

Wettbewerbsproblematik im Krankenhausbereich – Bedingungen und Grenzen selektiven Kontrahierens

Herbert Rebscher

1. Selektives Kontrahieren – Von Hoffnungen und Enttäuschungen

Die Suche nach der effizienten Mittelallokation beherrscht die gesundheitspolitische Debatte. Die gesundheitsökonomisch diskutierten Steuerungs- und Honorierungssysteme dienen ausschließlich der Suche nach geeigneten Anreizen, um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu optimieren.

Eines der diskutierten Instrumente ist die Einführung stärker wettbewerblich orientierter Gestaltungsmöglichkeiten der Akteure. Mit Wettbewerb verbinden wir im Allgemeinen die Erweiterung von Handlungsoptionen aller Akteure, Suchprozesse für angebotene Waren und Dienstleistungen, immanente Innovationsanreize und unternehmenspolitische Strategien. Kurz, wir verstehen Wettbewerb als „Entdeckungsverfahren“¹ und hoffen darauf, dass trotz aller konkreten Konflikte in der Dynamik von Wirtschaftssystemen die Wettbewerbswirtschaft daraus ihre politische Akzeptanz und die Akzeptanz bei den Kunden zieht.

Im Gesundheitswesen wirkt dieser Mechanismus jedoch nur begrenzt²: Auf der einen Seite bringt er die Erweiterung der Wahloptionen zwischen verschiedenen Versicherungsalternativen, deren jeweiligem Leistungsportfolio und deren Serviceorientierung. Auf der anderen Seite entsteht bei der konkreten Leistungsanspruchnahme aus der Perspektive des Patienten eine empfindliche Begrenzung und Einengung vorhandener Wahloptionen gegenüber den freien Zugangsrechten des Kollektivvertrags.

Die Debatte um selektives Kontrahieren, als dem zentralen Wettbewerbsinstrument im Gesundheitswesen, muss diesem Faktum Rechnung tragen, wenn es zielführend in ein System implementiert werden soll, das sich traditionell durch die Freiheit der Wahl unabhängiger Leistungserbringer durch die Patienten selbst und durch die Freiheit der Leistungserbringer bei der Wahl der von ihnen verantworteten Therapie, gemäß des festgestellten medizinischen Bedarfs

¹ Hayek, F.A., 1969, S. 249

² Noch kritischer: Binswanger, M., 2010

des Patienten, auszeichnet, ohne dass die Beteiligten dabei Rücksicht auf Vertragsverhältnisse Dritter, z.B. der Krankenkassen, nehmen müssen.

Mit Blick auf die wettbewerbstheoretischen Annahmen, die für die Selbststeuerungsfähigkeit von Wettbewerbsmärkten entscheidend sind³, zeigt sich, dass wir vor der einfachen Übertragung dieser wettbewerbstheoretischen Annahmen auf die Bedingungen der gesundheitlichen Versorgungszusammenhänge nur warnen können.

Nicht erst durch die Finanzmarktkrise ist Wissenschaft und Politik vorsichtiger gegenüber dem naiven Postulat der „Selbststeuerung von Märkten“ geworden. Die analytisch ambitionierte ökonomische Literatur hat diese Begrenzung der modelltheoretischen Annahmen der Effizienz von Märkten gegenüber alternativen Formen der Koordination längst eindrucksvoll belegt, sodass wir gut daran tun, bei der Beurteilung wettbewerblicher Steuerungsansätze im Gesundheitswesen eine differenzierte Analyse zugrunde zu legen. Wichtig ist dabei, dass man die Beurteilungskriterien explizit nennt und daran auch Chancen und Risiken alternativer Strategien misst und dies der Beurteilung zugrunde legt.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung des Gesundheitswesens legte in seinem Jahresgutachten 2005 eine überaus differenzierte Analyse korporativer Koordinationen im Vergleich zu den Möglichkeiten „selektiven Kontrahierens“ vor. Der Rat verweist dabei auf die mangelnde Empirie der theoretisch als vorteilhaft bezeichneten Alternativen und kommt zu dem Schluss: „eine aussichtsreiche Alternative (zur korporativen Koordination), die eine theoretische Fundierung besitzt und sich – auch aus internationaler Perspektive – auf empirische Evidenz stützen kann, erscheint noch nicht in Sicht.“^{4,5}

Hoffnungen und Enttäuschungen begleiteten die nunmehr 20jährige Debatte um die Einführung verstärkt wettbewerblicher Elemente in das System der sozialen Krankenversicherung. Auf der einen Seite stehen tausende selektivvertragliche Einzelverträge von Kassen in den unterschiedlichen Sektoren und mit einer Vielzahl beteiligter Leistungserbringer für ein Modell des selektiven Kontrahierens⁶. Andererseits hat der Gesetzgeber – quer zu allen Fachdebatten – immer

³ Vgl. dazu: Rice, Th., 2004

⁴ SVR, 2005; Wille, E., 2006, S. 427 ff

⁵ Tesic, D., 2005, Kritisch auch: Rosenbrock, R., Gerlinger, Th., 2006, S. 282 u. 288

⁶ Cassel, D. u.a., 2008, Vertragswettbewerb in der GKV, WidO

wieder Elemente der öffentlichen Regulierung präzisiert und kollektivvertragliche Lösungen geschaffen.

Beispiele hierfür durchziehen alle Teilbereiche und im übrigen auch alle politischen „Farbenspiele“ in den jeweiligen Koalitionen:

Die Einführung eines Einheitsbeitragssatzes hat die Einnahmeseite der Krankenkassen schlicht verstaatlicht. Die Einführung eines Zentralverbandes (GKV-Spitzenverband) hat weitere Schritte der Vereinheitlichung provoziert und auch organisatorisch möglich gemacht, wie z. B. die zunehmend zentralen Verhandlungsstrukturen im ambulanten Bereich zeigen. Die rechtlichen Bedingungen für eine verstärkt hausarztzentrierte Versorgung kann wettbewerblich genauso wenig überzeugen, wie die aktuelle Diskussion um die Finanzierung präventiver Maßnahmen. Immer wieder hat der Gesetzgeber auch die Verhandlungsergebnisse der gemeinsamen Selbstverwaltung im nachhinein durch honorarpolitische Einflussnahmen (in der Regel milliardenschwere Aufbesserungen) korrigiert. Die aktuelle Diskussion um eine Erweiterung der Krankenhausplanung um eine regionale Versorgungsplanung mit Stimmrecht der jeweiligen Landesbehörde zeigt, wie wenig die Politik wettbewerblichen Suchprozessen vertraut. Die Liste ließe sich beliebig verlängern.

Warum ist das so? Warum haben wir eine derartige Diskrepanz zwischen wettbewerblicher Rhetorik und praktisch subtil verfeinerter Regulierung? Es gilt, die Bedingungen unter denen wettbewerbliche Instrumente in einem auf Solidarität und populationsorientierte Versorgungsqualität gerichteten System, akzeptierbar und einen Mehrwert produzierend, im Einzelnen zu klären.

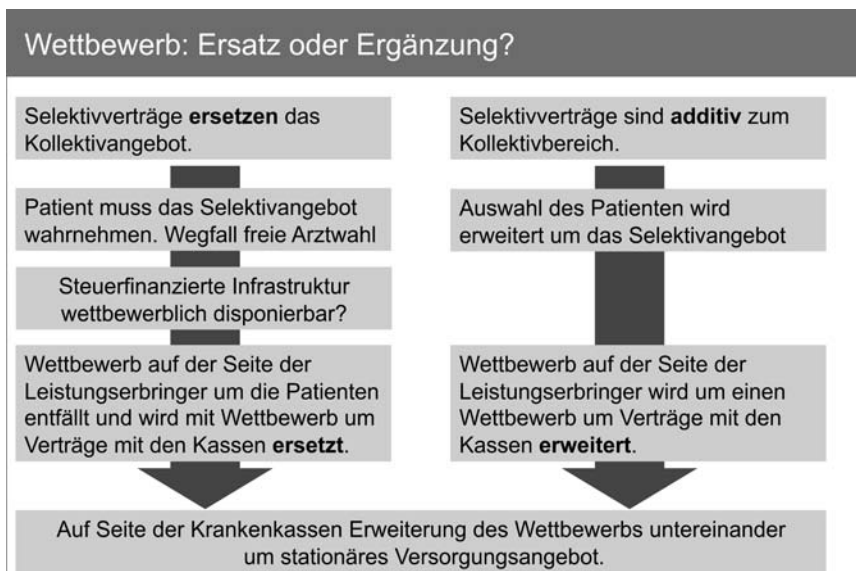
Speziell für den, aus vielerlei Gründen sensiblen, stationären Sektor gilt es, den Bedingungsrahmen selektiven Kontrahierens sorgfältig zu analysieren, um die Vorteile des Konzeptes und die Akzeptanz für dieses Konzept herauszuarbeiten.

2. Bedingungsrahmen selektiven Kontrahierens

2.1 Politische Realitäten anerkennen

Unabhängig von der Rechtsform der einzelnen Krankenhäuser gilt für den Krankenhaussektor als Ganzes, dass er politisch verantwortet werden muss. Diese juristisch ausformulierte Verantwortung wird durch das Faktum der öffentlichen Erwartungen eher noch verstärkt. Es ist auch ökonomisch eine mindestens kühne Position eine öffentlich verantwortete, und mit Steuermitteln öffentlich finanzierte Infrastruktur in einem wettbewerblichen Ausschlussprozess via selektiven Kontrahierens zur Disposition zu stellen.⁷

Abbildung 1: Wettbewerb: Ersatz oder Ergänzung des Kollektivvertrages?



Quelle: Eigene Darstellung

Diese Widersprüche wären natürlich technisch auflösbar, fragt sich nur, wer welche politischen Mehrheiten für die systematisch wettbewerbliche Organisati-

⁷ Für die nun schon über 20jährige Diskussion dieser Fragen öffentlicher Verantwortung: Bericht der Kommission Krankenhausfinanzierung der Robert Bosch Stiftung, Bd 20, insbes. Bd 21 „Krankenhausfinanzierung in Selbstverwaltung – Verfassungsrechtliche Beurteilung“

on des stationären Sektors organisieren will. Im jetzigen System einer öffentlichen Planung, einer steuerfinanzierten Investition und zukünftig noch einer regionalen Versorgungsplanung muss das Konzept selektiven Kontrahierens darauf Rücksicht nehmen.

Das heißt, selektives Kontrahieren kann die so gestaltete Angebotsstruktur nicht wettbewerblich ersetzen, sondern im konkreten Versorgungszusammenhang sinnvoll ergänzen.

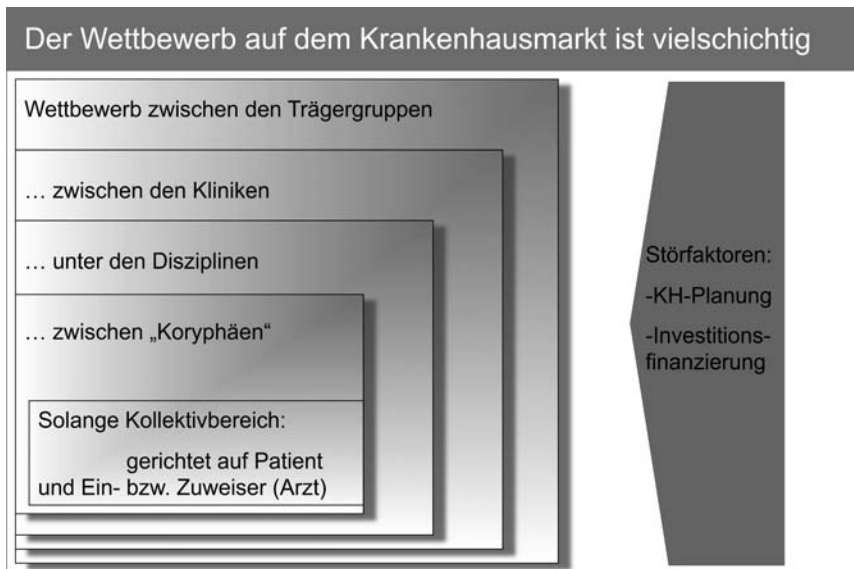
2.2 Argumentation präzisieren

Die Diskussion um selektives Kontrahieren im Krankenhausbereich verwendet den Begriff Krankenhaus ohne hinreichend zu unterscheiden, was oder wer der Adressat eines selektiven Kontraktes sein soll.

Aus den Erfahrungen der integrierten Versorgung haben wir gelernt, dass der konkrete Versorgungsvertrag immer eine sehr konkrete Beschreibung des zu lösenden Problems, der beschriebenen Indikation, der beteiligten Akteure und des definierten Versorgungsziels zum Inhalt hat. Im Krankenhausmarkt gilt das regelhaft nicht für die Großeinrichtung Krankenhaus (als Ganzes) mit einer Vielzahl differenzierten Fachabteilungen und Strukturen, sondern nur für Teilsegmente des Leistungsportfolios dieses Krankenhauses. Wenn Wettbewerb inhaltlich, d. h. durch Qualität, Versorgungseffizienz und die Einbindung in eine regionale Versorgungsstruktur, zielführende Strukturen aufbauen soll, muss zwischen diesen unterschiedlichen Leistungsebenen eines Krankenhauses streng differenziert werden.

So wird es dann eben kaum selektive Verträge mit Krankenhaus-Trägergruppen oder einzelnen Kliniken geben. Es werden in der Regel sehr konkrete Indikationsstellungen, mindestens jedoch einzelne Fach-Disziplinen, vielleicht auch konkrete Akteure Gegenstand eines selektiven Kontraktes sein können. Nur in der konkreten Definition, was mit dem selektiven Vertragsmodell erreicht werden soll, ist der Nutzen definierbar und Evaluation sinnvoll.

Abbildung 2: Adressaten des Wettbewerbs im Krankenhausbereich



Quelle: Eigene Darstellung

2.3 Unterschiedliche Perspektiven respektieren

In den Guidelines für gute ökonomische Evaluation wird die Nennung der Perspektive des Analytikers regelhaft eingefordert. Dies klärt, welchem Ziel die Argumentation dient und von welcher Warte aus die Analyse erfolgt. Das gilt auch für die ökonomische Bewertung selektiven Kontrahierens.

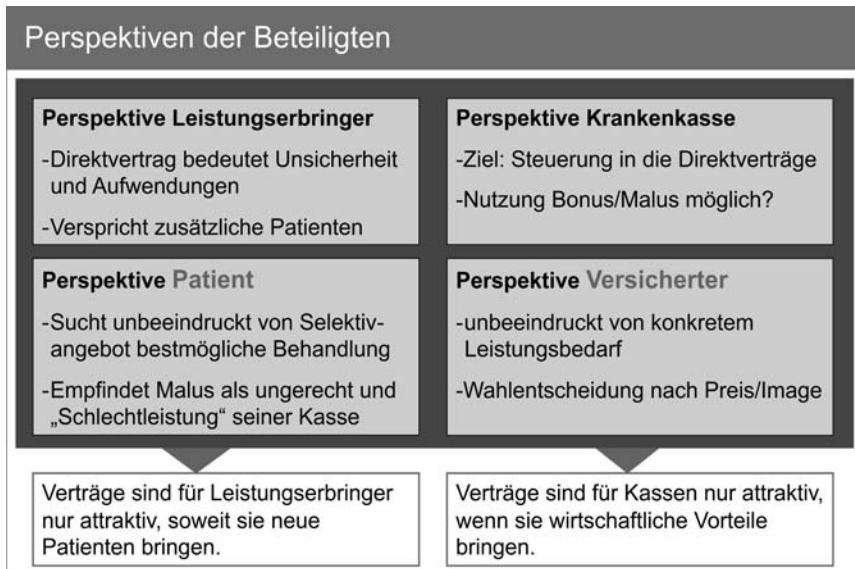
Die Perspektive der Beteiligten unterscheidet sich in mehrfacher Hinsicht: Für den Patienten ist z. B. eine angemessene Entfernung zum Krankenhaus eine höchst rationale Perspektive. Für die regional verantwortliche Politik ist der Arbeitgeber Krankenhaus und die mit ihm verbundene mittelständische regionale Wirtschaft und das so generierte Steueraufkommen mindestens genauso bedeutsam wie die Versorgungsinfrastruktur im regionalen Kontext.

Für das Krankenhaus sind die betriebswirtschaftlichen Überlebensbedingungen eine höchst rationale ökonomische Perspektive. Für die Krankenkassen ist neben dem Versorgungskontext auch die Frage von Qualität und Effizienz der

Versorgungsstrukturen und ihrer Einbindung in einen überregionalen Versorgungszusammenhang von Bedeutung.

Die unterschiedlichen Perspektiven ließen sich beliebig erweitern⁸, wenn man die Effekte der Krankenhausstruktur im Blick auf vor- und nachgelagerte Sektoren des Gesundheitswesens erweitern oder die Effekte für die soziale Krankenversicherung in Bezug auf andere Sozialversicherungszweige oder die Konsequenzen für eine öffentliche Budgetbelastung einbeziehen wollte. Neben der ökonomischen Perspektive sind mindestens die medizinische und die politische Perspektive gleichberechtigte Argumentationsgrundlagen.

Abbildung 3: Perspektiven der Beteiligten



Quelle: Eigene Darstellung

Für unsere Fragestellung gilt festzuhalten: Zum Bedingungsrahmen selektiven Kontrahierens durch die Beteiligten gehört die seriöse Beurteilung unterschiedlicher Perspektiven im regionalen Versorgungszusammenhang.

⁸ Rebscher, H., 2011, S. 348

2.4 Methodik schärfen

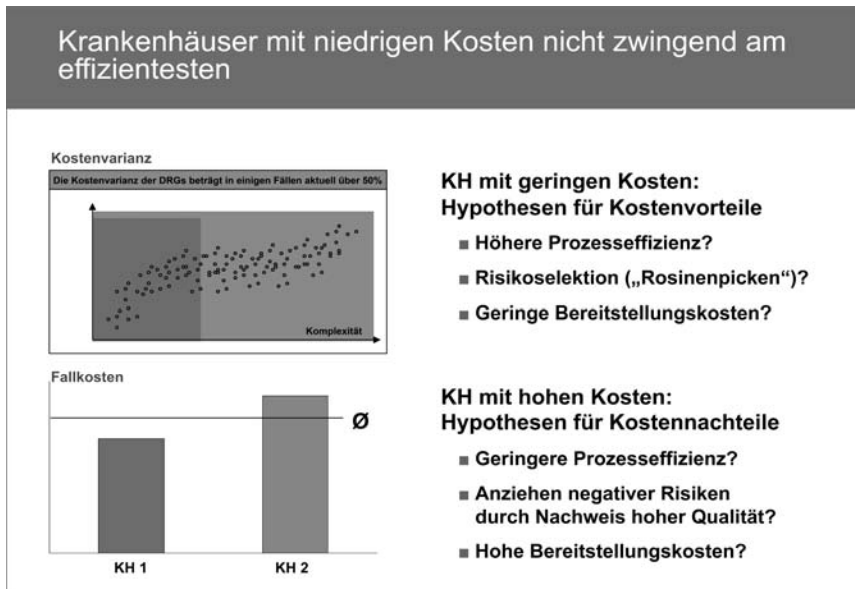
Der Planungs-, Regulierungs- und Steuerungsprozess im stationären Sektor wird durch eine Abfolge durchaus methodisch anspruchsvoller Instrumente gekennzeichnet, die sich jeweils in einem differenzierten und arbeitsteiligen Entwicklungsprozess befinden. Selektives Kontrahieren muss diese methodischen Vorgaben aufnehmen und in den jeweils exklusiven Versorgungsvertrag transportieren.

So folgt die öffentliche Angebotsplanung einem mehr oder weniger differenzierten Modell einer populationsorientierten Morbiditätsschätzung (wenigstens in seiner ambitionierten Form) und wird durch die zukünftige Versorgungsstrukturplanung unter Einschluss des ambulanten Versorgungsgeschehens und der spezial-fachärztlichen Versorgung an Komplexität zunehmen.

Auf einer zweiten Ebene folgt die Entscheidung zum generellen Leistungsportfolio in stationären Einrichtungen einer methodisch ebenfalls anspruchsvollen und im Entwicklungsprozess befindlichen Nutzenbewertung was (z. B: Protonentherapie etc.) auch zu Rückwirkungen auf die Kapazitätsplanung (Stichwort Innovationszentren) haben wird.

Schließlich ist das Konzept der DRGs im Grunde ein methodisch anspruchsvolles Klassifikationsmodell mit dem Ziel, die Homogenität innerhalb von Clustern zu optimieren und die Varianz, also den Unterschied der einzelnen Ausprägung zum kalkulierten Clusterdurchschnitt, zu minimieren. Die Historie des Einführungsszenarios der DRGs in Deutschland war nicht zuletzt vom Bemühen geprägt, die Varianz durch Einführen neuer DRGs und Differenzierung in Schweregrade und Co-Morbiditäten oder durch Kalkulation von Zusatzentgelten zu optimieren. Trotzdem bleiben Unschärfen, die für selektive Vertragsmodelle Fragen aufwerfen.

Abbildung 4: Das Varianzproblem



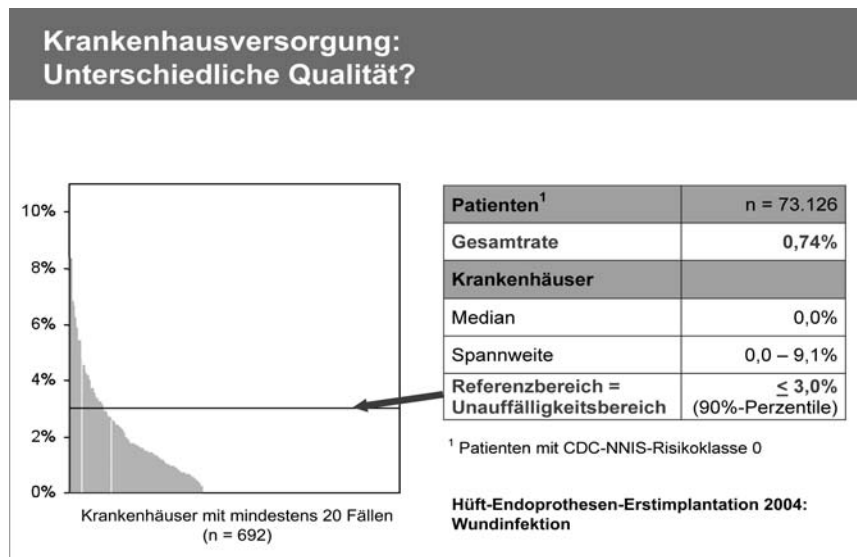
Quelle: Eigene Darstellung

Schließlich ist die Wirtschaftlichkeit nur im Verhältnis von Kosten und Nutzen zu definieren, weshalb das Konzept der Qualitätsmessung und die Suche nach geeigneten Qualitätsindikatoren ein zunehmend etabliertes wie anspruchsvolles Unterfangen darstellt. Gerade weil bezüglich des Problems des Umgang mit Varianz in Klassifikationssystemen bei einem nicht zufallsverteilten Patientenkollektiv (Hochrisikofälle) nach 10 Jahren DRG-Erfahrung differenzierte Erkenntnisse vorliegen und institutionelle Vorkehrungen (InEK) etabliert sind, stellt die Selektion eines kassen- und indikationsbezogenen Ausschnitts aus dem Leistungsportfolio des Krankenhauses kein triviales Unterfangen dar.

Für die Messung und Bewertung der Qualität wurden bereits wichtige Vorarbeiten geleistet. Es gibt für eine Vielzahl von differenzierten Indikatoren, entwickelte Qualitätskriterien, Messmethoden und (veröffentlichte) Vergleichsdaten (Rankings). Einfache Vergleiche in Qualitätsrankings sind jedoch für das Konzept des selektiven Kontrahierens nur eine notwendige, längst noch keine hin-

reichende Bedingung für konkrete Vertragsentscheidung oder deren nachhaltig akzeptierte Begründung.

Abbildung 5: Qualitätsranking



Quelle: BQS

Die Begrenztheit der Aussagen bezüglich des ökonomischen Vergleichs wie auch des qualitativen Vergleichs, trotz anspruchsvoller methodischer Ansätze, richtet den Blick auf den fairen Vergleich bezüglich der Wirtschaftlichkeit (Kosten und Qualität) als Auswahlkriterium selektiver Vertragsmodelle.

2.5 Fair bleiben

Faire Vergleiche bedürfen der Risikoadjustierung. Dafür wurden, insbesondere auch im Zusammenhang mit der Entwicklung der DRGs, in der Debatte um Qualitätsindikatoren und im Rahmen der Versorgungsforschung, wichtige methodische Entwicklungen eingeleitet und vorbereitet.

Die Notwendigkeit der Risikoadjustierung gilt übrigens für alle Klassifikationsmodelle, ob dies DRGs als Grundlage der Honorierung von Krankenhaus-

leistungen sind, ob dies die HMGs (im RSA) als Grundlage für die möglichst risikoäquivalente Zuweisung von Finanzmitteln an Krankenkassen sind oder ob dies Morbiditätsklassifikationen zur Honorarentwicklung im ambulanten Bereich sind. Nur die methodische Güte des Instrumentariums schafft die Akzeptanz bei Betroffenen.

Für das DRG-System selbst kann man heute festhalten, dass der Entwicklungsprozess über nun 10 Jahre zu einer durchaus differenzierten Abbildung der konkreten Leistung eines Krankenhauses (ausgedrückt in Case Mix Punkten) geführt hat, die für weite Teile der Versorgungswirklichkeit Akzeptanz findet und nur noch in Nischen (Hochkostenfälle etc.) anpassungsbedürftig scheint. Für diesen Prozess gibt es jedenfalls etablierte institutionelle Regeln und Verantwortlichkeiten, sodass hier eine weitgehende Akzeptanz vorausgesetzt werden kann.

Für den Bereich der Qualitätsindikatoren ist methodisch und institutionell noch erhebliche Entwicklungsarbeit zu leisten. Über erste Ansätze gut messbarer und gut vergleichbarer Qualitätsindikatoren sind wir beim Thema Risikoadjustierung noch nicht hinausgekommen. Gerade diese Punkt wäre jedoch für die Akzeptanz des selektiven Kontrahierens im Kontext regionaler Konkurrenzstrukturen von erheblicher Relevanz.

Für die Akzeptanz selektiven Kontrahierens sind jedenfalls die Fairnessbedingungen „Kostenhomogenität“ und „Risikoadjustierung“ entscheidende Faktoren. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass die interpersonal, intersektoral und interregional unterschiedlichen Perspektiven durch valide Informationen und Begründungen selektiven Vertragshandelns überzeugt werden müssen.

2.6 Versorgungszusammenhänge beachten

Jedes Krankenhaus ist in seinem regionalen Kontext einer der wesentlichen institutionellen Anker für die Organisation eines wohnortnahen Versorgungsnetzwerkes, das alle Stufen der medizinisch vor- und nachgelagerten Versorgungsbereiche umfasst. Dazu gehört auch das Netzwerk der nichtärztlichen Heilberufe, der Hilfsmittelausstattung bis hin zur sozialen Infrastruktur und Pflege.

Die Positionierung in dieser regionalen Versorgungsstruktur ist bei der Gestaltung selektiver Vertragsoptionen eine wesentliche Bedingung, um eine Ak-

zeptanz der Akteure für diesen Versorgungszusammenhang zu schaffen. Dies ist unter anderem auch ein wichtiger Grund dafür, dass selektive Vertragsmodelle in aller Regel eine starke regionale Verankerung erfahren. Denn nur so sind gewachsene Netzwerke frühzeitig einzubinden.

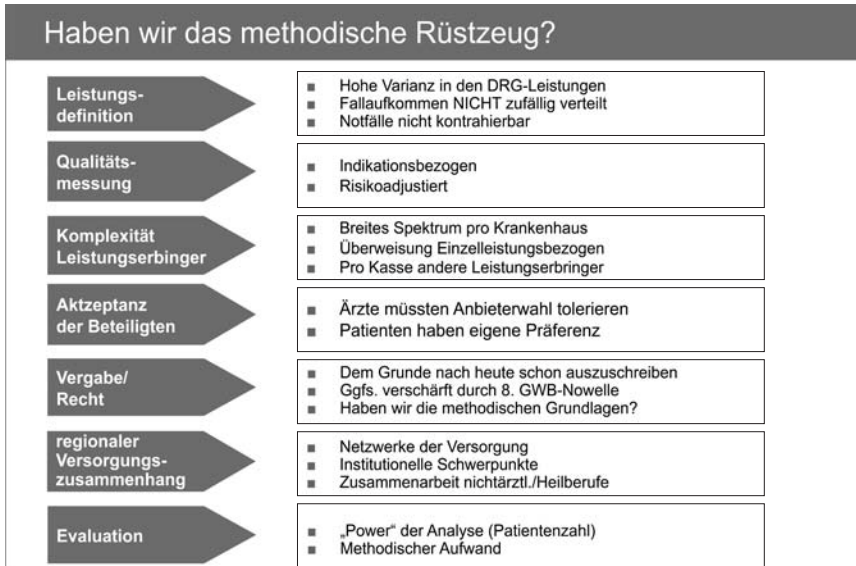
Die Bedarfsentwicklung in einer Gesellschaft langen Lebens wird gerade das Vorhandensein von Arrangements institutionenübergreifender Versorgungsstrukturen zwingend erforderlich machen. Es gilt, den zukünftigen Bedarf aufgrund eines Zuwachses an chronischen Erkrankungen, eines Zuwachses an multimorbiden Patienten und den Infrastrukturbedingungen einer Gesellschaft langen Lebens eine adäquate regionale Versorgungsstruktur aufzubauen und zu stabilisieren. Dies ist gerade für selektive Vertragsmodelle eine gewaltige Herausforderung, da diesen zukünftigen Bedarfen nur populationsorientiert zu entsprechen ist.

Kassen sind in einem Konzept „selektiven Kontrahierens“ nicht frei in der Auswahl ihrer Partner. Sie sind, wie schon heute bei Rabattverträgen, als öffentlicher Auftraggeber zu einem formal und zeitlich aufwändigen Ausschreibungsverfahren gezwungen, was die partnerschaftliche Entwicklung von Vertrags- und Versorgungsmodellen massiv erschwert.

Die seriöse Aufarbeitung der methodischen Grundlagen ist also nicht nur die zentrale inhaltliche „Legitimationsfrage“ des Konzeptes „selektiven Kontrahierens“, sie ist auch die formale „Legalitätsfrage“, denn sie bestimmt die Belastbarkeit der Kriterien für und in rechtsförmigen Ausschreibungsverfahren zur Bestimmung der Vertragspartner.

Ein formelles Ausschreibungsverfahren ist jedoch nicht nur eine Herausforderung an die methodischen Grundlagen, sie birgt für den gesamten Bedingungsrahmen eine nicht unerhebliche Steigerung der Komplexität.

Abbildung 6: Bedingungsrahmen



Quelle: Eigene Darstellung

3. Chancen nutzen – Die Zukunft der Selektivverträge

Der skizzierte Bedingungsrahmen selektiven Kontrahierens zeigt, warum das Konzept wettbewerblicher Suchverfahren trotz der Hoffnungen auf eine dadurch verbesserte Versorgungseffizienz (Wirtschaftlichkeit und Qualität) so umstritten bleibt. Er zeigt auch, warum das Konzept des selektiven Kontrahierens bisher jedenfalls regelhaft dann scheitert, wenn damit konkrete Anbieter „aus dem Versorgungsauftrag“ „herausselektiert“ werden sollen.

Wer den Bedingungsrahmen jedoch antizipiert, wird die Chancen selektiven Kontrahierens offensiv, glaubwürdig und akzeptanzfördernd, realisieren können. Es geht regelhaft nicht um den Ausschluss, also die Exit-Option für Anbieter, sondern es geht um den ergänzenden Kontrakt mit besonders qualifizierten und den Patientennutzen mehrenden Anbietern und deren Einbindung in einen rationalen Versorgungsprozess.

Die Vorteile des selektiven Kontrahierens liegen darin, dass die beteiligten Akteuren Chancen erhalten sektorale Grenzen zu überwinden und Suchprozesse zu entwickeln, um die Qualität von Versorgungsinhalten und Versorgungsabläufen zu fördern. Die Effizienz der Organisationsstrukturen ist dabei eine notwendige Bedingung.

Die ordnungspolitische Ausgangshypothese lautet dabei: „selektives Kontrahieren ist ein wettbewerbliches Instrument, das zielführend Effizienz in einem normativ auf Solidarität und Umverteilung gegründeten System schaffen hilft“⁹. Gerade wenn in diesem Sinne selektives Kontrahieren eine gesundheitsökonomisch vorzugswürdige Ergänzung der bestehenden korporatistischen Koordinationsordnung sein soll, gilt es in einer seriösen Beurteilungsmatrix die jeweiligen allokativen Stärken und Schwächen der alternativen Konzepte offen zu benennen, anhand überprüfbarer Kriterien zu gewichten und erfahrbare Verbesserungspotenziale im jeweiligen Kontext zu definieren.

Die Darstellung der methodischen Voraussetzungen zum verantwortungsbewussten Umgang mit dem Konzept des selektiven Kontrahierens, insbesondere die Berücksichtigung berechtigter und rationaler Perspektiven unterschiedlich Beteiligter im Versorgungszusammenhang zeigt, dass das Instrument des selektiven Kontrahierens allein noch nicht Akzeptanz schafft und dass der Begriff einer „effizienten Versorgung“ auch in seiner individuellen Bestimmungsgröße für den einzelnen Patienten eine zentrale gesundheitsökonomische Herausforderung darstellt.

Wer das Konzept des selektiven Kontrahierens ernst nimmt, wer es erfolgreich als Ergänzung des Kollektivvertragssystems implementieren will und dauerhaft bevölkerungsorientiert relevante Benchmarks für die Suche nach besseren medizinischen Abläufen und Versorgungsinhalten etablieren will, der muss diese realen Bedingungen selektiven Kontrahierens beachten und dabei die Perspektive der Betroffenen im Vertragskontext ernst nehmen.

Mit der Berücksichtigung dieser methodischen und faktischen Voraussetzungen kann selektives Kontrahieren jedoch wesentliche Beiträge zum ständigen Suchprozess nach Qualität und Effizienz der Versorgung leisten, besser als der Ausschließlichkeitsanspruch des Kollektivvertragssystems dies je erfüllen konnte

⁹ Rebscher, H., 2010, S. 47

und schneller als der politisch kaum mehrheitsfähige Ansatz eines den Kollektivvertrag ersetzenden Konzepts des wettbewerblichen Auswahlprozesses durch selektives Kontrahieren.

Literatur:

Binswanger, M., 2010, Sinnlose Wettbewerbe. Warum wir immer mehr Unsinn produzieren., Freiburg/Basel/Wien

Cassel, D., Ebsen, I., Greß, S., Jacobs, K., Schulze, S., Wasem, J., 2008, Vertragswettbewerb in der GKV, WidO, Bonn

Hayek, F. A., 1969, Wettbewerb als Entdeckungsverfahren in: ders., Freiburger Studien, Tübingen, S. 249-265

Rebscher, H., 2010, „Wettbewerb als Entdeckungsverfahren“ im Gesundheitswesen – Chancen, Bedingungen, Grenzen, in: Oberender, P., Wettbewerb im Gesundheitswesen, Berlin, S. 35-57

Rebscher, H., 2011, „Perspektivenwechsel – Bewertungskategorien selektiven Vertragshandels“, in: Rüter, G. u.a., Gesundheitsökonomie und Wirtschaftspolitik, Stuttgart, S. 348 ff.

Rice, T., 2004, „Stichwort: Gesundheitsökonomie“, Bonn

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Gutachten 2005; Baden Baden

Tesic, D., 2005, Kritisch auch: Rosenbrock, R., Gerlinger, Th., 2006, Bern, S. 282 u. 288

Bericht der Kommission Krankenhausfinanzierung in Selbstverwaltung, 1987, Hrsg. Robert Bosch Stiftung, Gerlingen, Bd. 20

Krankenhausfinanzierung in Selbstverwaltung - Teil2 - Verfassungsrechtliche Stellungnahmen, 1990, Hrsg.: Robert Bosch Stiftung, Gerlingen, Bd. 21

Wille, E., 2006, Die korporative Koordination als Allokationsmechanismus, in: Rebscher, H., Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik, Heidelberg, S. 427 ff.