgeltsystems, dass „die Mittelverteilung im Bereich der Krankenhäuser transparenter

und vor allem leistungsorientierter“ erfolge. Denn „[s]chon die bisherigen Fallpauschalen haben zur Verkürzung der Verweildauern und zu mehr Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung im Krankenhaus geführt“ (Bundesministerium für Gesundheit 12.06.2003).

Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene, die DKG und die Spitzenverbände der Krankenkassen sowie der Verband der PKV wurden mit der Entwicklung, Einführung und Weiterentwicklung des neuen Vergütungssystems gemäß den Vorgaben des Gesetzgebers beauftragt. Die Vorgaben waren dabei zum Teil sehr detailliert: Das neue Vergütungssystem sollte sich an einem bereits bestehenden, DRG-basierten Vergütungssystem orientieren, es sollte Komplexitäten und Comorbiditäten abbilden, aber nur soweit differenziert sein, dass es noch praktikabel war. Fallgruppen und Bewertungsrelationen waren bundeseinheitlich, Punktwerte hingegen regional unterschiedlich festzulegen (§ 17b KHG i.d.F. GR 2000). Die Selbstverwaltungspartner verständigten sich im Juni 2000 in der „Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems nach § 17 b KHG“ (Vereinbarung Entgeltsystem) darauf, das deutsche Entgeltsystem auf Basis des australischen DRG-Systems (AR-DRGs) zu entwickeln, und legten dessen Grundstruktur sowie Näheres zum Bewertungsverfahren und zur jährlichen Weiterentwicklung des Systems fest (siehe Abbildung 7). Mit dieser Vereinbarung wurde der Gesetzgeber von der gemeinsamen Selbstverwaltung aufgefordert, „die notwendigen ordnungspolitischen Rahmenbedingungen in Zusammenarbeit mit den Vertragspartnern“ auf Basis der Vereinbarung festzulegen (Deutsche Krankenhausgesellschaft et al. 27. Juni 2000). Insbesondere forderten die Selbstverwaltungspartner eine Konvergenzphase bei der Einführung des DRG-Systems, da sie von einer starken Verschiebung der Leistungserbringung ausgingen. Dieser Aufforderung folgte der Gesetzgeber mit dem Fallpauschalengesetz 2002. Es enthält die Vorgaben zur Einführung der DRGs, und es ersetzt die bisher gültige BpflV durch das Krankenhausentgeltgesetz. Das FPG sieht für die Einführung der DRGs zwei Phasen vor: im Zeitraum 2003 und 2004 eine budgetneutrale Phase und für die Jahre 2005 und 2006 eine von den Selbstverwaltungspartnern geforderte Konvergenzphase. Die erste Phase verlief entsprechend den Gesetzesvorgaben. 2003 konnten die Krankenhäuser optional nach DRGs abrechnen, 2004 waren sie dazu verpflichtet. Die DRGs wurden in der budgetneutralen Phase auf Basis der krankenhausindividuellen Selbstkosten berechnet, aber die Vergütung erfolgte nicht zu einheitlichen Fallpauschalen, sondern es wurde weiterhin ein Budget zwischen dem Krankenträger und den Krankenkassen verhandelt. Das Budget setzte sich aus den fallgruppenspezifischen Selbstkosten und der vereinbarten Leistungsmenge zusammen. Mehr oder Mindererlöse wurden größtenteils aus-

geglichen (Gerlinger, Rosenbrock 2006: 171). Die zweite Phase wurde mit dem 2. Fallpauschalenänderungsgesetz um zwei Jahre verlängert, damit die Krankenhäuser ihre krankenhausesindividuellen Basisfallwerte schrittweise an den durchschnittlichen Landesfallwert anpassen konnten. Die DKG und die Länder hatten im Gesetzgebungsprozess für die Verlängerung um zwei Jahre gekämpft, weil sie „mit großen Verwerfungen in der Krankenhauslandschaft“ rechneten, falls die Krankenhäuser nicht genügend Zeit zur Anpassung erhalten hätten (Deutsche Krankenhausgesellschaft 03.06.2004). Insbesondere Häuser der Maximalversorgung hätten ohne die Verlängerung plötzlich mit erheblichen Einnahmeverlusten klarkommen müssen. Nach dem 2. FÄndG verläuft die Konvergenzphase nun in fünf Schritten: 2005 wurden die einzelnen Krankenhausbudgets um 15 Prozent an das zukünftige DRG Erlösvolumen angepasst; 2006-2008 werden sie um je 20 Prozent und 2009 um 25 Prozent angeglichen. Zusätzlich konnte der Bundesrat eine Obergrenze für die Budgetreduzierung (Kappungsgrenze) durchsetzen. Diese lag 2005 bei 1 Prozent des Budgets und steigert sich jährlich um 0,5 Prozent bis auf 3 Prozent 2009 (Rau 2004: 979). 2005-2009 werden die Basisfallwerte von der LKG, den Landesverbänden der GKV und dem Landesausschuss des Verbandes der PKV vereinbart, mittelfristig sollen die Fallwerte bundesweit vereinheitlicht werden (Deutscher Bundestag 11.09.2001). Ob sich dies gegen den Widerstand der Krankenhäuser durchsetzen lässt, wird sich zeigen. Der ordnungspolitische Rahmen für das DRG-System für die Zeit nach der Konvergenzphase wird zurzeit entwickelt.

3.2.2.3 Aufgaben der Selbstverwaltung auf Bundesebene im DRG-System

Als ersten Schritt sollten die Selbstverwaltungspartner „die Grundstrukturen des Vergütungssystems und des Verfahrens zur Ermittlung der Bewertungsrelationen auf Bundesebene (Bewertungsverfahren), insbesondere der zugrunde zu legenden Fallgruppen, sowie die Grundzüge ihres Verfahrens zur laufenden Pflege des Systems auf Bundesebene“ festlegen (§ 17b Abs. 3 S.1 KHG). Der Gesetzgeber setzte ihnen hierfür eine Frist bis zum 30.6.2000. Unter Einhaltung der Frist verabschiedeten die Selbstverwaltungspartner die Vereinbarung Entgeltsystem, welche die Grundlagen für das neue DRG-System bestimmte.

Neben der Festlegung auf das australische DRG-System enthält diese Vereinbarung auch das zukünftige Bewertungsverfahren. Die Vertragspartner haben in dieser Vereinbarung beschlossen, ein Institut einzurichten, das sie bei der Einführung und Weiterentwicklung des DRG-Systems unterstützen soll. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

(InEK) wurde am 10. Mai 2001 gegründet und übernimmt Aufgaben wie die Fallgruppenpflege, die Berechnung der Bewertungsrelationen und von Zu- und Abschlägen sowie die Erstellung von Kodierrichtlinien. Die in der Vereinbarung Entgeltsystem getroffene Entscheidung, das DRG-System über Zuschläge auf die Krankenhausbehandlung zu finanzieren, hat der Gesetzgeber aufgegriffen und hierzu am 27.4.2001 das DRG-Systemzuschlags-Gesetz erlassen. Dem darin auf die Selbstverwaltungspartner übertragenen Regelungsauftrag kamen diese in der Vereinbarung Systemzuschlag am 21. Mai 2001 nach. Diese Vereinbarung wird seitdem nahezu jährlich angepasst und weiterentwickelt.

Abbildung 7: Inhalt der Vereinbarung Entgeltsystem vom 27.6.2000

- Festlegung auf australisches DRG-System
- Anpassung an deutsche Verhältnisse
- Maximal 800 Fallgruppen
- Erarbeitung von einheitlichen Kodierregeln
- Verfahren zur Ermittlung und Pflege der Relativgewichte (Bewertungsverfahren)
- Gesonderte Vereinbarung von Zu- und Abschlägen
- Gesonderte Vereinbarung zu Abrechnungsgrundsätzen
- Gründung eines Instituts zur Unterstützung der Selbstverwaltungspartner bei ihren Aufgaben
- Systemfinanzierung über Zuschläge
- Forderung nach ordnungspolitischem Rahmen und Konvergenzphase

Quelle: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

Das Thema Zu- und Abschläge wurde in einer gesonderten Vereinbarung am 15.12.2000 behandelt (Vereinbarung Zu- und Abschläge). Über die Abrechnungsgrundsätze hingegen konnte keine Einigung erzielt werden. Die DKG erklärte die Verhandlungen in diesem Punkt am 17. Mai 2002 für gescheitert. Für diesen Fall sieht das KHG (§ 17b Abs. 7) vor, dass das BMG über eine Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Vorschriften erlassen kann. Weil differenzierte Daten über Leistungs- und Kostenstrukturen nicht vorlagen, hat das BMG eine Gruppe unabhängiger Sachverständiger beauftragt, Lösungsmöglichkeiten für die Abrechnungsgrundsätze und für Vorgaben zur Grenzverweildauer zu suchen. Nur vier Wochen später erklärte die DKG die gesamten Verhandlungen über das Fallpauschalensystem 2003 für gescheitert. Damit hatte das BMG die Aufgabe, den Fallpauschalen-Katalog für das Optionsjahr 2003 zu entwickeln. In Zusammenarbeit mit dem InEK, das im Falle eines Scheiterns der Verhandlungen verpflichtet ist, dem BMG zuzuarbeiten (§ 17b Abs. 7 S. 3 KHG), und mithilfe von Sachverständi-

gen erarbeitete das BMG eine Fallpauschalenverordnung für das Jahr 2003. Den Selbstverwaltungspartnern wurde dabei die Möglichkeit gegeben, die Entwürfe der Verordnung zu diskutieren und Verbesserungsvorschläge einzubringen (Begründung zum Referentenentwurf: 1). Auch über das Fallpauschalensystem 2004 konnten sich die DKG, die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der PKV nicht einigen. Wieder erklärte die DKG Anfang Juni 2003 das Scheitern der Verhandlungen. Streitpunkt waren erneut die Abrechnungsbestimmungen. Daneben bestanden Differenzen vor allem bei den teilstationären Vergütungen und den Zusatzentgelten. Mithilfe von Sachverständigen entwickelte das BMG hierzu Lösungen. Der Fallpauschalen-Katalog 2004 wurde vom DRG-Institut nach den grundlegenden Vorgaben der Selbstverwaltungspartner erstellt. Nur weitergehende Einzelentscheidungen mussten vom Bundesministerium getroffen werden.

Das KHG sieht vor, dass „Besondere Einrichtungen, 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“, zeitlich befristet vom DRG-System ausgenommen werden können (§ 17b Abs.1 S.15 KHG). Die Selbstverwaltungspartner sollten festlegen, auf welche Krankenhäuser dies 2004 zutrifft. Auch hierüber konnten sie sich nicht einigen, so dass die Verhandlungen am 30.9.2003 durch die DKG für gescheitert erklärt wurden. Daraufhin erließ das BMG die Fallpauschalenverordnung Besondere Einrichtungen 2004 (FPVBE 2004). Diese Verordnung definiert die Voraussetzungen, wann ein Krankenhaus seine Leistungen nicht nach dem Fallpauschalenkatalog vergüten lassen muss. Sie sieht vor, dass die Entscheidung, ob ein Krankenhaus als besondere Einrichtung gilt, in den Verhandlungen zwischen Krankenhausträger und Krankenkassen geklärt wird. Auch die Verhandlungen der Selbstverwaltung über besondere Einrichtungen für 2005 waren wieder gescheitert, und das BMG musste erneut eine Verordnung erlassen. Für 2006 und 2007 konnten sich die Selbstverwaltungspartner auf eine gemeinsame Vereinbarung verständigen. Für 2005 konnten sich die Parteien auch nicht über die Finanzierung von Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen, Zuschläge für Zentren und Schwerpunkte, Abschläge für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung und über die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen einigen.

Erstmalig gelang es der Selbstverwaltung, sich in der Fallpauschalenvereinbarung 2005 über die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems zu einigen. Die Fallpauschalenvereinbarung enthält die Abrechnungsbestimmungen, den Fallpauschalenkatalog (§ 17b Abs. 1 S. 19 KHG), einen Katalog der noch nicht mit den DRG-Fallpauschalen sachgerecht vergüte-

ten Leistungen und den Katalog ergänzender Zusatzentgelte (§ 17b Abs. 1 S. 12 KHG). Eine Fallpauschalenvereinbarung konnte von den Selbstverwaltungspartnern auch für die Jahre 2006 und 2007 getroffen werden. Abbildung 8 gibt einen Überblick über die Aufgaben der Selbstverwaltung auf Bundesebene im Bereich der Vergütung.

Abbildung 8: Übersicht über Aufgaben der Selbstverwaltung auf Bundesebene im Bereich der Vergütung

Aufgaben der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene laut KHG und KHEntG	Regelung für den Fall der Nicht-einigung	Erfüllung
Vereinbarung eines Vergütungssystems (§ 17b Abs. 2 KHG)	§17b Abs. 7 KHG ²	Siehe einzelne Regelungen
Vereinbarung eines Fallpauschalenkatalogs , einschließlich der Bewertungsrelationen und der Grenzverweildauer sowie Zu- und Abschläge bei Über- bzw. Unterschreiten (§ 17b Abs. 1 S. 10 KHG, § 9 Abs. 1 Nr. 1 KHEntG)	§17b Abs. 7 KHG	2003 u. 2004 Verordnung durch BMG; seit 2005 durch Selbstverwaltung
Vereinbarung eines Katalogs von Zusatzentgelten und deren Höhe (§ 17b Abs. 1 S. 12 KHG, § 9 Abs. 1 Nr. 2)	§17b Abs. 7 KHG	Seit 2005 durch Selbstverwaltung in FPV geregelt
bundeseinheitlich Regelungen für Zu- oder Abschläge insbesondere für: <ul style="list-style-type: none"> • die Notfallversorgung, • die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten • die Aufnahme von Begleitpersonen • die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter • Ausbildungsstätten (§ 17b Abs. 1 S. 4 u .5 KHG)		Vereinbarung Zu- und Abschläge (15.12.2000); Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen (16.09.2004); Abschlag bei Nichtbeteiligung an der Notfallversorgung durch KHEntG geregelt (§ 4 Abs. 5)
Vereinbarung von Abrechnungsbestimmungen (§ 9 Abs. 1 Nr. 3 KHEntG)	§17b Abs. 7 KHG	2003 u. 2004 Verordnung durch BMG (KFPV); seit 2005 durch Selbstverwaltung
Vereinbarung von Empfehlungen an die Vertragsparteien auf Landesebene zur Vereinbarung der Basisfallwerte und deren Veränderungsbedarf (§9 Abs. 1 S.2 KHEntG)	§18a Abs. 6 KHG ³	
Vereinbarung von Kriterien für die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen , sowie deren Umfang (§17b Abs. 1 S. 6 KHG)		Bisher nicht abgeschlossen

² § 17b Abs. 7 sieht eine Ersatzvornahme durch das BMG ohne Zustimmungspflicht des Bundesrates vor, wenn eine Einigung der Selbstverwaltungspartner nicht zustande kommt und das Scheitern der Verhandlung durch eine Vertragspartei erklärt wurde. Das FPÄG 2004 hat diesen Artikel verschärft: Ersatzvornahme sind seitdem auch ohne Erklärung des Scheiterns möglich, wenn dies für die Sicherstellung der fristgerechten Einführung des Vergütungssystems und seiner Weiterentwicklung erforderlich ist (Euler 2005: 21).

³ § 18a Abs. 6 bestimmt die Bildung einer Schiedsstelle auf Bundesebene. Ihr gehören in gleicher Zahl VertreterInnen der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft an sowie drei unparteiische Mitglieder, wobei eineR von ihnen den Vorsitz einnimmt. Der Verband der PKV ist mit einer Person vertreten, welche zu den VertreterInnen der Kassenseite gezählt wird. Die unparteiischen Mitglieder werden von den beteiligten Organisationen gemeinsam bestellt. Wenn diese sich nicht einigen können, werden sie vom Präsidenten des Bundessozialgerichts berufen.

Vereinbarung über besondere Einrichtungen (§ 17b Abs. 1 S. 15 KHG)	§17b Abs. 7 KHG	Fallpauschalenverordnung Besondere Einrichtungen durch das BMG 2004 u. 2005; Vereinbarung Besondere Einrichtungen durch Selbstverwaltung 2006 u. 2007
Gesonderte Prüfung von Kostenausreißern (§ 17b Abs. 1 S. 16 KHG) ⁴		Wurden vom InEK bereits 2007 stichprobenartig überprüft u. soweit möglich in den Fallpauschalen-Katalog eingepflegt ⁵
Vereinbarung eines Systemzuschlags zur Finanzierung des DRG-Systems und Vereinbarungen zu dessen Verwendung; sowie Vereinbarung von pauschalen Zahlungen und Auswahl der Krankenhäuser die sich an der Kalkulation beteiligen (§ 17b Abs. 5 KHG)	§18a Abs. 6 KHG	Vereinbarung Systemzuschlag der Selbstverwaltung, jährliche Anpassung
Durchführung einer Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems (§ 17b Abs. 8 KHG)		Zur Zeit wird eine Machbarkeitsstudie für die Begleitforschung erstellt ⁶
Vereinbarungen zu Empfehlungen für die Kalkulation und Vergütung gesonderte Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 KHEntgG)	§18a Abs. 6 KHG	Vereinbarung NUB (17.12.2004) durch Selbstverwaltung; Beauftragung InEK zur Anfragenannahme und Bearbeitung
Vereinbarung der BAT- Berichtigungsrate für das Budget 2003 und 2004 nach §6 BPfIV (§ 9 Abs. 1 Nr. 5 KHEntgG)	§18a Abs. 6 KHG	Bundesschiedsstellenentscheid für 2003; 2004 Vereinbarung der Selbstverwaltung
Vereinbarung über einheitliche Datenerfassung und Übermittlung der Daten nach § 11 Abs.4 Nr. 1 (§ 9 Abs. 1 Nr. 6 u. § 21 Abs. 4 KHEntgG) und über Abschläge für nicht oder nicht rechtzeitig übermittelte Daten (§ 21 Abs. 5 KHEntgG)	§18a Abs. 6 KHG	Vereinbarung über die Übermittlung von Daten (13.12.2002)
Abschluss einer Rahmenvereinbarung über die Finanzierung der Ausbildungsvergütung und -stätten (§ 17a Abs. 1 Nr.1 KHG) ⁷	§18a Abs. 6 KHG	
Ermittlung der durchschnittlichen Kosten pro Ausbildungsplatz und die Mehrkosten der Ausbildungsvergütung und ermitteln einen Richtwert für die folgenden Jahre (§ 17a Abs.4b KHG)	§17b Abs. 7 KHG ⁸	Parteien konnten sich nicht auf einen Richtwert einigen. ⁹

⁴ Diese Regelung wurde erst mit dem GKV-WSG 2007 eingeführt.

⁵ Siehe Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus 15.12.2006: 54ff.

⁶ Das BMG hat die Selbstverwaltungspartner mehrfach um eine zügige Durchführung der Begleitforschung gebeten (Deutscher Bundestag 02.01.2007).

⁷ Diese Regelung wurde als Reaktion auf die Untätigkeit der Selbstverwaltung erst mit dem GKV-WSG eingeführt (siehe FN 54).

⁸ Das BMG hat von der Möglichkeit einer Ersatzvornahme keinen Gebrauch gemacht.

⁹ Mit der DRG-Einführung wurde auch die Ausbildungsfinanzierung umgestellt. Die Ausbildungskosten werden jetzt mit pauschalen Beträgen außerhalb des Krankenhausbudgets vergütet. Hierzu werden Zuschläge auf die Fallpauschalen erhoben, welche in einem Ausgleichsfonds zusammenfließen und dann auf die ausbildenden Häuser umverteilt werden. Ziel ist es, die Pauschalen landes- bzw. bundesweit anzugleichen, um auch hier den Wettbewerb und die Effizienz zu steigern. Hierfür sollten die Selbstverwaltungspartner Richtwerte zur einheitlichen Pauschalfinanzierung der Ausbildung vereinbaren. Die individuellen Ausbildungsbudgets sollten sich dann ähnlich wie die DRGs in einer Konvergenzphase angleichen. Da sich die Selbstverwaltungspartner in drei Jahren nicht auf solche Richtwerte einigen konnten, hat der

Den Selbstverwaltungspartnern wurde mit der Einführung des DRG-Systems vom Gesetzgeber ein ganzer Aufgabenkatalog übertragen. Was die Aufgabenerfüllung betrifft, kann keine einheitliche Aussage getroffen werden. Nach bedeutenden Anlaufschwierigkeiten, bei denen die Bundesregierung die Aufgaben der Selbstverwaltung über Verordnungen wahrnehmen musste, scheinen sich die Selbstverwaltungspartner seit 2005 mit ihrem neuen Auftrag zurechtzufinden. Trotz erheblichen Aufwands kommen sie ihren Aufgaben zur Erstellung und Weiterentwicklung des DRG-Systems erfolgreich nach. Einzelne Aufgaben, wie zum Beispiel die Regelung der Zuschläge für die Notfallversorgung, die Sicherstellungszuschläge oder die Vereinbarung von Richtwerten für die Ausbildungsfinanzierung haben sie nicht erfüllt. Eine allgemeine Aussage über die Gründe hierfür ist nicht möglich. Da es sich bei den meisten nicht durchgeführten Aufgaben um Regelungswerke handelt, welche anderen Selbstverwaltungsebenen als Anhaltspunkt für die Erfüllung ihrer Aufgaben dienen sollen, scheint eine einheitliche Regelung von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene nicht für nötig erachtet zu werden. Anders verhält es sich mit den Sicherstellungszuschlägen. Hier hat die DKG schon 2000 darauf hingewiesen, dass diese nicht in den Regelungsbereich der Selbsterwaltung auf Bundesebene gehören. Zum einen sei eine bundeseinheitliche Regelung aufgrund der unterschiedlichen Ausgestaltung der Sicherstellung in den einzelnen Ländern nicht möglich. Zum anderen handele es sich bei Fragen der Sicherstellung um normative Entscheidungen, die nicht von der Selbstverwaltung auf Bundesebene getroffen werden könnten (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2000: 5f.).

In Übersicht 8 fällt auf, dass die Schiedsstellenregelung im Falle einer Nichteinigung bis auf eine Ausnahme von den Selbstverwaltungspartnern nicht in Anspruch genommen wurde. Bisher war immer eine Einigung möglich. Auf die Ersatzlösung durch Verordnung der Bundesregierung musste hingegen vor allem in der Anfangszeit häufig zurückgegriffen werden.

3.2.2.4 Aufgaben der Selbstverwaltung auf Landesebene im DRG-System

Die Aufgaben der Selbstverwaltungspartner auf Landesebene sind bei weitem nicht so umfangreich wie die auf der Bundesebene. Der Gesetzgeber hat ihnen lediglich zwei Auf-

Gesetzgeber das Vorhaben mit dem GKV-WSG aufgegeben. Die bisher bis zum 1. Januar 2009 vorgesehene strenge Angleichung der krankenhausesindividuellen Beträge wird durch einen flexibleren Angleichungsprozess abgelöst. Ab 2010 sollen die Vertragspartner vor Ort lediglich eine einheitliche Finanzierungshöhe anstreben (Rau 2007: 183–184).

gabenbereiche übertragen: die Vereinbarung der Landesbasisfallwerte und die Regelung und Organisation der Ausbildungsfinanzierung.

Landesbasisfallwerte waren erstmals 2005 zu vereinbaren. Aufgrund der negativen Erfahrungen mit der Selbstverwaltung auf Bundesebene in den Jahren 2003 und 2004 hat der Gesetzgeber mit dem 2. FPÄG eine Ersatzvornahme für die Vereinbarung der Landesbasisfallwerte vorgesehen (§ 10 Abs. 8 KHEntgG). Um eine Verzögerung in den Budgetverhandlungen zu vermeiden, hat das BMG für 2005 auf dem Wege einer Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates vorläufige Basisfallwerte für die einzelnen Länder bestimmt, die so lange galten, bis entsprechende Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner getroffen waren. Die Selbstverwaltungspartner auf Landesebene konnten mit einer Ausnahme die Vereinbarungen jedoch relativ zeitnah, d.h. zwischen April und Juli, abschließen. Lediglich in Berlin wurde erst im September eine Einigung erzielt. Auch hier kann wieder ein Lernprozess bei den Selbstverwaltungspartnern beobachtet werden. In den Folgejahren wurden die Vereinbarungen früher geschlossen, und die Basiswerte mussten in immer weniger Fällen von der Schiedsstelle entschieden werden. 2005 wurden die Basisfallwerte noch in sieben Ländern von der Schiedsstelle festgesetzt, 2007 war dies nur noch in einem Fall nötig (AOK). Der vereinbarte oder von der Schiedsstelle festgelegte Basisfallwert muss von der zuständigen Landesbehörde genehmigt werden. Sie ist allerdings nur befugt, die Vereinbarung auf Rechtmäßigkeit zu prüfen (§14 KHEntgG).

Die Ausbildungsfinanzierung hat sich mit Einführung der DRGs seit 1.1.2005 für die Krankenhäuser grundlegend verändert. Um Wettbewerbsverzerrungen durch die Ausbildung zu verhindern, werden jetzt krankenhausespezifische Zuschläge auf die Fallpauschalen erhoben, die in einen Ausgleichsfonds fließen und von diesem auf die ausbildenden Häuser umverteilt werden. Die Fonds waren erstmals für das Jahr 2006 von den Selbstverwaltungspartnern auf Landesebene zu vereinbaren. Insbesondere müssen diese die Höhe des Ausgleichsfonds, die Höhe der Ausbildungszuschläge, aus denen der Fonds gespeist wird, und die Verfahrensregeln im Umgang mit dem Fonds festlegen (§ 17a Abs. 5 KHG). Für die Errichtung und Verwaltung des Fonds sind alleine die LKGs zuständig. 2007 gibt es jedoch erst in neun Bundesländern solche Fonds.

Abbildung 9: Übersicht über Aufgaben der Selbstverwaltung auf Landesebene im Bereich der Vergütung

Aufgaben der Selbstverwaltungspartner auf Landesebene laut KHG und KHEntgG	Regelung für den Fall der Nichteinigung	Erfüllung
Prospektive Vereinbarung eines landesweit gültigen Basisfallwertes bis 31.10. eines jeden Jahres (§ 10 Abs. 1 S. 1 u. Abs. 6 KHEntgG) unter Berücksichtigung der Fehlschätzungen des Basisfallwertes des Vorjahres (§ 10 Abs. 1 S. 2 u. 3 KHEntgG)	§ 18a Abs. 1 KHG	In einzelnen Fällen Entscheidung der Schiedsstelle, sonst Einigung der Selbstverwaltungspartner
Abschluss ergänzender Vereinbarungen zu den Rahmenverträgen der Bundesebene, welche landesrechtlichen Vorgaben bei der Ausbildungsfinanzierung sowie zu dem vom Land zu finanzierenden Teil an den Ausbildungskosten berücksichtigt; Wenn keine Rahmenempfehlung der Bundesebene vorliegt müssen deren Regelungsinhalte ebenfalls auf Landesebene festgesetzt werden. (§ 17a Abs. 2 Nr. 2 KHG)	§ 18a Abs. 1 KHG	¹⁰
Vereinbarungen über Ausgleichsfonds , die Höhe des Ausbildungszuschlags, aus dem der Fonds finanziert wird, und Verfahrensregeln für den Fonds (§ 17a Abs. 5 KHG)	§ 18a Abs. 1 KHG; Verordnung der Landesregierung, wenn der Fonds nicht zustande kommt	In einzelnen Ländern Einigung über Ausbildungsfonds

Quelle: eigene Darstellung

3.2.2.5 Vereinbarungen des einzelnen Krankenhauses

Am Verfahren der Verhandlungen zwischen Krankenhausträger und Krankenkassen hat sich trotz zweimaliger Umstellung des Vergütungssystems seit 1992 kaum etwas geändert. Die Modalitäten der Verhandlungen sind weiterhin durch den § 18 KHG geregelt, lediglich die Regelungen der BPfIV wurden durch ähnlich lautende Bestimmungen im KHEntgG ersetzt. Die Verhandlungsinhalte hingegen haben sich durch den Wechsel des Vergütungssystems grundlegend gewandelt bzw. befinden sich immer noch in einem Wandlungsprozess.

Für die Verhandlungen der budgetneutralen Einführungsphase 2003 und 2004 galten sowohl die BPfIV als auch das KHEntgG. Das Budget der Krankenhäuser wurde weiter wie bisher nach der BPfIV verhandelt. Daneben wurde ein krankenhausindividueller Basisfallwert ermittelt, mit dem die Fallpauschalen der zu erbringenden Leistungen verrechnet wurden. Die Fallpauschalen hatten dabei aber lediglich den Charakter von Abschlagszahlungen auf das herkömmlich vereinbarte Budget (FPVBE 2004: 2). Mehr- oder Minderer-

¹⁰ Hinweise auf Vorliegen ergänzender Vereinbarung gab es nicht.

löse, die sich aus einer Abweichung der tatsächlichen Fallzahlen von den vereinbarten Fallzahlen ergaben, wurden in dieser Phase zum großen Teil ausgeglichen.

Auch in der Konvergenzphase wird weiterhin ein Gesamtbudget verhandelt. Dieses setzt sich zusammen aus dem Erlösbudget und der Summe der Entgelte, die für Leistungen gezahlt werden, die mit den Fallpauschalen noch nicht sachgerecht vergütet werden (Simon 2005: 220). Das Erlösbudget wird ermittelt, indem die Zahl der vereinbarten Leistungen mit dem Preis für die jeweilige Leistung multipliziert wird und vereinbarte Zu- und Abschläge bzw. Zusatzentgelte addiert werden. Der Preis einer Leistung ergibt sich dabei aus der Multiplikation des in der Konvergenzphase krankenhausindividuellen Basisfallwertes mit der Bewertungsrelation der Leistung. Das Erlösbudget kann in der Konvergenzphase allerdings nicht frei verhandelt werden, weil es sich immer am Erlösbudget des Vorjahres orientieren muss, um eine Angleichung der krankenhausindividuellen Basisfallwerte an den Landesbasisfallwert zu gewährleisten. Der krankenhausindividuelle Basisfallwert wird errechnet, indem das Erlösbudget, vermindert um die voraussichtlich erzielten Erlöse aus Zusatzentgelten und um eventuelle Budgetberichtigungen aus den Vorjahren, durch die Summe aller Bewertungsrelationen (Case-Mix) dividiert wird (§ 4 Abs. 7 KHEntgG). Der Basisfallwert ist allerdings keine reine Rechengröße, die sich allein aus Leistungs- und Kostendaten des Krankenhauses ergibt, sondern er wird zwischen Krankenhaus und Krankenkassen ausgehandelt (Simon 2005: 221). Wenn ab 2009 landeseinheitliche Basisfallwerte gelten, ist der Preis nicht mehr verhandelbar und die Verhandlungen müssen sich auf die Leistungsindikatoren wie Fallzahl, Case-Mix und Case-Mix-Index beschränken.

Eigentlich sollten alle stationären und teilstationären Krankenhausleistungen über Fallpauschalen vergütet werden und zusätzliche oder alternative Entgelten nur in begrenzten Ausnahmefällen zum Einsatz kommen (§ 17 b Abs. 1 Satz 12 KHG). In der Realität haben diese additiven und alternativen Vergütungsformen und die darüber hinausgehenden Regelungen zur Vergütung von Krankenleistungen jedoch eine erhebliche Bedeutung (Busse, Riesberg 2005: 204). Abbildung 10 zeigt die Vielfalt der neben den Fallpauschalen verhandelbaren Vergütungen.

Abbildung 10: Inhalte der Verhandlungen zwischen Krankenhausträger und Krankenkasse im DRG-System

- **Gesamtbetrag** und **Summe der Bewertungsrelationen** (Case-mix) (§ 11 Abs. 1 KHEntgG)
- **Art und Menge** der voraussichtlich zu erbringenden **Fallpauschalen** (§ 4 Abs. 5 KHEntgG)
- **Erlösbudget** (§ 4 KHEntgG)
- Krankenhausindividueller **Basisfallwert** in der Konvergenzphase (§ 4 Abs. 7 KHEntgG)
- **Mehr- und Mindererlösausgleich** (§ 4 Abs. 9 KHEntgG)
- **Zahlungsmodalitäten** (§ 11 Abs. 1 KHEntgG)
- Vereinbarung ob und in welcher Höhe **bundeseinheitliche Zu- und Abschläge** gezahlt werden (§ 5 Abs. 1 KHEntgG)
- **Sicherstellungszuschläge** (§ 17b Abs. 1 S. 9; § 5 Abs. 2 KHEntgG)
- **sonstige Entgelte** für besondere Einrichtungen und für Leistungen, die noch nicht sachgerecht über DRGs und Zusatzentgelte vergütet werden, sofern diese in der Fallpauschalenvereinbarung ausgenommen wurden (§ 6 Abs. 1 KHEntgG) und für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die noch nicht sachgerecht mit DRGs vergütet werden (§ 6 Abs. 2 KHEntgG)
- **gesonderte Zusatzentgelte** für nicht sachgerecht vergütete, hoch spezialisierte Leistungen, für hochkomplexe Behandlungen deren Behandlungskosten die DRG-Vergütung einschließlich der Zusatzentgelte um mind. 50 Prozent übersteigt und für Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137 SGB V (§ 6 Abs. 2a KHG)
- Vereinbarung darüber, ob Klinik oder Teilbereich als **Besondere Einrichtung** zeitlich befristet von der Vergütung mit DRGs ausgenommen wird (§ 17b Abs. 1 S. 15)
- **Ausbildungsbudget** (§ 17a Abs. 3 S. 1 KHG) und ab 2010 auch die Richtwerte für die Ausbildungskosten, soweit diese nicht von Bundesebene oder durch Verordnung vorgegeben sind (§ 17a Abs. 3 S. 6 KHG)
- **Strukturverträge**, die den Ausbau, die Schließung oder die Zusammenlegung von **Ausbildungsstätten** finanziell unterstützen und zu wirtschaftlichen Ausbildungsstrukturen führen (§ 17a Abs. 3 S. 8)
- **Krankenhausindividueller Ausbildungszuschlag** für auszubildende Häuser (§ 17a Abs. 6 KHG) bzw. für alle Häuser, wenn dieser nicht einheitlich auf Landesebene festgelegt wurde (§ 17a Abs. 9 KHG)
- Ein Zuschlag für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen in Höhe von 0,2 Prozent des Erlösbudgets (§ 4 Absatz 13 KHEntgG).
- Ein Zuschlag für die Mehrkosten aus der Abschaffung des AiP (§ 4 Absatz 14 KHEntgG).
- Vereinbarung über die **Vergütung Ausländischer Patienten** außerhalb des Budgets (§ 4 Abs. 10 KHEntgG)
- **Bettenanzahl** und Leistungsstruktur, wenn diese nicht im Krankenhausplan vorgegeben sind; oder in diesen Punkten vom Krankenhausplan abweichende Vereinbarungen, wenn die Landesbehörde einverstanden ist (§ 109 Abs.1 SGB V)
- Pauschalisiertes **Ausgleichsverfahren für Fehlrechnungen** die durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen festgestellt wurden (§ 17c Abs. 3 KHG)

Quelle: Eigene Darstellung

Grundsätzlich können drei unterschiedliche, von den Fallpauschalen abweichende Vergütungsformen verhandelt werden. Dies sind erstens Zu- und Abschläge auf die Fallpauschalen (§ 5 KHEntgG), zweitens sonstige Entgelte (§ 6 KHEntgG) und drittens leistungsunabhängige Zuschläge. Die *Zu- und Abschläge* sind für Tatbestände vorgesehen, die nicht in allen Krankenhäusern vorliegen und deshalb nicht über Fallpauschalen vergütet werden können (§ 17b Abs. 1 S. 4 KHG). Diese Zu- und Abschläge sollten eigentlich bundeseinheitlich geregelt werden und für alle Verhandlungspartner verbindlich gelten, so

dass in den Verhandlungen vor Ort nur noch geklärt werden müsste, ob der jeweilige Tatbestand erfüllt und entsprechende Zu- bzw. Abschläge zu zahlen sind. Da nicht für alle Tatbestände einheitliche Vereinbarungen vorliegen, müssen diese zum Teil zusätzlich in den Einzelverhandlungen geklärt werden. In diesen Bereich der Zuschläge gehören auch die Sicherstellungszuschläge, die krankenhausesindividuell verhandelt werden. *Sonstige Entgelte* (§ 6 KHEntgG) werden für Leistungen oder Einrichtung vereinbart, die (noch) nicht mit den DRG-Fallpauschalen sachgerecht vergütet werden. Dies gilt für Leistungen und besondere Einrichtungen, die von der Fallpauschalenvergütung ausgenommen wurden (§ 6 Abs. 1 KHEntgG), für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (§ 6 Abs. 2 KHEntgG) und für hoch spezialisierte Leistungen, hochkomplexe Behandlungen und Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137 SGB V (§ 6 Abs. 2a KHG). Zur dritten Gruppe, der *leistungsunabhängigen Zuschläge* gehören der Ausbildungszuschlag, der Zuschlag für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Zuschlag für die Mehrkosten, die aus der Abschaffung des Arztes im Praktikum (AiP) entstehen. Ein großer Unterschied, der sich mit der DRG-Einführung ergibt, besteht darin, dass zwischen den Verhandlungspartnern auch Leistungsausweitungen verhandelt werden können (Eberle et al. 2005: 107).

Die krankenhausesindividuelle Budgetdeckelung ist seit 2005 aufgehoben. Im DRG-System hat sie ihre Existenzberechtigung verloren, denn es ist ja gerade gewollt, dass günstige, wettbewerbsfähige Krankenhäuser ihre Leistungen ausweiten. Zusätzlich vereinbarte Leistungen wurden 2005 mit 33 Prozent, 2006 mit 50 Prozent, 2007 mit 65 Prozent und im Jahr 2008 mit 80 Prozent des Fallpauschalenentgeltes vergütet. Die Beitragsstabilität ist natürlich weiterhin zu beachten, aber dies ist jetzt nicht mehr die Aufgabe der Individualebene, sondern der Landesebene. Die dortigen Vertragspartner müssen bei der Vereinbarung des Basisfallwertes die Wahrung der Beitragssatzstabilität gewährleisten (§ 10 Abs. 4 KHEntgG). Indem die Beitragsstabilität über den Basisfallwert festgesetzt wird und nicht über gedeckelte Budgets, kann in Zukunft ein Ansteigen der Fallzahlen aufgrund medizinischer und demografischer Entwicklung zu einer Zunahme der Finanzmittel der Krankenhäuser führen. Das Risiko und die Kosten der Mengenausweitung müssen dann von den Kassen und nicht wie bisher von den Krankenhäusern getragen werden (Bruckenberg et al. 2006: 165). Mit der restriktiven Verfolgung der Ausgabenbegrenzung der letzten Jahrzehnte im Hinterkopf erscheint dies jedoch wenig wahrscheinlich.

Man könnte meinen, bei der Vergütung mit Fallpauschalen würden die Verhandlungen auf Basis des jeweiligen Krankenhauses wesentlich einfacher, weil die Preise festgelegt sind und nur noch über Leistungsmengen und etwaige Sondervergütungen verhandelt werden

muss. Aber gerade weil es sich bei den DRGs um ein pauschales Vergütungssystem handelt, kommt den Verhandlungen vor Ort, zumindest in der Konvergenzphase, große Bedeutung zu. In den Verhandlungen wird mit Zu- und Abschlägen, gesonderten Zusatzentgelten und anderen Instrumenten das pauschale System an die individuellen Gegebenheiten des einzelnen Krankenhauses angepasst, so dass die Versorgung gewährleistet bleibt. Ob sich der Komplexitätsgrad der Verhandlungen nach Ende der Konvergenzphase reduziert, bleibt abzuwarten.

3.3 Qualitätssicherung

In der Qualitätssicherung hat sich seit 1992 sehr viel getan. Aus anfänglich freiwilligen Aktivitäten einzelner Häuser hat sich schrittweise ein umfassendes Qualitätssicherungssystem des stationären Sektors entwickelt. Heute ist Qualitätssicherung ein gesetzlich stark reguliertes Feld, das in der Hauptsache zentral vom Gemeinsamen Bundesausschuss gestaltet und geregelt wird. Interessant ist der Wandel der Zuständigkeit, denn der Gesetzgeber hat die Kompetenzen für die Qualitätssicherung Schritt für Schritt von verschiedenen Ebenen der Selbstverwaltung auf den G-BA übertragen und dabei den Regulierungsgrad ständig erhöht.

Die einzige Regelung, die es 1992 zur Qualitätssicherung im stationären Bereich gab, war § 137 SGB V, der die Krankenhäuser zur Qualitätssicherung verpflichtete und die Verantwortung für die Qualitätssicherung den Selbstverwaltungspartnern auf Landesebene übertrug. Da der Abschluss der Verträge auf Landesebene (§ 112 SGB V), welche die Qualitätssicherung regeln sollten, nur sehr schleppend voranging, hat der Gesetzgeber mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz 1997 die Spitzenverbände der Krankenkassen, die DKG und die Bundesärztekammer mit der Qualitätssicherung beauftragt. Hierfür wurde § 137a in das SGB V eingefügt. Er bestimmte, dass die Selbstverwaltungspartner ärztliche Leistungen festlegen sollten, für welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung vorzunehmen waren. Die Bundesärztekammer war für die Entwicklung von Anforderungen zuständig, denen diese Qualitätsmaßnahmen genügen mussten. Umsetzung und Finanzierung sollten wieder in Rahmenempfehlungen nach § 112 Abs. 5 SGB V geregelt werden.

Bereits 1993 hatten die Bundesärztekammer, die KBV, die DKG und die Spitzenverbände der Krankenkassen mit Unterstützung des BMG auf Empfehlung des 96. Deutschen Ärztetages die „Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin“ (AQS) gegründet. Gesetzlich wurde die AQS dann mit dem 2.GKV-Neuordnungsgesetz

1997 in §137b SGB V verankert (Igl 2002: 70). Ihre Aufgabe bestand darin, den Stand der Qualitätssicherung festzustellen, den Weiterentwicklungsbedarf zu benennen, die Wirksamkeit eingeführter Qualitätssicherungsmaßnahmen zu bewerten und „Empfehlungen für eine an einheitlichen Grundsätzen ausgerichtete sowie sektoren- und berufsgruppenübergreifende Qualitätssicherung einschließlich ihrer Umsetzung zu bearbeiten“ (§ 137b S. 2 SGB V 2000). Neben der AQS haben die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene 1995 auch eine Servicestelle Qualitätssicherung (SQS) gegründet, die sie mit der Durchführung der externen Qualitätssicherung beauftragt haben. Die Beteiligung der Krankenhäuser an der durch die Selbstverwaltung organisierten externen Qualitätssicherung war sehr uneinheitlich, bis der Gesetzgeber mit der Gesundheitsreform 2000 der Selbstverwaltung ermöglichte, bei Nichtteilnahme Vergütungsabschläge zu erheben (Geraedts 2007: 189).

Auch bei der internen Qualitätssicherung ging die Initiative von der Selbstverwaltung aus. Zuerst haben einige Krankenhäuser Qualitätssicherungsmaßnahmen aus der Industrie übernommen und sich vom TÜV zertifizieren lassen. Daraufhin haben DKG und GKV gemeinsam ein Konzept der freiwilligen, krankenhausspezifischen Qualitätssicherung entwickelt (Simon 1997: 57). Erst mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 wurde eine interne Qualitätssicherung vom Gesetzgeber verpflichtend vorgeschrieben (§ 135a SGB V). Die Spitzenverbände der Krankenkassen mit dem Verband der PKV und die DKG wurden beauftragt, Maßnahmen und Anforderungen für das interne Qualitätsmanagement zu vereinbaren. Diese waren für alle Krankenhäuser verbindlich und hatten Vorrang vor Verträgen nach § 112 SGB V (§ 137 Abs. 2 SGB V). 2002 haben die Selbstverwaltungspartner eine solche Vereinbarung getroffen. Der G-BA hat diese 2004 übernommen und als Richtlinie verabschiedet (Geraedts 2007: 190).

Einen Meilenstein in der Regulierung der Qualitätssicherung setzte die *GKV-Gesundheitsreform 2000*. Sie hat durch Modifikationen und durch erhebliche Erweiterungen der bestehenden Qualitätsvorschriften ein einheitliches und umfassendes Regelwerk für die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen geschaffen. Neben der schon beschriebenen Verpflichtung zur internen Qualitätssicherung und der Möglichkeit, Vergütungsabschläge beim Nichtbefolgen von verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen vorzunehmen, sah die Gesundheitsreform 2000 auch einrichtungsübergreifende Maßnahmen der Qualitätssicherung vor. Der neu gefasste § 137 SGB V überträgt den Spitzenverbänden der Krankenkassen, dem Verband der PKV und der DKG die Zuständigkeit für die Qualitätssicherung im Krankenhaus. Während § 137a SGB V (1995) ihnen die Zuständigkeit nur für ärztliche Leistungen zuwies, wurden sie nun für die gesamte Qualitätssiche-

rung im Krankenhaus zuständig. Die oben genannten Beteiligten schlossen 2001 einen Vertrag über ihre Zusammenarbeit im Rahmen des § 137 SGB V (Vertrag Qualitätssicherung 06.12.2002). Mit ihm wurde u.a. die Servicestelle Qualitätssicherung in die Geschäftsstelle des Kuratoriums überführt und in Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) umbenannt. Daneben sah die Gesundheitsreform 2000 die Gründung eines Ausschusses Krankenhaus durch die Selbstverwaltungspartner vor, der auf Antrag Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im Krankenhaus angewandt wurden, untersuchen und bewerten sollte (§ 137c SGB V 2000).

Im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes wurde im Jahr 2000 ein weiteres externes Qualitätssystem vom Gesetzgeber etabliert. Dieses deckt den Bereich der nosokomialen Infektionen ab und wird vom Robert-Koch-Institut durchgeführt (Busse, Riesberg 2005).

Nur zwei Jahre später wurden die Regelungen zur Qualitätssicherung vom Gesetzgeber im Rahmen der Einführung des *Fallpauschalensystems* nochmals erweitert. So mussten die Selbstverwaltungspartner auch Mindestanforderungen für die Struktur- und Ergebnisqualität (§ 137 Abs.1 S.3 Nr. 2 SGB V) formulieren und Mindestmengen für planbare Leistungen (§137 Abs. 1 S. 3 Nr.3) vereinbaren. Daneben wurden die Krankenhäuser verpflichtet, alle zwei Jahre einen strukturierten Qualitätsbericht über ihre Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu erstellen und im Internet zu veröffentlichen. Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene sollten sich über Inhalt und Umfang des Berichtes einigen. Sie legten am 1.12.2003 eine entsprechende Vereinbarung vor, die dann unverändert 2004 vom G-BA übernommen wurde.

Mit dem *GKV-Modernisierungsgesetz* wurden die Aufgaben der Selbstverwaltung bezüglich der Qualitätssicherung ab 1.1.2004 komplett auf den Gemeinsamen Bundesausschuss übertragen. Das bisherige Bundeskuratorium Qualitätssicherung wurde vom G-BA in seiner Zusammensetzung nach § 91 Abs. 7 SGB V (Krankenhausbehandlung) als politisches Entscheidungsgremium abgelöst (Brenske et al. 2005: 169). Der Ausschuss Krankenhaus und der Koordinierungsausschuss gingen im G-BA auf. Der G-BA richtete zwei Unterausschüsse für die Qualitätssicherung in der stationären Versorgung ein. Der Unterausschuss „Externe stationäre Qualitätssicherung“ ist für die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern nach § 135a Abs. 2 SGB V zuständig. Er regelt in einer Richtlinie den Ablauf und die Organisation der externen Qualitätssicherung. Die Krankenhäuser müssen zu den in der Richtlinie genannten Fällen definierte Daten an die BQS übermitteln. Diese analysiert die Daten auf Landes- oder auf Bundesebene und ermittelt, ob das jeweilige Krankenhaus im durchschnittlichen Qualitätsrahmen liegt. Fällt

ein Krankenhaus positiv oder negativ in dieser Leistungsbewertung auf, muss es dazu Stellung nehmen (strukturierter Dialog). Falls erforderlich, wird dem Krankenhaus dann Hilfe zur Behebung der Mängel angeboten. Der zweite Unterausschuss „sonstige stationäre Qualitätssicherung“ ist für die Aufgaben gemäß § 137 Abs. 1 Nr. 1 bis 6 SGB V (Mindestmengen, Qualitätsbericht, Vergütungsabschläge für Nichterfüllen der Qualitätssicherung, ärztliche Zweitmeinung, internes Qualitätsmanagement) zuständig. Der G-BA übernahm die bereits vor 2004 von den Selbstverwaltungspartnern getroffenen Vereinbarungen zur Qualitätssicherung (z.B. strukturierter Qualitätsbericht, Mindestmengen) (Brenske et al. 2005: 169).

Eine weitere Neuerung, die das GMG einführte, ist die Gründung eines unabhängigen Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Der G-BA wurde vom Gesetz verpflichtet, dieses Institut zu errichten. Das Institut soll sich mit „Fragen von grundsätzlicher Bedeutung für die Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen“ beschäftigen (§ 139a Abs. 3 SGB V). Dazu gehören unter anderem die Bewertungen evidenzbasierter Leitlinien für die epidemiologisch wichtigsten Krankheiten, die Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln und die Abgabe von Empfehlungen zu Disease-Management-Programmen. Der Gesetzgeber legte dabei sehr viel Wert auf die Unabhängigkeit dieses Institutes.

Abbildung 11: Krankenhausbezogene Richtlinien des G-BA

Unterausschuss	Richtlinie	Inkraft-treten
Externe stationäre Qualitätssicherung	Vereinbarung über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern gemäß § 137 Abs. 1 i. V. m. § 135a SGB V	01.01.2007
Sonstige stationäre Qualitätssicherung	Mindestmengenvereinbarung § 137 Abs. 1 Nr. 3 SGB V	01.01.2007
	Vereinbarung zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement § 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V	17.08.2004
	Vereinbarung zum Qualitätsbericht § 137 Abs. 1 Nr. 6 SGB V	21.02.2007
	Vereinbarung zur Kinderonkologie	01.01.2007
	Vereinbarung zur Fortbildung der Fachärzte im Krankenhaus	01.01.2006
	Vereinbarung zur Positronenemissionstomografie bei nicht kleinzelligem Lungenkarzinom	01.07.2007
	Vereinbarung zur Versorgung Früh- und Neugeborener	25.11.2006
Methodenbewertung	Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus	01.04.2006
Ambulante Behandlung im Krankenhaus	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus gemäß § 116b SGB V	19.04.2007
Sektorübergreifende Qualitätssicherung	Keine Richtlinien	

Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss, 29.05.2007; eigene Darstellung

Das *GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz* von 2007 stellte die Regelung der Qualitätssicherung mit dem Ziel, eine sektorübergreifende Qualitätssicherung aufzubauen, nochmals völlig um. Weitgehend alle sektorspezifischen Regelungen wurden aufgehoben. Zukünftig sind sie nur erlaubt, wenn die Qualität nur auf diese Weise gesichert werden kann. Die zusätzlichen, sektorspezifischen Maßnahmen wie zum Beispiel der Qualitätsbericht der Krankenhäuser bleiben erhalten (Rau 2007: 185). Im Zuge der Vereinheitlichung wurde dem G-BA auch die Aufgabe übertragen, die Qualitätsanforderungen für das ambulante Operieren und für die ambulante Erbringung hoch spezialisierter Leistungen, seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen festzulegen. Diese wurden bisher durch dreiseitige Verträge durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene bestimmt. Diese Vereinheitlichung der Qualitätssicherung wird damit begründet, dass durch Verweildauerverkürzungen Behandlungen nicht nur in Krankenhäusern, sondern auch in den danach anschließenden Bereichen durchgeführt werden und Behandlungsergebnisse nur bei einer umfassenden Betrachtung aller Behandlungseinheiten möglich sind. Außerdem, so die offizielle Begründung, wird es „verstärkt erforderlich sein [...] beispielsweise indikationsbezogenen Behandlungsverläufe zu dokumentieren und zu bewerten, um eine sachgerechte Beurteilung der Qualität zu ermöglichen“ (Bundesregie-

rung 2007: 400). Das GKV-WSG hat außerdem die Zuständigkeiten und Handlungsbereiche des G-BA ausgeweitet. Er kann nun neben den Anforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität zukünftig auch Anforderungen an die Prozessqualität festlegen. Zudem darf der G-BA in Zukunft über die gesetzlich aufgeführten Richtlinieninhalte hinaus auch andere, als regelungsbedürftig erachtete Sachverhalte der Qualitätssicherung aufgreifen und festlegen“ (Rau 2007: 186). Zusätzlich kann der G-BA notwendige Durchführungsbestimmungen für seine Richtlinien erlassen. Mit dem GKV-WSG wurde der BQS der Auftrag für die Messung und Darstellung der externen Qualitätssicherung entzogen und auf eine fachlich unabhängige Institution, die noch zu gründen ist, übertragen. Bei der BQS wird die Unabhängigkeit aufgrund ihrer Gesellschafter (DKG, Bundesverbände der Krankenkassen, Bundesärztekammer, Verband der PKV) und der damit relevanten Verbandsinteressen als nicht gewährleistet angesehen (ebd.: S. 185).

Zu erwähnen bleibt noch, dass auch die Landesebene im Bereich der Qualitätssicherung regulierungsbefugt ist. Das GKV-WSG hebt die zusätzliche Regelungsmöglichkeit durch die Länder noch einmal besonders hervor (§ 137 Abs. 3 S. 8).

Neben den gesetzlichen Aktivitäten hat das BMG die Entwicklung von Qualitätssicherung seit 1991 auch in einem „Modellprogramm zur Förderung der medizinischen Qualitätssicherung“ gefördert. Seit 1991 wurden insgesamt 30 Millionen Euro hierfür ausgegeben und Projekte wie zum Beispiel die „Kooperation und Transparenz für Qualität im Gesundheitswesen“ (KTQ) oder „Benchmarking im Gesundheitswesen“ gefördert (Bundesministerium für Gesundheit 09.05.2007).

3.4 Zusammenfassung

In diesem Kapitel habe ich die Entwicklung der politischen Steuerung des Krankenhaussektors auf den drei Gebieten Leistungserbringung, Finanzierung und Vergütung und Qualitätssicherung der letzten 15 Jahre beschrieben. Die Entwicklungen fallen in den einzelnen Teilbereichen völlig unterschiedlich aus. Während die Veränderungen im Leistungs- und Finanzierungsbereich überschaubar geblieben sind, wurde das Vergütungssystem in dieser Zeit zweimal grundlegend erneuert, und mit der Qualitätssicherung hat sich ein Teilbereich herausgebildet, der 1992 noch kaum existent war. Zum Teil mussten sich die Beschreibungen auf Momentaufnahmen beschränken, weil viele Veränderungen noch im Gang sind und deren endgültige Zielrichtung noch nicht absehbar ist.

Einer dieser Bereiche im Umbruch ist die staatliche Krankenhausplanung. Die Einführung der DRGs hat die Grundlagen der Krankenhausplanung völlig verändert und zum Teil die Krankenhausplanung als Ganzes infrage gestellt. Welche Auswirkungen die DRGs auf die Krankenhausplanung jedoch letztlich haben werden, kann hier noch nicht beantwortet werden. Im Rahmen der Diskussion um die duale Finanzierung wird die Krankenhausplanung seit Jahrzehnten kritisch diskutiert, doch bis heute konnten die Länder ihren Versorgungsauftrag und damit die staatliche Krankenhausplanung verteidigen. Ob ihnen dies auch in Zukunft gelingen wird, wird maßgeblich von der Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens ab 2009 abhängen. Mit der Rechtsverordnungskompetenz über die Sicherstellungszuschläge haben die Länder schon heute ein Instrument in der Hand, um den Widerspruch zwischen zentraler staatlicher Planung und dezentralen Leistungsentscheidungen über den Preis zu lösen. Inwieweit die Länder dieses auch nutzen werden, muss die Zukunft zeigen.

Sowohl die zweiseitigen- als auch die dreiseitigen Verträge, mit denen die Leistungserbringer und die Krankenkassen auf Landesebene Art und Umfang der Krankenhausbehandlung bzw. die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und KassenärztInnen regeln sollten, haben sich nur bedingt als taugliche Steuerungsinstrumente erwiesen. Zweiseitige Verträge wurden zwar in jedem Bundesland mit Ausnahme von Sachsen-Anhalt abgeschlossen, jedoch zeigt sich dort nur wenig Dynamik. Einmal abgeschlossene Verträge wurden nur sehr selten erneuert, und zum Teil wurden Verträge gekündigt, aber nicht neu abgeschlossen. Über die dreiseitigen Verträge fällt eine Aussage schwer, weil Daten hierüber nicht in ausreichendem Maße zu ermitteln waren. Dass der Gesetzgeber wichtige Einzelbereiche des § 115 SGB V in einzelnen Normen (ambulantes Operieren, vor- und nachstationäre Behandlung, ambulante Behandlung im Krankenhaus) erneut aufgegriffen und erweitert geregelt hat, zeigt sein Interesse an der verbesserten Verzahnung der beiden Sektoren, die ohne sein Eingreifen wohl nicht erfolgt wäre.

Während per Gesetz der allgemeine Leistungsumfang geregelt wird, werden auf Ebene des einzelnen Krankenhauses Leistungsart und -menge bestimmt. Dies erfolgt in den Verhandlungen zwischen Krankenhausträgern und Krankenkassen, wo der Case-Mix, also Fallzahl und Fallschwere, für das gesamte Krankenhaus festgelegt werden. Da die Leistungen nicht an ein Budget gekoppelt sind, können sie dem Bedarf und der Leistungsfähigkeit bzw. Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses angepasst werden. Auf dieser Ebene greift der durch das Vergütungssystem ausgelöste Wettbewerb. Die Entscheidungen des Krankenhauses, welche Leistungen es erbringen wird, sind zum einen davon abhängig, ob die Fallpauschalenvergütung der jeweiligen Leistung über den krankenhausesindividuel-

len Kosten dieser Leistung liegt, und zum anderen davon, ob sich genügend PatientInnen finden, die in diesem Krankenhaus die jeweilige Leistung in Anspruch nehmen wollen. Welche Leistung der bzw. die einzelne PatientIn erhält, wird weiterhin von den behandelnden ÄrztInnen bestimmt. Inwieweit diese ihre Entscheidungen von den Fallpauschalen abhängig machen bzw. in Zukunft abhängig machen werden, kann heute noch nicht beantwortet werden.

Obwohl die Aufhebung der dualen Finanzierung vom Gesetzgeber in der Vergangenheit immer wieder in Angriff genommen wurde, hat sie bis heute Bestand. Der Versuch, das duale Prinzip mit dem GSG 1993 aufzuweichen, ist nicht gelungen, da die Lücken von den Krankenhäusern kaum genutzt wurden. Die Länder kommen ihrem Auftrag der Investitionsfinanzierung aber nur unzureichend nach, weil sie nicht ausreichend Mittel dafür bereitstellen, so dass eine große Investitionslücke entstanden ist.

Heute haben wir mit dem DRG-System ein leistungsorientiertes und wettbewerbskonformes Entgeltsystem. Seine Einführung wurde seit 1993 vorbereitet. Das damals eingeführte Mischsystem aus tagesgleichen Pflegesätzen, Sonderentgelten und Fallpauschalen war lediglich ein Übergangskonstrukt, das die ersten Strukturen für ein umfassend pauschaliertes System aufbauen half. Im Zuge des Umbaus des Vergütungssystems wurden die Aufgaben vom Gesetzgeber schrittweise auf die Selbstverwaltung übertragen, so dass diese heute alleinig für das DRG-System zuständig sind. Der Gesetzgeber hat der staatlichen Ebene aber weit reichende Eingriffsrechte für den Fall des Nichtgelingens eingeräumt. In der Anfangszeit musste die Exekutive diese Eingriffsrechte auch häufig nutzen, da sich die Selbstverwaltungspartner zu bestimmten Unterpunkten des Vergütungssystems und in den ersten zwei Jahren auch über den Fallpauschalenkatalog nicht einigen konnten. Seit 2005 scheint es, dass die Selbstverwaltungspartner einen Konfliktregelungsmechanismus entwickelt haben, der sie ihre neuen Aufgaben erfolgreich erfüllen lässt. Für das DRG-System ist hauptsächlich die Selbstverwaltung auf Bundesebene zuständig. Sie hat das G-DRG-System entwickelt und kümmert sich um dessen Ablauf und Weiterentwicklung. Die Landesebene ist „lediglich“ für die Festlegung des Basisfallwertes und die Regelung der Ausbildungsfinanzierung zuständig. Der Festsetzung des Basisfallwertes kommt im DRG-System allerdings erhebliche Bedeutung zu, weil damit die Preise für die einzelnen Leistungen festgelegt werden. Zusätzliche Bedeutung erfährt die Festlegung des Basisfallwertes, weil darüber die Beitragsstabilität im Krankensektor gesteuert wird.

Da der Preis im DRG-System eine feste Größe ist, kann das Finanzvolumen, das dem Krankenhaus für die nächste Periode zur Verfügung steht, in den Verhandlungen zwischen Krankenhaus und Krankenkassen nur noch über eine Variation der Leistungsmenge oder -art verändert werden. Allerdings spielen in den Verhandlungen auch Vergütungen außerhalb des Fallpauschalensystems noch eine erhebliche Rolle. Ob sich dies mit Ende der Konvergenzphase ändern wird, muss sich zeigen. Zusätzliche Vergütungen bieten eine gute Möglichkeit, die Folgen des DRG-Wettbewerbs für das einzelne Krankenhaus zu mildern. Eine Abschaffung der zusätzlichen Vergütung wird einerseits vom politischen Willen zur Durchsetzung des Wettbewerbes und andererseits von der Durchsetzungskraft der Interessensvertretung der „Verliererhäuser“ abhängen.

Die Qualitätssicherung ist derjenige Bereich, dessen Steuerung am klarsten strukturiert ist. Die vom Gesetzgeber gemachten Vorgaben werden im G-BA konkretisiert, und das einzelne Krankenhaus muss die Richtlinien des G-BA umsetzen. Der Landesebene kommt dabei nur eine ergänzende Rolle zu. Schritt für Schritt hat der Gesetzgeber alle Aufgaben der Qualitätssicherung von anderen Selbstverwaltungsebenen und -gremien auf den G-BA übertragen, so dass dieser heute die dominierende Institution in diesem Bereich darstellt. Die Regulierungsfähigkeit des G-BA im Bereich der Qualitätssicherung ist so weitreichend, dass sie auch in den Leistungsbereich hineinreicht. Der Umfang der Regelungen hierzu ist allerdings noch nicht so groß, dass diese das Leistungsgeschehen bestimmen würden.

Eine Entwicklung, die der Übersicht nicht zu entnehmen ist und auf den ersten Blick auch nicht mit der Steuerung im Zusammenhang steht, ist die Professionalisierung der Selbstverwaltung, die sich hauptsächlich in der Ausgliederung von Aufgaben in eigens dafür geschaffene Institute zeigt. Sowohl im Bereich der Vergütung (InEK) als auch im Bereich der Qualitätssicherung (BQS, IQWiG) hat die Selbstverwaltung Institute geschaffen, die Entscheidungen vorbereiten und wissenschaftliche bzw. administrative Tätigkeiten übernehmen. Beim InEK und der BQS ging die Initiative von der Selbstverwaltung aus und erst später wurden die Institutionen „verrechtlicht“. Die Gründung des IQWiG wurde vom Gesetzgeber bestimmt und der Selbstverwaltung in Form des G-BA übertragen. Das IQWiG ist unabhängig, und die BQS wird derzeit auf Weisung des Gesetzgebers durch ein unabhängiges Institut ersetzt. Der Gesetzgeber verfolgt hier anscheinend die Strategie, die Selbstverwaltung zu professionalisieren, ihre Entscheidungen zu verwissenschaftlichen und sie auf diese Weise von den Interessen der Selbstverwaltungsakteure zu befreien. Bestätigt wird diese These dadurch, dass die Bundesregierung im GKV-WSG versucht hat, eines der bedeutendsten Gremien des Gesundheitswesens, den G-BA, eben-

falls auf dem Wege der Professionalisierung von der Selbstverwaltung zu lösen. Die drei unparteiischen Mitglieder werden in Zukunft hauptamtlich tätig sein, und den Vorsitz in allen Unterausschüssen übernehmen. Zu Beginn des Reformprozesses war vorgesehen, auch die Sitze der Selbstverwaltungspartner im Beschlussgremium mit Hauptamtlichen zu besetzen, allerdings ist dieser Plan am Widerstand der Selbstverwaltung gescheitert. Hier zeichnen sich die ersten Schritte in Richtung eines neuen Steuerungsmodells ab, das jenseits von korporatistischer und hierarchischer Steuerung liegt. Eine solche Entwicklung hin zu einer „Steuerung mittels wissenschaftlichem Sachverstand“ wäre im neoliberalen Zeitalter, das vom Dogma der wertfreien Wissenschaft geprägt ist, durchaus keine Überraschung.

Übersicht 3: Die politische Steuerung des Krankensektors 2007

	staatliche Ebene	Bundesverbandsebene	Landesverbandsebene	einzelnes Krankenhaus
Leistungs- erbringung	Leistungsberechtigung, Leistungsvoraussetzungen, allg. Leistungsumfang, Leistungen außerhalb der stationären Behandlung, Leistungsangebot (Krankenhausplanung)	Rahmenempfehlungen über zwei- und dreiseitige Verträge; Katalog ambulanter Operationen; G-BA : Leistungsausschluss, Leistungsverbot (Mindestmengen)	Beteiligung an Krankenhausplanung, zweiseitige Verträge über Art und Umfang der Krankenhausbehandlung, dreiseitige Verträge über Zusammenarbeit von KH u. KassenärztInnen*	Notwendigkeitsprüfung; Abschluss integrierter Versorgungsverträge*; Leistungsart und -menge (Case-Mix); individuelle Leistungen am Patienten
Finanzierung und Vergütung	Land : Investitionsfinanzierung; Rechtsaufsicht über Vereinbarungen zum Landesbasisfallwert und über Entgeltvereinbarungen zwischen KH u. KK; Festlegung von Voraussetzungen zu Sicherstellungszuschlägen Bund : Festlegung des Vergütungssystem und seiner allg. Ausgestaltung Weitreichende Eingriffsrechte bei allen wichtigen Punkten des DRG-Systems, erfolgte Ersatzvornahmen: FPK 2003 u. 2004, FPVBE 2004, 2005	Entwicklung, Einführung und Weiterentwicklung des DRG-Systems (FPV ab 2005, FPVBE ab 2006); Bundesschiedsstelle	mögliche Beteiligung an Pflegegesetzverfahren; Vereinbarung Landesbasisfallwerte; Regelung der Ausbildungsfinanzierung über Fonds*; Schiedsstelle	Basisfallwert (in der Konvergenzphase); zusätzliche Vergütung außerhalb der Fallpauschalen; Ausbildungsbudget
Qualitäts- sicherung	umfangreiche Verpflichtung der KHs zur internen und externen Qualitätssicherung; weitreichende Kontroll- und Eingriffsrechte in die Arbeit des G-BA; zusätzliche Regelungen durch die Länder möglich	G-BA : Richtlinien über Maßnahmen der externen Qualitätssicherung, strukturierten Qualitätsbericht, internes Qualitätsmanagement, Mindestmengen, Fortbildung der ÄrztInnen im KH, Qualitätssicherung bei bestimmten Leistungen (z.B. Kinderonkologie)		internes Qualitätsmanagement; strukturierter Qualitätsbericht; Datenbereitstellung für externe Qualitätssicherung

* wurde nur teilweise umgesetzt

** wurde gar nicht umgesetzt

4. Steuerung des Krankenhausesektors im Wandel

Veränderung der politischen Steuerung des Krankenhausesektors 1992-2007

Bei der Gegenüberstellung der Steuerung des Krankenhausesektors im Jahr 1992 mit der aktuellen Regelungssituation fällt besonders die gestiegene Komplexität des Steuerungsgebietes auf. Hierzu haben drei Entwicklungen beigetragen: Erstens hat sich mit der Qualitätssicherung ein neues Teilgebiet herausgebildet. Zweitens ist die Komplexität innerhalb der einzelnen Gebiete angestiegen. Am stärksten betroffen hiervon ist das Vergütungssystem, aber auch bei der Qualitätssicherung macht sich dies bemerkbar. Drittens ist die Interdependenz zwischen diesen einzelnen Feldern gewachsen. Während 1992 die jeweiligen Bereiche noch relativ gut voneinander abzugrenzen waren, besteht heute ein enger Zusammenhang zwischen Vergütung und Leistung sowie zwischen Qualitätssicherung und Leistungserbringung.

Mit der Erhöhung der Komplexität des Steuerungsgebietes geht auch eine Steigerung der Steuerungsaktivität einher. Häufig ist der Anstieg der Komplexität sogar genau darauf zurückzuführen. Dabei geht die Steuerung sowohl von den staatlichen Ebenen als auch den Selbstverwaltungsebenen aus, wobei ihre Intensität auf die verschiedenen staatlichen und verbandlichen Ebenen unterschiedlich verteilt ist.

Die Steuerung der *Leistungserbringung* hat sich, sieht man von den oben genannten Interdependenzen mit den anderen Bereichen ab, nur geringfügig verändert hat. Es sind lediglich kleinere, zusätzliche Regelungen hinzugekommen, z.B. über die Leistungen außerhalb der stationären Behandlung oder die Notwendigkeitsprüfung.

Im Bereich der *Vergütung* haben seit 1992 sowohl Steuerungsgegenstand als auch Steuerungsakteur gewechselt. 1992 erfolgte die Vergütung von Krankenhausleistungen über tagesgleiche Pflegesätze. Ausgehandelt wurde die Vergütung zwischen Krankenhaus und Krankenkassen. Der Rahmen hierfür wurde durch den Gesetzgeber auf Bundesebene festgelegt. Heute sind alle Ebenen an der Steuerung des Vergütungssystems beteiligt, wenn auch mit unterschiedlicher Gewichtung. Die Hauptaufgaben hierbei übernimmt die gemeinsame Selbstverwaltung auf Bundesebene, die 1992 bei der Steuerung der Vergütung noch überhaupt keine Rolle gespielt hatte. Die Landesebene der Selbstverwaltung hat durch die Festlegung des Basisfallwertes ebenfalls an Bedeutung gewonnen. Damit die Bundesländer ihren Versorgungsauftrag auch im Zeitalter der DRGs erfüllen können, wurden ihre Kompetenzen im Bereich der Vergütung ebenfalls erweitert.

Ein Vergleich der Steuerung der *Qualitätssicherung* fällt insofern schwer, als es 1992 so gut wie keine systematische Qualitätssicherung gab und sie heute eine der bestimmenden Themen im Krankenhausbereich ist. Die Steuerungskompetenz liegt in diesem Bereich ganz beim G-BA.

Zusammenfassend für alle drei untersuchten Steuerungsbereiche des Krankenhausesektors kann seit 1992 eine erhebliche Aufwertung der gemeinsamen Selbstverwaltung auf der Bundesebene festgestellt werden. Damit schließt sich der Krankenhausesektor dem allgemeinen Trend der Zentralisierung der Steuerung im Gesundheitswesen an (Noweski 2004: 76). Noch 1992 hatte die *Bundesebene der Selbstverwaltung* bei der Steuerung kaum Bedeutung, heute ist sie die zentrale Steuerungsebene im Krankenhausesektor. Allerdings bestehen in der Organisation der gemeinsamen Selbstverwaltung zwischen den Bereichen Vergütung und Qualitätssicherung Unterschiede. Während bei der Vergütung Entscheidungen im Rahmen von Verhandlungen zwischen den einzelnen Selbstverwaltungspartnern getroffen werden, erfolgt die Steuerung der Qualitätssicherung durch ein korporatistisches Gremium, in dem die Selbstverwaltungspartner vertreten sind, aber durch unabhängige Akteure ergänzt werden.

Die *Landesebene der Selbstverwaltung* hat heute zusätzlich zu den Aufgaben, die ihr schon 1992 zukamen (Krankenhausplanung, Schiedsstellen, zwei- und dreiseitige Verträge), die Zuständigkeit für die Festlegung des Basisfallwertes inne. Allerdings kommt der Landesebene durch die starke Aufwertung der Bundesebene der Selbstverwaltung heute weniger Bedeutung zu als 1992.

Auf der *Individualebene* existiert eine komplexe Situation. Da die Selbstverwaltungsebenen 1992 für die Steuerung nur bedingt Relevanz besessen hatten, war der Handlungsspielraum der Individualebene sehr groß. In den Pflegesatzverhandlungen konnten sie sowohl über den Preis als auch über die Leistung mitbestimmen. Heute, da die Preise von der Selbstverwaltung festgelegt werden, kann auf der Individualebene nur noch das Leistungsgeschehen beeinflusst werden. Ihre Handlungsmöglichkeiten auf dem Gebiet der Vergütungsvereinbarungen sind wegen der Leistungen, die außerhalb der Fallpauschalen vergütet werden, jedoch nicht ganz beseitigt. Die Bedeutung der Individualebene liegt heute vielmehr darin, dass sie der Steuerungsadressat für den durch den Gesetzgeber initiierten Wettbewerb ist. Wenn sich der ordnungspolitische Rahmen in Richtung des eingeschlagenen Weges hin zu mehr Wettbewerb weiterentwickelt, ist eher davon auszugehen, dass der Individualebene in Bezug auf die Leistungserbringung noch größere Bedeutung zukommt. Sollten gegenwärtig diskutierte Reformen wie die Öffnung der Entgeltver-

handlungen für die einzelnen Krankenkassen, die Ersetzung des Basisfallwertes durch individuelle Preisverhandlungen und die Abschaffung der dualen Finanzierung (Clade 2006: 20), umgesetzt werden, würde die Leistungserbringung viel stärker als heute auf der Individualebene entschieden werden.

Eine maßgebliche Rolle in der Steuerung des Krankenhausesektors kommt heute wie auch 1992 der *staatlichen Ebene* zu. Allerdings kann in den letzten 15 Jahren eine Verschiebung der Aufgaben beobachtet werden. 1992 erfolgte die staatliche Steuerung häufig direkt, d.h. der Staat regulierte über die Gesetzgebung bzw. auf Landesebene über die Krankenhausplanung, direkt das Verhalten der Individualebene. Heute bedient sich der Staat der Instrumente Wettbewerb und Selbstverwaltung, um das Verhalten der Individualakteure zu steuern. Dem Staat kommt in Bezug auf die Selbstverwaltung die Rolle des Spielfeldgestalters und Schiedsrichters zu. Er setzt den Ordnungsrahmen, den die Selbstverwaltungsakteure ausfüllen müssen. Erfolgt dies nicht zu seiner Zufriedenheit, kann er nahezu jederzeit direkt eingreifen. Durch Veränderungen des Ordnungsrahmens hat der Staat in der Vergangenheit immer wieder die Handlungsgrundlagen der Akteure verändert und Kompetenzen zwischen den Ebenen verschoben. Das Steuerungshandeln der staatlichen Ebene lässt dabei eine eindeutige Strategie zur Zentralisierung von Entscheidungsstrukturen erkennen. Einer der Gründe hierfür könnte darin liegen, dass für den Wettbewerb bundeseinheitliche Rahmenbedingungen geschaffen werden müssen. Mit der Einführung von Wettbewerbselementen hofft der Staat die Anreizstrukturen für die Individualakteure so zu gestalten, dass diese sich gemäß den angestrebten Zielen verhalten. Die Krankenhausplanung hingegen ist ein Relikt der „alten Steuerung“, dessen Überleben sich aus dem widersprüchlichen Beziehungsgeflecht des föderalen Staates erklären lässt. Mit der Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens für den Krankenhausbereich ab 2009 wird vermutlich der nächste Anlauf erfolgen, den Ländern die Zuständigkeit für die Krankenhausplanung zu entziehen und dadurch den Widerspruch zwischen politischer Planung und wettbewerblicher Allokation zu lösen.

Korporatismus und Wettbewerb

Wie Kapitel 3 gezeigt hat, wurden in den letzten 15 Jahren im Krankenhausesektor sowohl wettbewerbliche Steuerungselemente eingeführt als auch die korporatistische Steuerung ausgebaut. Da beide Steuerungsformen nahezu parallel eine Aufwertung erfahren haben, stellt sich die Frage, ob ein systematischer Zusammenhang zwischen ihnen besteht.

Wettbewerb ist kein naturwüchsiges Phänomen, sondern er bedarf institutionellen Einbettung und dauerhaften Pflege (Czada, Lütz 2000: 12). Er führt nicht zwangsläufig zu einer effizienteren und kostengünstigeren Leistungserbringung. Vielmehr sind hierfür bestimmte Voraussetzungen erforderlich, die durch regulative Instanzen erst geschaffen werden müssen. Ohne entsprechende Regulierung kann der Wettbewerb unerwünschte Verteilungswirkungen hervorrufen. Außerdem besteht die Gefahr, dass sich im Wettbewerb befindliche Leistungserbringer ihren Wettbewerbsvorteil durch Absenkung von Qualität oder Missachtung ethischer Normen erkaufen. Um solche nicht intendierten Folgewirkungen zu vermeiden, muss der Wettbewerb in einen regulativen Rahmen eingebettet werden. Die Bereitstellung dieses Rahmens erfolgt häufig durch den Staat, kann von diesem aber auch auf andere Akteure übertragen werden. Im Gesundheitswesen sind hauptsächlich die Selbstverwaltungspartner und ihre korporatistischen Institutionen mit dieser Aufgabe vertraut. Hierfür gibt es mehrere Gründe.

Beim Gesundheitswesen handelt es sich um einen überaus komplexen gesellschaftlichen Teilbereich. Eine erfolgreiche Steuerung erfordert deshalb ausgedehnte und detaillierte Kenntnisse des Gebietes. Hierüber verfügen am ehesten die beteiligten Akteure selbst. Aufgrund der Komplexität des Steuerungsgebietes und aufgrund der zahlreichen Marktvollkommenheiten sind die administrativen und regulativen Kosten des Wettbewerbs sehr hoch. Mit einer Übertragung der Steuerung auf die Selbstverwaltung wird der Staatshaushalt von diesen Kosten entlastet. Drittens kann korporatistische Koordination dazu beitragen, die Transaktionskosten des Wettbewerbs zu senken und diesen dadurch effizienter zu machen. Nicht nur die Auslagerung von Kosten, sondern auch die Delegation von Verantwortung erweist sich als Vorteil der korporatistischen Steuerung. Denn so müssen unpopuläre Entscheidungen nicht von den PolitikerInnen gegenüber den WählerInnen verantwortet werden. Ein gutes Beispiel hierfür ist die Definition des GKV-Leistungskataloges durch den G-BA. Denn gerade „[i]n Zeiten, in denen sich die Lücke zwischen dem medizinisch Machbaren und individuell Wünschbaren und dem ökonomisch Finanzierbaren bzw. akzeptierten Ressourcenaufwand ständig vergrößert, bedeutet dies letztlich die Verlagerung unpopulärer Entscheidungen von politischen auf korporative Entscheidungseinheiten“ (SVR 2005: Ziffer 90; siehe auch Gerlinger 2007). Ohne die Gefahr, Legitimationsverluste bei den Wählern zu erleiden, können Selbsterwaltungsgremien deshalb auch Entscheidungen treffen, die von den politischen Akteuren so nicht getroffen worden wären (ebd.).

Wenn korporatistischer Steuerung die Aufgabe zukommt, Rahmenbedingungen für den Wettbewerb zu schaffen und nicht intendierte Folgen zu verhindern (Regulationsfunktion),

stellt sich die Frage, warum korporatistische Strukturen im ambulanten Bereich abgebaut werden, obwohl auch dort wettbewerbliche Elemente eingeführt wurden (Gerlinger 2002: 24). Dies erklärt sich damit, dass dem Korporatismus im Gesundheitswesen neben der Regulationsfunktion auch eine Allokationsfunktion zukommt. Anders als auf einem freien Markt, wo die Verteilung der Ressourcen über den Markt- und Preismechanismus erfolgt, wird im Korporatismus die Leistung und die Vergütung der Leistung zwischen den Verbänden der Leistungserbringer (Anbieter) und den Verbänden der Krankenkassen ausgehandelt (SVR 2005: Ziffer 42).

Meine These lautet, dass korporative Strukturen, die primär der Allokation dienen, durch Wettbewerbselemente ersetzt werden, und korporative Elemente mit primär regulierender Funktion erhalten bleiben bzw. ausgebaut werden. Der Krankenhaussektor weist historisch weniger allokativen Korporatismuselemente auf als der ambulante Bereich. Die Leistungserbringung wird in den Verhandlungen zwischen den einzelnen Krankenhäusern und den Krankenkassen bzw. durch die Krankenhausplanung festgelegt. Der Preis wurde ebenfalls bis zur Einführung der Fallpauschalen hauptsächlich auf der krankenhausesindividuellen Ebene bestimmt. Heute wird der Preis von den Landesverbänden der Leistungserbringer und Krankenkassen über die Festlegung des Basisfallwertes gebildet. Damit übernimmt die Selbstverwaltung eine der wichtigsten Allokationsfunktionen. Ein weiteres allokatives Element des Korporatismus im Krankenhaussektor sind die Entgeltverhandlungen, die durch die Krankenkassen gemeinsam und einheitlich geführt werden. Weitere wichtige Allokationsfunktionen übernehmen im Krankenhausbereich die Länder mit der Krankenhausplanung. Es sind gerade diese drei Bereiche, die in der Debatte über den ordnungspolitischen Rahmen für den Krankenhaussektor ab 2009 zur Diskussion stehen. Im ambulanten Bereich hat der Korporatismus eine viel stärkere Allokationswirkung, denn dort wird die Ressourcenverteilung fast ausschließlich über Kollektivverträge geregelt. Vor dem Hintergrund meiner These ist es demnach nicht verwunderlich, dass gerade die Kollektivverträge im Zentrum der Kritik stehen und deren Abschaffung und Ersetzung durch einzelvertraglichen Regelungen gefordert wird (siehe zum Beispiel SVR 2005). In ersten Ansätzen ist eine Auflösung der Kollektivverträge zu Gunsten von Einzelverträgen im Rahmen von Modellvorhaben und der integrierten Versorgung schon zu beobachten (Gerlinger 2002: 24).

Sollte sich meine These bestätigen, werden korporatistische Strukturen auch in der Zukunft im Krankenhaussektor Bestand haben. Allerdings besteht die Gefahr, dass durch den fortschreitenden Wettbewerb die Interessen der Akteure zunehmend fragmentiert werden (Gerlinger 2002: 26; Gerlinger 2007). Eine korporatistische Organisation der Inte-

ressen wäre dann schwieriger oder unmöglich, so dass sie auch die regulativen Aufgaben nicht mehr übernehmen könnten und diese auf andere Akteure übertragen werden müssten.

Wandel des Steuerungsmodells

Die politische Steuerung des Krankenhaussektors hat sich in den vergangenen 15 Jahren beträchtlich gewandelt. Das alte Steuerungsmodell der siebziger und achtziger Jahre wurde sukzessive von einem neuen Modell abgelöst, in dem sowohl die Steuerungsformen als auch die Steuerungsakteure und -felder neu justiert sind. Die Mitte der siebziger Jahre begonnene Übertragung von Aufgaben auf die gemeinsame Selbstverwaltung, wurde auch nach 1992 weitergeführt. In allen drei Untersuchungsfeldern hat die gemeinsame Selbstverwaltung seitdem eine erhebliche Aufwertung erfahren. Allerdings hat sich der Charakter der Korporatisierung im Unterschied zu 1992 verändert. Wurden vor 1992 Steuerungsaufgaben auf die Selbstverwaltung übertragen, weil man sich durch ihre Einbeziehung eine verbesserte Problemlösung erhofft hat, so geschieht dies heute, um den Wettbewerb zu flankieren. Aufgabe der Selbstverwaltung ist es, die Rahmenbedingungen für einen funktionsfähigen Wettbewerb zu schaffen und den Wettbewerb zu kontrollieren, um unerwünschte Folgen zu vermeiden. Die Einführung von Wettbewerbselementen in den Steuerungs-Mix des Krankenhaussektors ist ein wesentlicher Punkt, in dem sich das alte und das neue Modell unterscheiden. Der Wettbewerb wurde eingeführt, um die Anreizstrukturen für die Krankenhäuser so zu verändern, dass diese sich in ihrem eigenen Interesse gemäß den Zielen der Effizienz und Kostenreduzierung verhalten. Der Wettbewerb ist heute im Krankenhaussektor allerdings noch nicht voll entfaltet. Die Festlegung des Basisfallwertes durch die gemeinsame Selbstverwaltung verhindert die vollständige Ressourcenallokation nach Wettbewerbskriterien, und auch die Vergütungen außerhalb der Fallpauschalen schwächen die wettbewerblichen Wirkungen der DRG-Vergütung ab. 2008 wird der ordnungspolitische Rahmen für die Steuerung des Krankenhaussektors ab 2009 festgelegt, und dann wird sich zeigen, ob der Wettbewerb als Steuerungsform eine weitere Aufwertung erfährt. Dann besteht auch, entgegen den bisherigen Entwicklungen, die Möglichkeit, dass korporatistische Strukturen zugunsten des Wettbewerbs abgebaut werden. Dies ist dort zu erwarten, wo die Selbstverwaltung einer Entwicklung des Wettbewerbs im Wege steht, wie zum Beispiel bei der Festlegung des Landesbasisfallwertes. Mit Blick auf andere Bereiche gehe ich aufgrund der Interdependenzen zwischen den Steuerungsformen, davon aus, dass es bei einem weiteren Ausbau wettbewerblicher

Steuerungsinstrumente auch zu einer Ausweitung korporatistischer Steuerungselemente kommt. Was einer solchen Entwicklung entgegenstehen könnte, ist die erst in Anfängen zu beobachtende Tendenz, Aufgaben der Selbstverwaltung auf unabhängige Institute und Akteure zu übertragen. Die Hypothese einer Entwicklung hin zur „Steuerung mittels wissenschaftlichem Sachverstand“ bedarf allerdings noch weiterer Untersuchungen in anderen Bereichen des Gesundheitswesens, um darin einen allgemeinen Trend konstatieren zu können.

Wie vermutet, ist in den vergangenen 15 Jahren kein Bedeutungsverlust des Staates eingetreten. Der Staat hat vielmehr als „architect of political order“ (Anderson 1979: 274) die Transformation des Steuerungsmodells aktiv herbeigeführt und gestaltet. Die Einführung von Wettbewerb und der Ausbau korporatistischer Steuerung haben die Aufgaben des Staates verändert. Heute bedient er sich mehr der Selbstverwaltung und Wettbewerbsinstrumenten, um den Krankenhaussektor zu steuern, und greift weniger direkt in das Geschehen ein. Eine direkte Intervention erfolgt nur, wenn die Selbstverwaltungspartner die ihnen übertragenen Aufgaben nicht zur Zufriedenheit der staatlichen Akteure erfüllen. Der Staat steuert, indem er die Gestaltung des institutionellen Rahmens übernimmt. Dadurch begründet er Akteure und Akteurskonstellationen, verteilt Handlungsressourcen, legt den Handlungsrahmen fest und beeinflusst die Handlungsorientierungen der Akteure.

Der Wandel des Steuerungsmodells ist keinesfalls abgeschlossen. Einige Elemente des alten Modells haben bis heute Bestand und die neuen Elemente haben ihr Wirkungspotential zum Teil noch nicht voll entfaltet. Zu den Überresten des alten Steuerungssystems zählen die Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung durch die Länder. Diese stehen heute im Widerspruch zur wettbewerblichen Steuerung. Die Investitionsfinanzierung führt zu Wettbewerbsverzerrungen, und die staatliche Bedarfsplanung der Krankenhauskapazitäten steht einer Leistungsverteilung über den Wettbewerb im Wege. Hierin zeigt sich ein grundsätzlicher Widerspruch der sich durch das neue Steuerungsmodell ergibt: Ein funktionsfähiger Wettbewerb erfordert gleiche Rahmenbedingungen für alle Wettbewerbsteilnehmer. Diese müssen daher bundeseinheitlich festgelegt werden. Eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung hingegen muss sich an den lokalen und regionalen Erfordernissen und Bedürfnissen orientieren, was nur über eine dezentrale Steuerung gewährleistet werden kann. Wie dieser Widerspruch in Zukunft gelöst werden wird, hängt davon ab, welchem Ziel Vorrang eingeräumt wird, der bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung oder der kosteneffizienten Leistungserbringung.

Anhang

Tabelle 1: Abschluss von Verträgen nach § 112 SGB V auf Landesebene nach Bundesland

Landesverband	Datum	Gesetzesbezug	Anmerkungen
Baden-Württemberg^{2 1}	01.01.2002	§ 112 Abs. 2 Nr. 1	nur gültig bis 31.12.2002
	01.01.2006	§ 112 Abs. 2 Nr. 1	Landesschiedsstelle
	01.07.1994	§ 112 Abs. 2 Nr. 2	
	01.01.2006	§ 112 Abs. 2 Nr. 2	
	01.01.2002	§ 112 Abs. 2 Nr. 3	i.V.m. § 137; nur gültig bis 31.12.2002
	01.01.2005	§ 112 Abs. 2 Nr. 3	i.V.m. § 137
	01.01.2007	§ 112 Abs. 2 Nr. 3	i.V.m. § 137
	01.07.1994	§ 112 Abs. 2 Nr. 4	
	01.10.1994	§ 112 Abs. 2 Nr. 5	(Pflege)
	01.10.1994	§ 112 Abs. 2 Nr. 5	(Rehabilitation)
Bayern^{2 1}	24.09.1991	§ 112 Abs. 2 Nr. 1	gekündigt zum 30.04. 1999
	24.09.1991	§ 112 Abs. 2 Nr. 2	
	01.07.1995	§ 112 Abs. 2 Nr. 3	i.V.m. § 137
	01.11.1994	§ 112 Abs. 2 Nr. 5	(Rehabilitation)
	01.10.1998	§ 112 Abs. 2 Nr. 5	(Pflege)
	31.01.2001	§ 112 Abs. 2 Nr. 5	(geriatrische Rehabilitation)
Berlin¹	01.11.1994	§ 112 Abs. 2 Nr. 1	gekündigt zum 31.12.2000
	01.11.1994	§ 112 Abs. 2 Nr. 2	gekündigt zum 31.12.2000
Brandenburg¹	08.10.1996	§ 112 Abs. 2 Nr. 1	
	04.05.2000	§ 112 Abs. 2 Nr. 3	i.V.m. § 137
Bremen¹	01.09.1995	§ 112 Abs. 2 Nr. 2	
	04.11.1991	§ 112 Abs. 2 Nr. 4	
	07.10.1991	§ 112 Abs. 2 Nr. 5	
Hamburg¹	01.01.2003	§ 112 Abs. 2 Nr. 1	
	01.03.1991	§ 112 Abs. 2 Nr. 3	i.V.m. § 137
Hessen¹	01.06.2002	§ 112 Abs. 2 Nr. 1	
	01.08.1990	§ 112 Abs. 2 Nr. 2	
	20.01.1991	§ 112 Abs. 2 Nr. 3	
	01.06.1995	§ 112 Abs. 2 Nr. 3	i.V.m. § 137
	30.06.1994	§ 112 Abs. 2 Nr. 4	
	01.02.1991	§ 112 Abs. 2 Nr. 5	(Rehabilitation)
Mecklenburg-Vorpommern¹	01.07.2004	§ 112 Abs. 2 Nr. 1	Schiedsspruch der Landesschiedsstelle
	07.04.1999	§ 112 Abs. 2 Nr. 2	
	22.06.1995	§ 112 Abs. 2 Nr. 3	i.V.m. § 137
	Mai 91	§ 112 Abs. 2 Nr. 4	
	Mai 91	§ 112 Abs. 2 Nr. 5	
Niedersachsen¹	01.11.1992	§ 112 Abs. 2 Nr. 1, 2, 4, 5	

Nordrhein-Westfalen¹	30.01.1992	§ 112 Abs. 2 Nr. 1	geändert 1.1.1997, gekündigt 2004
	06.03.1991	§ 112 Abs. 2 Nr. 2	
	11.07.1991	§ 112 Abs. 2 Nr. 3	
	01.07.1991	§ 112 Abs. 2 Nr. 4	
	01.09.1991	§ 112 Abs. 2 Nr. 5	(Pflege)
	01.01.1991	§ 112 Abs. 2 Nr. 5	(Rehabilitation)
Rheinland-Pfalz¹	25.03.1991	§ 112 Abs. 2 Nr. 1	ersetzt 01.01.2000 durch Schieds- spruch
	01.04.1991	§ 112 Abs. 2 Nr. 2	
	25.03.1996	§ 112 Abs. 2 Nr. 3	i.V.m. § 137
	25.03.1991	§ 112 Abs. 2 Nr. 4	
	25.03.1991	§ 112 Abs. 2 Nr. 5	(Rehabilitation)
Saarland¹	01.07.1995	§ 112 Abs. 2 Nr. 2	
	01.07.1995	§ 112 Abs. 2 Nr. 4	
	01.07.1995	§ 112 Abs. 2 Nr. 5	(Pflege u.Rehabilitation)
Sachsen¹	01.01.2006	§ 112 Abs. 2 Nr. 1 u. 2	
	01.01.1992	§ 112 Abs. 2 Nr. 3	i.V.m. § 137
	01.01.2005	§ 112 Abs. 2 Nr. 3	i.V.m. § 137
Sachsen-Anhalt³	keine Verträge nach § 112		
Schleswig-Holstein¹	31.03.1995	§ 112 Abs. 2 Nr. 2	gekündigt
	01.12.2003	§ 112 Abs. 2 Nr. 2	
	01.01.1992	§ 112 Abs. 2 Nr. 3	i.V.m. § 137
	31.03.1995	§ 112 Abs. 2 Nr. 4	
	31.03.1995	§ 112 Abs. 2 Nr. 5	(Rehabilitation)
Thüringen¹	01.01.2004	§ 112 Abs. 2 Nr. 1	
	01.06.1996	§ 112 Abs. 2 Nr. 3	i.V.m. § 137

¹ Quelle: http://aok.mediahost.de/m10/m10_04/m10_04_04/index.html

² Quelle: Homepages der Landeskrankenhausgesellschaften

³ Quelle: Anfrage bei Landeskrankenhausgesellschaft

Tabelle 2: Zustandekommen der Landesbasisfallwerte in den Bundesländern 2005-2007

Land	2005		2006		2007	
	von der Landesbehörde genehmigt	Art des Landesbasisfallwertes	von der Landesbehörde genehmigt	Art des Landesbasisfallwertes	von der Landesbehörde genehmigt	Art des Landesbasisfallwertes
Baden-Württemberg	zum 01.06.2005	VB	27.04.2006	VB	28.03.2007	VB
Bayern	13.05.2005	VB	29.05.2006	SSt	29.12.2006	SSt ¹
Berlin	01.09.2005	SSt	31.05.2006	VB	31.05.2006	VB
Brandenburg	13.05.2005	VB	02.05.2006	VB	21.02.2007	VB
Bremen	25.07.2005	SSt	21.03.2006	VB	26.03.2007	VB
Hamburg	29.06.2005	SSt	21.11.2006	SSt	12.02.2007	VB
Hessen	27.06.2005	VB	04.05.2006	VB	03.04.2007	VB
Mecklenburg-Vorp.	14.06.2005	VB	27.10.2006	SSt ¹	27.10.2006	SSt ¹
Niedersachsen	25.04.2005	SSt	14.02.2006	VB	08.12.2006	VB
Nordrhein-Westfalen	19.07.2005	SSt	11.05.2006	SSt	26.03.2007	VB
Rheinland-Pfalz	05.07.2005	VB	17.07.2006	SSt	17.07.2006	SSt
Saarland	26.04.2005	VB	16.06.2006	VB	28.02.2007	VB
Sachsen	25.05.2005	VB	08.05.2006	VB	02.04.2007	VB
Sachsen-Anhalt	20.07.2005	SSt	14.08.2006	VB	14.08.2006	VB
Schleswig-Holstein	29.04.2005	VB	12.04.2006	VB	28.03.2007	VB
Thüringen	29.06.2005	SSt	30.06.2006	VB	30.03.2007	VB

¹ Vereinbarung vor der Schiedsstelle

SSt Schiedsstelle

VB Vereinbarung

Quelle: eigene Zusammenstellung nach Daten der AOK (AOK)

Abkürzungsverzeichnis

AiP	Arzt im Praktikum
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AOP-Vertrag	Vertrag über das ambulante Operieren
AQS	Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin
AR-DRG	Australian Refined Diagnosis Related Groups (zweites nationales DRG-Klassifikationssystem in Australien)
BAT	Bundesangestelltentarif
BeitrEntIG	Beitragsentlastungsgesetz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BPfIV	Bundespflegesatzverordnung
BQS	Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung
BT-Drucks.	Bundestags-Drucksache
CMI	Case-Mix-Index (Fallschwere-Index)
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DMP	Disease Management Programm
DRG	Diagnosis Related Groups (diagnosebezogene Fallgruppen)
FPÄndG	Fallpauschalenänderungsgesetz
FPG	Fallpauschalengesetz
FPV	Fallpauschalenverordnung
FPVBE	Fallpauschalenverordnung besondere Einrichtungen
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
G-DRG	German- Diagnosis Related Group (deutsche diagnosebezogene Fallgruppen)
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung
GMG	Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung
GR 2000	Gesundheitsreform 2000
GRG	Gesundheitsreformgesetz
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KAiG	Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KH	Krankenhaus
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHNG	Krankenhaus-Neuordnungsgesetz
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität
LKG	Landeskrankenhausgesellschaften
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
PKV	Private Krankenversicherung
QV	Vereinbarung zur Qualitätssicherung
Rdnr.	Randnummer
RT-Vertrag	Vertrag über regelungsbedürftige Tatbestände
RVO	Reichsversicherungsordnung
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzgebung
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
SQS	Servicestelle Qualitätssicherung

StabG	Stabilisierungsgesetz
SVR	Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, (seit 2004: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen)
TEP	Totalendoprothese
TÜV	Technischer Überwachungs-Verein
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)

Literatur

- Alber, Jens (1992): Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland. Entwicklung Struktur und Funktionsweise. Frankfurt/Main [u.a.]: Campus.
- Altenstetter, Christa (1985): Krankenhausbedarfsplanung. Was brachte sie wirklich? München: Oldenbourg (Soziologie und Sozialpolitik, 6).
- Anderson, Charles W. (1979): Political Design and the Representation of Interests. In: Schmitter, Philippe; Lehbruch, Gerhard (Hg.): Trends Toward Corporatist Intermediation. Beverly Hills; London: SAGE Publications: 271-279.
- AOK: Landesbasisfallwerte. Online verfügbar unter <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bundesverband/krankenhaus/budgetverhandlung/landesbasisfallwert/>, zuletzt geprüft am 25.05.2007.
- Beske, Fritz; Brecht, Josef Georg; Niemann, Frank-Michael; Keuche, Leo (1990): Pilotprojekt "Qualitätssicherung in Krankenhäusern Schleswig-Holsteins". In: Das Krankenhaus, Jg. 82, H. 3: 140-141.
- Blanke, Bernhard; Kania, Helga (2000): Von der "Korporatisierung" zum "Wettbewerb". Gesundheitspolitischer Kurswechsel in den Neunzigern. In: Czada, Roland; Wollmann, Helmut (Hg.): Von der Bonner zur Berliner Republik. 10 Jahre deutsche Einheit. Leviathan, Sonderheft Nr. 19. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag: 567-591.
- Brenske, Michael; Schorn, Kai; Walger, Martin; Schlottmann, Nicole (2005): Der Gemeinsame Bundesausschuss - aktuelle und künftige Bedeutung für den Krankenhaussektor. In: Das Krankenhaus, Jg. 97, H. 3: 167-173.
- Bruckenberger, Ernst; Klaue, Siegfried; Schwintowski, Hans-Peter (2006): Krankenhausmärkte zwischen Regulierung und Wettbewerb. Berlin [u.a.]: Springer.
- Bundesministerium für Gesundheit (09.05.2007): Modellprogramm Förderung der medizinischen Qualitätssicherung des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin. Online verfügbar unter http://www.die-gesundheitsreform.de/presse/pressethemen/qualitaetssicherung/pdf/modellprogramm_qualitaetssicherung.pdf, zuletzt geprüft am 04.06.07.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Informationen zum Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000. Online verfügbar unter http://www.gesundheitspolitik.net/06_recht/gesetze/, zuletzt aktualisiert am 12.06.2003, zuletzt geprüft am 22.05.2007.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung: Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2004 - Amtliche Begründung zum Referentenentwurf. Fallpauschalenverordnung 2004 - KFPV 2004, vom angepasst an den Verordnungstext vom 13. Oktober 2003.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung: Verordnung zur Bestimmung besonderer Einrichtungen im Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2004 - Amtliche Begründung zum Referentenentwurf. FPVBE 2004, vom angepasst an den Verordnungstext vom 19. Dezember 2003.
- Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG). Begründung B. Besonderer Teil. Online verfügbar unter http://www.gesundheitspolitik.net/06_recht/gesetze/gesundheitsreform/GKV-WSG/GKV-WSG-Gesetzentwurf-Begrundung-BT.pdf, zuletzt geprüft am 4.5.2007.
- Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG). Begründung A. Allgemeiner Teil. Online verfügbar unter http://www.gesundheitspolitik.net/06_recht/gesetze/gesundheitsreform/GKV-WSG/GKV-WSG-Gesetzentwurf-Begrundung-AT.pdf, zuletzt geprüft am 4.5.2007.

- Busse, Reinhard; Riesberg, Annette (2005): Gesundheitssysteme im Wandel. Deutschland. Berlin: Med.-wiss. Verl.-Ges.
- Clade, Harald (2006): Krankenhäuser/Fallpauschalen. Umsetzung läuft planmäßig. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 103, H. 1-2: 17-20. Online verfügbar unter <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=49733>, zuletzt geprüft am 27.05.2007.
- Clemens, Thomas; Godschalk, Bettina; Heberlein, Ingo, et al. (Hg.) (2006): GKV-Kommentar. Heidelberg: R. v. Decker.
- Czada, Roland; Lütz, Susanne (2000): Marktconstitution als politische Aufgabe: Problemskizze und Theorieüberblick. In: Czada, Roland; Lütz, Susanne (Hg.): Die politische Constitution von Märkten. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag: 9-35.
- Czada, Roland; Wollmann, Helmut (Hg.) (2000): Von der Bonner zur Berliner Republik. 10 Jahre deutsche Einheit. In: Leviathan, 19. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Demmler, Gertrud; Neubauer, Günter (1989): Leistungssteuerung im Krankenhaus. Instrumente zur Sicherung der Qualität und Wirtschaftlichkeit in der stationären Versorgung. Überarb. u. gekürzte Fassung d. Forschungsberichts "Von der Leistung zum Entgelt - neue Ansätze zur Vergütung von Krankenhäusern". Landsberg/Lech [u.a.]: ecomed (Management und Ökonomie im Gesundheitswesen, 5).
- Deppe, Hans-Ulrich (2000): Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems. Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland. Frankfurt (Main): VAS.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft: Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. Stand 2007. Online verfügbar unter <http://www.dkgev.de/pdf/1717.pdf>, zuletzt geprüft am 02.05.2007.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft: DKG zum Referentenentwurf eines 2. Fallpauschalen-Änderungsgesetzes. Pressemitteilung vom 03.06.2004. Online verfügbar unter <http://www.dkgev.de/dkgev.php/cat/35/aid/945/title/DKG+zum+Referentenentwurf+eines+2.+Fallpauschalen-+ProzentC4nderungsgesetzes>, zuletzt geprüft am 22.05.2007.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft: Hinweise der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Ausbildungsfinanzierung nach § 17 a KHG für das Jahr 2007. Online verfügbar unter http://www.diakonie-fid.de/Download/RS064-07_Anlage1-Hinweise_DKG_Ausbildungsfinanzierung_16_03_2007.pdf, zuletzt geprüft am 26.05.2007.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft: Positionen der DKG zum ordnungspolitischen Rahmen des neuen Entgeltsystems nach § 17 b KHG. Ergänzende Stellungnahme der DKG zur Anfrage des BMG vom 18.10.2000 in Verbindung mit der Vorbereitung einer Krankenhausentgelt-Verordnung. Online verfügbar unter http://www.dkgev.de/alte_seite/pub/newpdf/dkg_entgeltsystem_5F25012001.pdf, zuletzt geprüft am 24.05.2007.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft; Spitzenverbände der Krankenkassen (15.04.2004): Gemeinsame Empfehlungen zum Prüfverfahren nach § 17 c KHG. Deutsche Krankenhausgesellschaft; Spitzenverbände der Krankenkassen. Online verfügbar unter http://medinfoweb.de/apps/webeditor//files/vereinbarung_17c_vom_20040415.pdf, zuletzt geprüft am 10.05.2007.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft; Spitzenverbände der Krankenkassen; Verband der Privaten Krankenversicherung (27. Juni 2000): Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems nach § 17 b KHG. Online verfügbar unter <http://www.g-drg.de/>, zuletzt geprüft am 22.05.2007.
- Deutscher Bundestag (02.01.2007): Finanzierung, Versorgungsstrukturen und Versorgungsqualität im Krankenhausbereich nach Einführung der diagnose-bezogenen Fallpauschalen (DRG). Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Elisabeth Scharfenberg, Birgitt Bender, weiterer Abgeordneter und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen. Deutscher Bundestag. (Drucksache, 16/3991), zuletzt geprüft am 25.05.2007.

- Deutscher Bundestag (11. 09. 2001): Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Entwurf eines Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz-FPG). Deutscher Bundestag (Drucksache), 11. 09. 2001, Nr. 14/6893, zuletzt geprüft am 22.05.2007.
- DKI; GEBERA; WIdO (Arbeitsgemeinschaft) (1988): Die Praxis der Pflegesatzvereinbarung. Ergebnisse der Begleitforschung. In: Das Krankenhaus, Jg. 80, H. 12: 563-566.
- Döhler, Marian; Manow, Philip (Oktober /1995): Formierung und Wandel eines Politikfeldes - Gesundheitspolitik von Blank zu Seehofer. Max-Planck- Institut für Gesellschaftsforschung. Köln. (MPIFG Discussion Paper, 95/6).
- Döhler, Marian; Manow-Borgwardt, Philip (1992): Gesundheitspolitische Steuerung zwischen Hierarchie und Verhandlung. In: Politische Vierteljahresschrift, H. 33: 571-596.
- Döhler, Marian; Manow-Borgwardt, Philip (1992): Korporatisierung als gesundheitspolitische Strategie. In: Staatswissenschaften und Staatspraxis, H. 3: 64-106.
- Düring, Ruth (1992): Das Schiedswesen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Baden-Baden: Nomos (Arbeits- und Sozialrecht, 21).
- Eberle, Martina; Groß, Frank; Heumann, Martin (2005): Entgeltverhandlungen 2005 – wird jetzt alles einfacher? Der Beginn der Verhandlungsrunde steht unmittelbar bevor. In: Das Krankenhaus, Jg. 97, H. 2: 106-115.
- Engelhard, Wolfgang; Gerlach, Werner; Noftz, Wolfgang, et al. (Hg.) (2004): SGB V Gesetzliche Krankenversicherung. Kommentar. Begründet von Karl Hauck: Erich Schmidt Verlag (2).
- Euler, Hans-Ulrich (2005): Entwicklung der DRGs in Deutschland. In: Hübner, Matthias; Mittelstaedt, Gert von (Hg.): Leitfaden DRG. Vergütungssystem für Klinikleistungen. 2., aktual. Aufl. Frankfurt (Main): Sanofi-Aventis Deutschland GmbH: 20-25.
- Fahlbusch, Jonathan I. (2004): Das gesetzgeberische Phänomen der Normsetzung durch oder mit Vertrag. Baden-Baden: Nomos (Arbeits- und Sozialrecht, 84).
- Gemeinsamer Bundesausschuss. Online verfügbar unter <http://www.g-ba.de/>, zuletzt aktualisiert am 29.05.2007, zuletzt geprüft am 05.06.2007.
- Geraedts, Max (2007): Auswirkungen der Qualitätsregulierung auf das Angebot von Krankenhausleistungen. In: Klauber, Jürgen; Beivers, Andreas (Hg.): Krankenhaus-Report 2006. Schwerpunkt: Krankenhausmarkt im Umbruch. Stuttgart: Schattauer: 187-203.
- Gerlinger, Thomas (2002): Zwischen Korporatismus und Wettbewerb: Gesundheitspolitische Steuerung im Wandel. Herausgegeben von Arbeitsgruppe Public Health. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Berlin. (P02-204).
- Gerlinger, Thomas (2007): Der Wandel der Interessenvermittlung in der Gesundheitspolitik. In: Rehder, Britta; Willems, Ulrich; Winter, Thomas von (Hg.): Der Wandel der Interessenvermittlung in Politikfeldern. im Erscheinen. Wiesbaden: VS.
- Gerlinger, Thomas; Rosenbrock, Rolf (2006): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. 2., vollst. überarb. u. erw. Aufl. Bern [u.a.]: Huber.
- Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen. KHEntgG, vom 29. 8.2005.
- Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz). GSG, vom 21. Dezember 1992. In: Bundesgesetzblatt Teil 1: 2266-2334.
- Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze. KHG, vom 22. 6.2005.
- Gesundheitsministerkonferenz (08.03.2007): Beschluss der 80. Gesundheitsministerkonferenz. Zukunft der Krankenhausversorgung. Gesundheitsministerkonferenz. Stuttgart. Online verfügbar unter <http://www.dkgev.de/pdf/1664.pdf>, zuletzt geprüft am 23.05.2007.

- Goedereis, Klaus (1999): Finanzierung, Planung und Steuerung des Krankenhausesektors. Dualistik und Monistik im Strukturvergleich. Lohmar [u.a.]: Eul.
- Hirsch, Joachim (1980): Der Sicherheitsstaat. Das 'Modell Deutschland' seine Krise und die neuen sozialen Bewegungen. Frankfurt (Main): Europ. Verl.-Anst.
- Hirsch, Joachim (1995): Der nationale Wettbewerbsstaat. Staat, Demokratie und Politik im globalen Kapitalismus. Berlin: Edition ID-Archiv.
- Igl, Gerhard (2002): Rechtlicher Rahmen der Qualitätssicherung im Krankenhaus. In: Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik in Europa (Hg.): Recht und Realität der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Rehabilitationseinrichtung - Krankenhaus - stationäre Pflegeeinrichtung; interdisziplinäre wissenschaftliche Tagung des Instituts für Sozialrecht und Sozialpolitik in Europa der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel der AOK Schleswig-Holstein und der LVA Schleswig-Holstein 22.-23. November 2001 Kiel; Wiesbaden: Chmielorz (Sozialpolitik in Europa, 10): 63-75.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (15.12.2006): Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2007. Abschlussbericht. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Siegburg. (Teil 1: Projektbericht). Online verfügbar unter <http://inek.customer.msimg.de/>, zuletzt geprüft am 24.05.2007.
- Jessop, Bob (1997): Die Zukunft des Nationalstaates: Erosion oder Reorganisation? Grundsätzliche Überlegungen zu Westeuropa. In: Becker, Steffen; Sablowski, Thomas; Schumm, Wilhelm (Hg.): Jenseits der Nationalökonomie? Weltwirtschaft und Nationalstaat zwischen Globalisierung und Regionalisierung. Berlin: Argument-Verl. (Das Argument Berlin / Sonderband, 249): 50-95.
- Klauber, Jürgen; Robra, Bernt-Peter; Schellschmidt, Henner (Hg.) (2004): Krankenhaus-Report 2003. Schwerpunkt G-DRGs im Jahre 1. Stuttgart: Schattauer.
- Köhler, Dietmar (1991): Gesetzliche Krankenversicherung und Krankenhäuser: Treffpunkt Pflegetätigkeit. Eine Untersuchung zur wirtschaftlicheren Betriebsführung von Krankenhäusern. Baden-Baden: Nomos (Schriften zur öffentlichen Verwaltung und öffentlichen Wirtschaft, 130).
- Leidl, Reiner; Schwefel, Detlef (1988): Bedarfsplanung und Selbstregulierung der Beteiligten im Krankenhauswesen. In: Gäfgen, Gérard (Hg.): Neokorporatismus und Gesundheitswesen. Symposium der Medizinisch-Pharmazeutischen Studiengesellschaft e.V. (MPS), Bonn. Baden-Baden: Nomos. Gesundheitsökonomische Beiträge: 187-207.
- Noweski, Michael (2004): Der unvollendete Korporatismus. Staatliche Steuerungsfähigkeit im ambulanten Sektor des deutschen Gesundheitswesens. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Berlin. (Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health).
- Rau, Ferdinand (2004): Start in die Konvergenzphase auf Kompromissweg. Vermittlungsausschuss erzielt Einigung zum 2. FPÄndG. In: Das Krankenhaus, Jg. 96, H. 12: 979-985.
- Rau, Ferdinand (2007): Was ändert sich für die Krankenhäuser mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz? In: Das Krankenhaus, Jg. 99, H. 3: 179-189.
- Regler, K. (1988): Erfahrungen mit dem Steuerungssystem im Krankenhausbereich. Ergänzende Stellungnahme aus der Praxis. In: Gäfgen, Gérard (Hg.): Neokorporatismus und Gesundheitswesen. Symposium der Medizinisch-Pharmazeutischen Studiengesellschaft e.V. (MPS), Bonn. Baden-Baden: Nomos. Gesundheitsökonomische Beiträge: 209-216.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1989): Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung. Vorschläge für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Baden-Baden: Nomos. (Jahresgutachten, 1989).
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1990): Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitsversorgung. Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Baden-Baden: Nomos. (Jahresgutachten, 1990).

- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1992): Ausbau in Deutschland und Aufbruch nach Europa. Jahrgutachten 1992. Baden-Baden: Nomos.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Baden-Baden: Nomos.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Selbmann, H.K. (1989): Qualitätssicherung in der Bundesrepublik Deutschland. In: Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel (Hg.): Bericht über die Tagung Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Kiel 21. - 25. November 1988. Kiel: Schmidt u. Klaunig. Schriftenreihe: 100-112.
- Sell, Stefan (2001): Gesundheitspolitik im Spannungsfeld von Bundesländern und Krankenkassen. In: Eckart, Karl; Jenkis, Helmut (Hg.): Föderalismus in Deutschland. Berlin: Duncker & Humblot (Schriftenreihe der Gesellschaft für Deutschlandforschung, 79): 255-277.
- Sell, Stefan (2002): DRG-Finanzierung und Krankenhausbedarfsplanung. In: Zeitschrift für Sozialreform, Jg. 48, H. 2: 164-188.
- Simon, Michael (1997): Das Krankenhaus im Umbruch. Neuere Entwicklungen in der stationären Krankenversorgung im Gefolge von sektoraler Budgetierung. Berlin (Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, P97-204).
- Simon, Michael (2000): Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Historische Entwicklung und Probleme der politischen Steuerung stationärer Krankenversorgung. Opladen; Wiesbaden: Westdeutscher Verlag (Studien zur Sozialwissenschaft, 209).
- Simon, Michael (2005): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. Bern, [u.a.]: Huber.
- Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch. SGB V (1989).
- Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch. SGB V, vom 01.05.2007.
- Stapf-Finé, Heinz; Polei, Günther (2002): Die Zukunft der Krankenhausplanung nach der DRG-Einführung. In: Das Krankenhaus, Jg. 94, H. 2: 96-107.
- Steiner, Peter; Mörsch, Michael (2005): Kritische Bestandsaufnahme der Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. In: Das Krankenhaus, Jg. 97, H. 6: 473-477.
- Tuschen, Karl Heinz; Quaas, Michael (1993): Bundespflegesatzverordnung. Kommentar mit einer umfassenden Einführung in das Pflegesatzrecht. Köln: Kohlhammer.
- Tuschen, Karl Heinz; Quaas, Michael (1996): Bundespflegesatzverordnung. Kommentar mit einer umfassenden Einführung in das Recht der Krankenhausfinanzierung. 3., überarb. Aufl. Köln: Kohlhammer.
- Tuschen, Karl Heinz; Trefz, Ulrich (2004): Krankenhausentgeltgesetz. Kommentar mit einer umfassenden Einführung in die Vergütung stationärer Krankenhausleistungen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Urban, Hans-Jürgen (2001): Wettbewerbskorporatistische Regulierung im Politikfeld Gesundheit. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und die gesundheitspolitische Wende. Herausgegeben von Arbeitsgruppe Public Health. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Berlin. (P01-206).
- Urban, Hans-Jürgen (2003): Wettbewerbskorporatismus und soziale Politik. Zur Transformation wohlfahrtsstaatlicher Politikfelder am Beispiel der Gesundheitspolitik. Inauguraldissertation. Marburg. Philipps-Universität, Fachbereich Gesellschaftswissenschaft und Philosophie.
- Veith, Dagmar (1988): Machtpotentiale der Interessengruppen und des Staates in der gesetzlichen Krankenversicherung. Gestalt und Auswirkungen des Korporatismus in der GKV. Regensburg: Roderer (Theorie und Forschung / Soziologie, 4).

-
- Vereinbarung Entgeltsystem. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Online verfügbar unter <http://inek.customer.msim.de/>, zuletzt geprüft am 24.05.2007.
- Vertrag gemäß § 137 SGB V i.V.m. § 112 Abs. 1 SGB V über die externe Qualitätssicherung in der stationären Versorgung. Online verfügbar unter http://www.aok-gesundheitspartner.de/inc_ges/download/dl.php/hh/krankenhaus/imperia/md/content/partnerkrankenhaus/pdf2/hh_112abs1_137_vom_01_03_91.pdf, zuletzt geprüft am 14.04.2007.
- Vertrag über die Entwicklung geeigneter Qualitätssicherungsmaßnahmen in Krankenhäusern nach § 137 SGB V sowie über das Zustandekommen entsprechender Umsetzungsvereinbarungen (Kuratoriumsvertrag) (01.01.2001): Online verfügbar unter http://www.bqs-online.com/download/vertraege/Kuratoriumsvertrag_06.12.2002.pdf, zuletzt geprüft am 01.06.2007.
- Vollmer, Rudolf J.; Hoffmann, Gerd (1987): Staatliche Planung und Vertragsfreiheit im neuen Krankenhausrecht. Melsungen: Bibliomed.
- Wanek, Volker (1994): Machtverteilung im Gesundheitswesen. Struktur und Auswirkungen. Frankfurt (Main): VAS.
- Wasem, Jürgen; Vincenti, Aurelio (2000): Monistische Krankenhausfinanzierung. Vorstellungen des Gesetzgebers, Konsequenzen. In: Arnold, Michael; Litsch, Martin; Schwartz, Friedrich Wilhelm (Hg.): Krankenhaus-Report '99. Schwerpunkt: Versorgung chronisch Kranker. Stuttgart[u.a.]: Schattauer: 231-243.

In der Reihe

Diskussionspapiere des Instituts für Medizinische Soziologie
sind bisher erschienen:

- | | | |
|----------|--|-----------------------|
| 2005 – 1 | Rolf Schmucker: Die deutsche Arzneimittelzulassung im europäischen Wettbewerb | Schutzgebühr 1,50 EUR |
| 2006 – 1 | Kai Mosebach: Patienten auf dem Weg zur Macht? Ergebnisse rot-grüner Gesundheitspolitik | Schutzgebühr 2,50 EUR |
| 2007 – 1 | Thomas Gerlinger, Kai Mosebach, Rolf Schmucker: Wettbewerbssteuerung in der Gesundheitspolitik : Die Auswirkungen des GKV-WSG auf das Akteurshandeln im Gesundheitswesen | Schutzgebühr 1,50 EUR |
| 2007 – 2 | Thomas Gerlinger: Soziale Ungleichheit von Gesundheitschancen: Anmerkungen zum Beitrag der Gesundheitspolitik | Schutzgebühr 2,00 EUR |
| 2008 – 1 | Katharina Böhm: Politische Steuerung des Gesundheitswesens: Die Rolle von Korporatismus und Wettbewerb im Krankenhaussektor | Schutzgebühr 5,00 EUR |

Die Diskussionspapiere sind gegen eine Schutzgebühr erhältlich bei:

Fachbereich Medizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität

Institut für Medizinische Soziologie

Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt a. M.

Tel.: (0 69) 6301-76 10 / Fax: (0 69) 63 01-66 21