

Ordnungspolitischer Rahmen ab 2009 im Krankenhausbereich

Das Modell des BKK Systems / 26. September 2007 / Kurzfassung

	Seite		Seite
1 Wettbewerb ist Mittel zum Zweck und wird als solches für mehr Qualität, Bedarfsorientierung und Effizienz in den Mittelpunkt des ordnungspolitischen Rahmens gestellt.	3	3.2 Staatliche Investitionsförderung kollidiert mit dem DRG-System.	10
2 Im Zentrum steht die Liberalisierung und Individualisierung des Vertragsrechts.	3	3.3 Leistungsdifferenzierte DRG-Aufschläge dienen als Orientierungsgröße.	10
2.1 Frei verhandelte Verträge im Rahmen eines liberalisierten und individualisierten Vertragsrechts stellen künftig die erste Option im Krankenhaus-Vertragsgeschäft dar.	3	3.4 Wie viel investiert wird, entscheidet sich im Wettbewerb.	10
2.2 Das KHG, das KHEntG und die BPfIV dienen übergangsweise als erste Rückfalllinie und schützen vor vertragslosen Zuständen.	4	3.5 Beim Übergang von der Dualistik auf die Monistik werden Belastungen der GKV ausgeglichen.	10
2.3 Der Landesbasisfallwert als zweite Rückfalllinie ist die Entgeltform bei vertragslosen Zuständen aufgrund geringer Belegung.	5	3.6 „Investitionsstaus“ oder ungleiche „Startbedingungen“ stehen der Monistik nicht entgegen.	10
2.4 Die Konvergenzphase wird wie vorgesehen im Jahr 2009 beendet.	5	3.7 Wettbewerbsverzerrungen zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten werden überwunden.	10
2.5 Staatliche Preisvorgaben werden ausgeschlossen.	5	3.8 Ausschließlich das Krankenhaus entscheidet über Investitionen.	11
2.6 Es gilt das allgemeine Wettbewerbsrecht (GWB und UWG).	6	4 Die Krankenhausplanung zur Sicherstellung der Versorgung im Sinne der Daseinsvorsorge durch die Länder wird so weiterentwickelt, dass sie die Handlungsspielräume für die Akteure im Wettbewerb erweitert.	11
2.7 Leistungsverträge sind vorrangig auszuschreiben.	6	4.1 Die kapazitäts- und leistungserbringerbezogene Standortplanung wird durch den leistungs- und krankenkassenbezogenen Kontrahierungszwang ersetzt.	11
2.8 Krankenkassen können sich weiterhin zu im Wettbewerb handlungsfähigen Verhandlungsgemeinschaften zusammenschließen.	6	4.2 Die Methoden der Rahmenplanung werden auf Bundesebene abgestimmt.	11
2.9 Bundes- oder Landesbasisfallwert: Diese Frage verliert künftig an Bedeutung.	6	4.3 Die Länder erlassen konkrete Vorgaben an die Krankenkassen, deren Umsetzung überprüfbar ist.	12
2.10 Die Wahloptionen für die Versicherten und die Möglichkeiten zur Steuerung der Inanspruchnahme durch die Krankenkassen werden als wichtige Instrumente für einen funktionsfähigen Wettbewerb ausgebaut.	6	4.4 Die Planung von konkreten Standorten wird explizit ausgeschlossen.	12
2.11 Die Wahlfreiheit für die Versicherten wird gestärkt.	7	4.5 Nach wie vor ist der Konsens aller Beteiligten auf Landesebene zu suchen.	13
2.12 Die Pflicht zur Lieferung der für die Krankenhausplanung, die Qualitätssicherung und die Weiterentwicklung des DRG-Systems erforderlichen Daten bleibt erhalten.	7	4.6 Es bleibt bei der Letztentscheidung des Landes bei der Rahmenplanung.	13
2.13 Vertragswettbewerb setzt konkrete positive Anreize für Individualverträge.	8	4.7 Die Trägervielfalt bleibt gerade im Wettbewerb erhalten.	13
2.14 Vertragswettbewerb sichert den Zugang zum medizinisch-technischen Fortschritt. Zur Sicherstellung eines Mindestversorgungsniveaus bezogen auf neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gelten weiterhin die bundesweiten Vorgaben.	8	4.8 Defizitfinanzierungen bleiben weiterhin möglich, soweit Europa- bzw. Wettbewerbsrecht dies erlauben.	13
2.15 Vertragswettbewerb sichert den zeitnahen Zugang zur Versorgung. Zur Sicherstellung eines Mindestversorgungsniveaus in Bezug auf den zeitnahen Zugang zur Versorgung werden durch den Staat auf Bundesebene allgemeine und auf Landesebene konkrete Normen gesetzt.	9	4.9 Durch die Aufhebung der staatlichen Krankenhausplanung und die Vertragsfreiheit wird Newcomer-Wettbewerb besser ermöglicht.	14
2.16 Vertragswettbewerb stärkt das Solidarprinzip in der GKV. Der Leistungskatalog der GKV bleibt als solidarisch finanzierter Mindestleistungskatalog unberührt.	9	5 Die Qualitätssicherung als wichtige Voraussetzung für einen funktionsfähigen Wettbewerb wird ausgebaut, leistungsreichsübergreifend und transparenter ausgestaltet. Hierbei werden verstärkt Routinedaten genutzt.	14
2.17 Vertragsfreiheit bietet Chancen und Risiken für jeden einzelnen Akteur. Insgesamt werden Bedarfsgerechtigkeit, Qualität und Effizienz gesteigert, aber auch Wachstumschancen eröffnet. Defizitfinanzierungen von wirtschaftlichen Krankenhäusern werden überwunden.	9	5.1 Wettbewerb fördert Qualität.	14
3 Die Monistik wird als ökonomisch sinnvollere Lösung zur Investitionsrefinanzierung beitragsstabil eingeführt.	10	5.2 Reiner „Qualitätswettbewerb“ ist eine Fiktion. Echter Qualitätswettbewerb kommt im Vertragswettbewerb zum Tragen. Zur Sicherstellung eines qualitativen Mindestversorgungsniveaus gelten weiterhin die bundesweiten Qualitätsvorgaben.	15
3.1 Monistik fördert effiziente Entscheidungen.	10	5.3 Transparenz ist entscheidend für die Qualitätssicherung und den Wettbewerb. Sie wird konsequent umgesetzt.	15
		5.4 Qualität endet nicht bei der Entlassung aus dem Krankenhaus. Die Qualitätssicherung wird leistungsbereichübergreifend ausgebaut.	15
		5.5 Versicherte können Qualität gut einschätzen. Ihre Zufriedenheit soll stärkere Beachtung finden.	16
		5.6 Routinedaten werden stärker genutzt und ausgebaut.	16
		5.7 Das Land kontrolliert die Umsetzung der Qualitätsvorgaben.	16