

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Sondergutachten der Monopolkommission

Krankenhausversorgung nach Corona: Wettbewerb, Planung und Finanzierung neu organisieren

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
Vorwort	5
Kurzfassung	7
Kapitel 1	
Krankenhauslandschaft im politischen Fokus.....	18
Kapitel 2	
Gesellschaftliche Ziele und Einflussmechanismen der deutschen Krankenhausversorgung	20
2.1 Die gesellschaftlichen Ziele der Krankenhausversorgung	20
2.2 Grundlegende Mechanismen zur Einflussnahme in Deutschland	25
2.2.1 Staatliche Versorgungssteuerung und Krankenhausplanung	26
2.2.2 Anreizmechanismen zur Versorgungssteuerung	28
2.2.3 Gestaltung durch den Wettbewerb	30
Kapitel 3	
Status Quo und Entwicklung zentraler Strukturmerkmale im deutschen Krankenhaussektor	32
3.1 Arten und besondere Merkmale der Krankenhäuser in Deutschland	32
3.2 Anzahl, regionale Verteilung und Spezialisierungsgrad der Krankenhäuser	36
3.3 Versorgungsqualität deutscher Krankenhäuser	44
3.4 Finanzielle Situation der Häuser	47
3.5 Herausforderungen durch die Covid-19-Pandemie	51
3.6 Verbesserungsbedarf bei strukturellen Gegebenheiten der Krankenhausversorgung	53
Kapitel 4	
Sicherstellung eines flächendeckenden Versorgungsniveaus.....	55
4.1 Bedarf öffentlicher Versorgungsplanung aus wettbewerbsökonomischer Sicht	55
4.1.1 Rolle des Wettbewerbs bei der Deckung des Versorgungsbedarfs	55
4.1.2 aG-DRG-Fallpauschalen als wettbewerblicher Teil des Finanzierungssystems.....	57
4.1.3 Finanzierungsniveau bei Fallpauschalen könnte Grund für geringe Marktkonsolidierung sein	58
4.1.4 Regelmäßige Prüfung des Fallpauschalensystems durch wissenschaftlichen Beirat empfehlenswert.....	64
4.2 Einfluss der Krankenhausplanung	66
4.2.1 Rolle der Planung bei der Organisation der stationären Versorgung	66

4.2.2	Bestimmung des Versorgungsbedarfs als technischer Kern der Krankenhausplanung	70
4.2.2.1	Vorgehen der Länder bei der Bedarfsermittlung.....	70
4.2.2.2	Angewandte Methodik ermittelt Bedarf oft nur ungenau	74
4.2.2.3	Heutige Bedarfsplanung mit begrenzter Wirksamkeit	77
4.2.2.4	Empfehlung zur Weiterentwicklung hin zu einer Sicherstellungsgrenze	78
4.2.3	Defizite und Herausforderungen bei der Entscheidungsdurchsetzung	81
4.2.3.1	Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung durch Ausschreibungen ermöglichen	81
4.2.3.2	Rechtssichere Handlungsmöglichkeiten zur Verhinderung einer Überversorgung schaffen.....	85
4.2.4	Möglichkeiten und Grenzen der Koordination im Entscheidungsprozess	93
4.2.4.1	Absprachen zwischen Krankenhausträgern sind kartellrechtlich relevant.....	96
4.2.4.2	Verstoß der Landesbehörden gegen das sog. Loyalitätsgebot möglich.....	99
4.2.4.3	Entscheidungsprozesse transparenter gestalten.....	102
4.3	Bedeutung von Finanzierungsinstrumenten für die stationäre Versorgungssicherheit	103
4.3.1	Analyse bestehender Finanzierungsmechanismen	104
4.3.1.1	Investitionskostenförderung bei Plankrankenhäusern unzureichend.....	104
4.3.1.2	Zuschlagssysteme mit begrenzter Wirkung.....	110
4.3.1.3	Finanzierungssäule Defizitausgleich mit wettbewerbsverzerrender Wirkung.....	116
4.3.2	Prospektive Sicherstellung der Krankenhausstrukturen durch Vorhaltezuschläge	123
4.3.2.1	Wettbewerbskompatible Ausgestaltung von Vorhaltezuschlägen nötig	123
4.3.2.2	Einbindung des Vorhaltezuschlags in eine Neuordnung des Finanzierungssystems ..	127

Kapitel 5

	Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung	130
5.1	Beitrag und Wirkung des Qualitätswettbewerbs zur Erreichung hoher Versorgungsqualität ...	130
5.1.1	Formen des Qualitätswettbewerbs im deutschen Krankensektor.....	130
5.1.2	Internationale Studien zeigen Vorteile des Wettbewerbs abhängig vom Marktdesign.....	132
5.1.3	In Deutschland zielt der Qualitätswettbewerb nur begrenzt auf die Behandlungsqualität.....	136
5.1.4	Zahlreiche Hindernisse für Qualitätstransparenz in Deutschland	139
5.1.4.1	Bessere Vergleichbarkeit auf Basis von Qualitätsindikatoren herstellbar	139
5.1.4.2	Noch unzureichende Bedingungen für die Patientinnen und Patienten, um die Qualität von Krankenhäusern zu vergleichen	142
5.1.4.3	Interessenkonflikte beim G-BA erfordern veränderte Umsetzungsprozesse bei zentral gesteuerten Qualitätstransparenzinitiativen	145
5.1.4.4	Rolle der Krankenversicherungen in der vergleichenden Beratung stärken	149
5.1.5	Bundesregierung sollte den Qualitätswettbewerb gezielt intensivieren	152

5.2	Einfluss durch Qualitätsvorgaben des G-BA und der Krankenhausplanung.....	153
5.2.1	Bestandsaufnahme qualitativer Vorgaben	153
5.2.1.1	Vorgaben auf Bundesebene	153
5.2.1.2	Vorgaben auf Landesebene.....	158
5.2.2	Wettbewerbsbeschränkende Wirkung bei Versorgungsplanungskonzepten berücksichtigen.....	162
5.2.2.1	Das Versorgungsstufenkonzept	163
5.2.2.2	Das Leistungsgruppenkonzept	167
5.2.2.3	Leistungsgruppenkonzept harmoniert mit Wettbewerb.....	172
5.2.3	Wettbewerbskonforme Auswahlentscheidungen der Planungsbehörden möglich ...	173
5.2.3.1	Auswahlentscheidungen zur Reduzierung der Standortanzahl unter Berücksichtigung wettbewerblicher Auswirkungen sinnvoll	173
5.2.3.2	Landesgesetzliche Regelung für Herausnahme von Krankenhäusern aus dem Plan zur Steigerung der Behandlungsqualität erforderlich	176
5.2.3.3	Festlegung von Abwägungskriterien für eine transparente und rechtssichere Entscheidung auch im Bereich der Qualität erforderlich	182
5.3	Einfluss von Zu- und Abschlägen auf die DRG und Qualitätsverträge.....	184
5.3.1	Qualitätssteigerung über Zu- und Abschläge auf DRG möglich.....	185
5.3.1.1	Erfahrung mit Pay-for-Performance-Ansätzen im Ausland.....	185
5.3.1.2	Zu- und Abschläge auf DRG in Deutschland ungenutzt.....	186
5.3.1.3	Qualitätsorientierte Vergütung weiterhin erforschen	187
5.3.2	Qualitätsverträge weiterentwickeln	188
5.3.2.1	Inhalte von Qualitätsverträgen für Erprobung vorgegeben.....	189
5.3.2.2	Erprobung nimmt nur langsam zu.....	190
5.3.2.3	Qualitätsverträge an Krankenhauswahltarife koppeln.....	192

Kapitel 6

Empfehlungen für die Weiterentwicklung der deutschen Krankenhausversorgung	195
--	-----

Vorwort

Gemäß § 44 Abs. 1 Satz 4 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) legt die Monopolkommission der Bundesregierung das Sondergutachten 83 zu Wettbewerb und Planung auf deutschen Krankenhausmärkten vor. Es trägt den Titel „Krankenhausversorgung nach Corona: Wettbewerb, Planung und Finanzierung neu organisieren“. In diesem aus eigenem Ermessen erstellten Gutachten befasst sich die Monopolkommission mit der Wirksamkeit des Wettbewerbs und der gegenwärtigen Krankenhaus- und Bedarfsplanung der Bundesländer vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Ziele der deutschen Krankenhausversorgung hinsichtlich einer flächendeckenden, qualitativ hochwertigen sowie finanziell tragfähigen Versorgung. Sie entwickelt darin Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung.

Zur Vorbereitung des Sondergutachtens hat die Monopolkommission den Austausch mit verschiedenen Fachleuten im Gesundheitswesen sowie zu diversen Krankenhausplanungsbehörden der Bundesländer und Marktteilnehmern gesucht. Am 13. Januar 2022 fand eine nicht öffentliche Anhörung mit dem thematischen Schwerpunkt Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung statt. In der Anhörung vertreten waren:

- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
- Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport des Landes Mecklenburg-Vorpommern
- Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
- Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg
- GKV-Spitzenverband
- Verband der Privaten Krankenversicherung
- Deutscher Städtetag
- Deutsche Krankenhausgesellschaft
- Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Einige der an der Anhörung Beteiligten haben ihre mündlichen Beiträge gegenüber der Monopolkommission durch schriftliche Stellungnahmen ergänzt. Darüber hinaus sind weitere schriftliche Stellungnahmen, unter anderem von Planungsbehörden der Bundesländer, Krankenhausgesellschaften und Marktakteuren, eingegangen.

Ferner gab es vielfältige Kontakte und Gespräche zwischen dem wissenschaftlichen Stab der Monopolkommission und Vertreterinnen und Vertretern verschiedener Behörden und Institutionen. Hierbei hat unter anderem ein Austausch mit dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundeskartellamt sowie verschiedenen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern im Gesundheitswesen stattgefunden. Die Monopolkommission dankt allen Beteiligten für ihre Mitwirkung.

Die Monopolkommission bedankt sich bei ihren wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Herrn Dr. Marc Bataille, Frau Marilena Friedrich und Frau Kim-Ines Meier, die das Gutachten federführend betreut haben, sowie bei Frau Dr. Katja Greer für ihre Mitwirkung.

Bonn, im Mai 2022

Jürgen Kühling

Pamela Knapp

Dagmar Kollmann

Thomas Nöcker

Achim Wambach

Kurzfassung

K1. Die aktuelle Regierungskoalition kündigte in ihrem Koalitionsvertrag vom 24. November 2021 umfassende Reformen der Krankenhausversorgung an. Ein Grund für diese Reformen dürfte vor allem die seit Jahren zunehmende Kritik an den Strukturen der deutschen Krankenhauslandschaft sein. Diese sei weder bedarfsgerecht, wirtschaftlich noch zukunftsorientiert.

Gesellschaftliche Ziele der deutschen Krankenhausversorgung

K2. Die stationären Versorgungsstrukturen in Deutschland werden wesentlich durch die Gesetzgebung geprägt, die im Rahmen ihrer Einschätzungsprärogative bestimmte gesellschaftliche Zielvorstellungen über die stationäre Versorgung in Deutschland festlegt. Insgesamt lassen sich aus den gesetzlichen Vorgaben drei übergeordnete Ziele an die Krankenhausversorgung ableiten. Erstens ist eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen. Zweitens soll die Krankenhausversorgung finanziell tragfähig sein. Drittens ist eine qualitativ hochwertige Versorgung der Bevölkerung sicherstellen.

K3. Eine nach diesen gesellschaftlichen Zielen ausgerichtete Versorgungsstruktur kann sich einstellen, wenn alle zugrundeliegenden, auf die Struktur einwirkenden Einflussfaktoren geeignet zusammenwirken. Unumstritten ist, dass dem Staat bei der Gestaltung und Steuerung der Krankenhausstrukturen eine wesentliche Aufgabe zukommt. Er sorgt für die konkrete Planung und Sicherstellung des stationären Versorgungsbedarfs sowie die wirtschaftliche Absicherung der Krankenhäuser. Zudem werden die Versorgungsstrukturen durch regelgebundene Verhaltensvorgaben in Form von Regulierungsvorschriften und Anreizmechanismen geprägt. Hierzu gehört beispielsweise die Preisregulierung, wonach Krankenhäuser für jede erbrachte Behandlungsleistung einen pauschalen Beitrag von der Krankenkasse der behandelten Person vergütet bekommt (sog. DRG-System). Neben den direkten und regelgebundenen Eingriffen durch den Staat wirkt der Wettbewerb zwischen Krankenhäusern wesentlich auf die Versorgungsstrukturen ein. Der Wettbewerb kann dazu beitragen, dass bei den Krankenhäusern wirksame Anreize entstehen, die Versorgungsstrukturen effizient zu nutzen und qualitativ sowie mengenmäßig an den Versorgungsbedarf der Patientinnen und Patienten anzupassen.

Verbesserungspotenziale bei der Krankenhausversorgung

K4. Gegenwärtig erscheint das deutsche Gesundheitssystem in Bezug auf die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen besonders breit und vielfältig aufgestellt zu sein. Im internationalen Vergleich weist die deutsche stationäre Versorgungslandschaft mit nahezu 2.000 Krankenhäusern und fast 500.000 Betten eine hohe Anzahl von Versorgungsmöglichkeiten auf, die eine schnelle Erreichbarkeit von Versorgungsleistungen vor allem in Ballungsgebieten gewährleisten. Zudem hat die Covid-19-Pandemie gezeigt, dass das deutsche Versorgungssystem besonders flexibel und leistungsfähig auf unerwartete Bedarfsschwankungen reagieren kann.

K5. Die stellenweise hohe Anzahl an Krankenhäusern und Betten allein lässt aber für sich keine Rückschlüsse darüber zu, ob eine flächendeckende, qualitativ hochwertige sowie finanziell

tragfähige Versorgung der Bevölkerung gewährleistet wird. Vielmehr liegen Hinweise vor, dass die gegenwärtigen Versorgungsstrukturen möglicherweise nicht optimal im Sinne der Wirtschaftlichkeit und Kapazitätsverteilung sind. Ein Indikator ist die teils schlechte finanzielle Situation vieler Krankenhäuser. Diverse Untersuchungen zeigen, dass die Insolvenzgefahr deutscher Krankenhäuser seit Jahren stetig zugenommen hat. Dabei gelten kleine Krankenhäuser sowie Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft als wirtschaftlich besonders gefährdet. Es ist davon auszugehen, dass die von der Bundesregierung im Zuge der Covid-19-Pandemie geleisteten Ausgleichzahlungen zu einem einmaligen Abschwächen des zuvor negativen Trends der finanziellen Situation geführt hat. Ein zweiter Indikator ist eine wachsende Divergenz an Versorgungsangeboten zwischen Ballungsräumen und ländlichen Räumen. Dabei ist eine Tendenz zur Überversorgung in Ballungsgebieten (z. B. im Rhein-Ruhr-Gebiet) sowie zur Unterversorgung in ländlichen Räumen (z. B. in Mecklenburg-Vorpommern) festzustellen. Ein weiterer Indikator ist die Beobachtung, dass sich die Verteilung, im Speziellen von hohen Bettenkapazitäten in vielen kleinen, wenig spezialisierten Allgemeinkrankenhäusern, negativ auf die deutsche Versorgungsqualität auswirkt.

K6. Insgesamt sieht die Monopolkommission einen dringenden Verbesserungsbedarf der derzeit bestehenden stationären Versorgungsstrukturen. Es kann insbesondere nicht davon ausgegangen werden, dass sich innerhalb der derzeit bestehenden Strukturen die gesellschaftlichen Ziele einer flächendeckenden, qualitativ hochwertigen sowie finanziell tragfähigen Krankenhausversorgung erreichen lassen. Nach Ansicht der Monopolkommission sollten bei der angestrebten Modernisierung des Krankenhaussektors die auf die Struktur einwirkenden Einflussfaktoren und Steuerungsmechanismen in den Blickpunkt genommen werden. Der Fokus dieses Sondergutachtens liegt daher auf der strukturellen Ausgestaltung der deutschen Krankenhauslandschaft durch den Einfluss von Staat und Wettbewerb.

Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung

Fallpauschalensystem wettbewerblich reformieren

K7. Die Organisation der Krankenhausversorgung in Deutschland ist vor allem durch den Anspruch geprägt, die Versorgung der Bevölkerung flächendeckend sicherzustellen. Wettbewerbsprozesse nehmen hierbei eine zunehmend wichtigere Funktion ein. Ursächlich dafür sind insbesondere Änderungen am Finanzierungssystem, durch welche die wirtschaftliche Eigenverantwortlichkeit der Krankenhäuser gestärkt und die Vergütung zunehmend leistungsorientiert angelegt wurde. Kennzeichnend für die leistungsorientierte Vergütung sind die Fallpauschalen, welche die Höhe der Vergütung vor allem abhängig von der festgestellten Diagnose machen. Die Abrechnung über Diagnosefallgruppen bzw. Diagnosis Related Groups (DRG) löst im Allgemeinen Leistungsanreize aus. Damit Krankenhäuser ihren Aufwand finanzieren können, sind sie im Fallpauschalensystem darauf angewiesen.

K8. Durch das System der Fallpauschalen entstehen für Krankenhäuser Anreize, ihre Wirtschaftlichkeit zu verbessern. Eine praktikable Möglichkeit für eine wettbewerbliche Ausgestaltung des Fallpauschalensystems ist es, Vergütungshöhen an das durchschnittliche Kostenniveau anzupassen. Allerdings lässt sich das im deutschen Fallpauschalensystem geschaffene

Vergütungsniveau nur eingeschränkt empirisch daraufhin überprüfen, inwieweit es sich an einem Kostenstandard orientiert. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) erhebt zwar die Kosten für die Entgeltbildung. Jedoch wird bei der Ermittlung der Fallpauschalen nicht klar der Ansatz verfolgt, den Krankenhäusern die mittleren Fallkosten (einschließlich einer marktüblichen Rendite) zu vergüten. Sie bleiben für die Bestimmung der Vergütungshöhe im Rahmen der Basisfallwerte unbeachtet. Außerdem werden systematische regionale Unterschiede bei den Betriebskosten (z. B. Arbeitskosten) bisher im DRG-System nicht hinreichend abgebildet.

K9. Die Monopolkommission empfiehlt eine regelmäßige Prüfung des Fallpauschalensystems, damit dieses zielgerichtet und transparent ausgestaltet wird. Dabei bedürfen unterschiedliche Aspekte des Vergütungssystems einer Überprüfung.

- Mit einer wirksamen Neugestaltung punktueller struktureller Finanzierungsbestandteile (z. B. Vorhaltepauschalen) sollte ein wettbewerbskonformer Regulierungsstandard für die Entgelthöhe verbunden werden.
- Es sollte gesetzlich geregelt werden, dass das InEK in seinen Abschlussberichten für die Bezugsgrößenrechnung zukünftig die mittleren Kosten ausweist.
- Durch die Gewichtung des Bundesbasisfallwertes über regionale Preisindizes sollten regionale Einflüsse wie beispielsweise Arbeitskosten berücksichtigt werden.

Für die Überprüfung dieser und weiterer Aspekte sollte ein spezifischer wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für Gesundheit eingesetzt werden.

Aufgaben der Krankenhausplanung klar definieren und Durchsetzungsfähigkeit sicherstellen

K10. Neben dem Wettbewerb spielt die Krankenhausplanung bei der Sicherstellung eine maßgebliche Rolle. Diese wird von den Ländern durchgeführt. Die entsprechenden Landesregelungen zu den Krankenhausplänen unterscheiden sich trotz einiger Gemeinsamkeiten oft in zentralen Bereichen. Dies gilt etwa im Hinblick auf die Ausrichtung und Methodik der Kapazitäts- und Leistungsplanung, das Planungsverfahren und die Umsetzung planerischer Entscheidungen. Zentrale Unterschiede bestehen außerdem in Bezug auf die zu planenden Versorgungsstrukturen und die jeweilige Planungstiefe. Insgesamt zeigt sich, dass die Bundesländer im Rahmen der Krankenhausplanung die Versorgungskapazitäten in der Regel sehr umfassend und detailliert für einzelne Krankenhäuser ausweisen. Es spricht allerdings einiges dafür, dass die Länder mit der Krankenhausplanung vielfach wettbewerbliche Prozesse nachzeichnen, d. h. in den Krankenhausplänen die sich im Wettbewerb einstellenden Versorgungsstrukturen bindend festschreiben.

K11. Ausgangspunkt für die Krankenhausplanung der Länder ist die Bedarfsfeststellung. Im ersten Schritt ist es die Aufgabe eines Bundeslandes, zur Bedarfsplanung solche Versorgungsziele zu definieren, aus denen sich im zweiten Schritt dann rechtssichere Bedarfsanforderungen ableiten lassen. Allerdings sind die Zielstellungen wie beispielsweise eine Maximalentfernung zwischen den Krankenhäusern sehr unterschiedlich und oft unscharf. Bei der Bestimmung des von den gesetzten Zielen abhängigen Versorgungsbedarfs wird in den meisten Bundesländern anhand der Bettenzahl gemessen. Zudem wird häufig die sog. Hill-Burton-Formel

zugrunde gelegt. Problematisch ist, dass die Abwägung zwischen Zielen, Bedarf und möglichen Konsequenzen aus den Krankenhausplänen häufig nicht unmittelbar transparent hervorgeht. Insgesamt ist eine Zielungenauigkeit zahlreicher praktischer Krankenhausplanungsprozesse anzunehmen, von der auch eine strukturkonservierende Wirkung ausgehen kann, wenn im Ergebnis Ziele und Angebot nur scheinbar in Einklang stehen. Ein zentrales Problem der bestehenden Bedarfsbestimmung kann auch in ihrem zugrundeliegenden Anspruch gesehen werden, einen singulären Bedarf auszuweisen, durch den sich alle gesellschaftlichen Ziele am besten erreichen lassen. Aus wettbewerbspolitischer Perspektive steht diese Form der Ermittlung eines fixen Bedarfs durch eine Planungsbehörde in einem grundsätzlichen Widerspruch zu einer effizienten Bedarfsdeckung, die einer fortwährenden Anpassung unterliegt. Demgegenüber muss das Versorgungsangebot im Wettbewerb nicht vorbestimmt werden. Es ergibt sich flexibel aus der Nachfrage der Patientinnen und Patienten.

K12. Um die Bedarfsplanung als wirksames Korrektiv zur Durchsetzung gesellschaftlicher Zielstellungen zusätzlich zu einem wettbewerblichen Krankenhausmarkt zu etablieren, könnte vornehmlich auf solche Bedarfe abgestellt werden, die der Vorhaltung eines bestimmten Versorgungsniveaus unabhängig von den betriebswirtschaftlichen Gegebenheiten dienen sollen. Die Monopolkommission empfiehlt deshalb, zukünftig einen speziell auf dieses Ziel der flächendeckenden Versorgung zugeschnittenen (Mindest-)Bedarf auszuweisen, der als „Sicherstellungsgrenze“ bezeichnet werden soll. Die an Wertvorstellungen anknüpfenden Zielsetzungen und lokalen Präferenzen, die beim Umfang der Sicherstellung eine Rolle spielen, könnten deutlicher als bisher landesgesetzlich vorgegeben werden. Die Behörden wären zum Handeln aufgefordert, sobald diese Grenze unterschritten würde. Hiervon zu unterscheiden ist die Frage, ob die Krankenhausplanung auch einer Überversorgung mit Krankenhäusern entgegenwirken sollte. Es kann eine zusätzliche Ausweisung einer Bedarfsobergrenze durch die Krankenhausplanung angezeigt sein. Problematisch bleibt dabei jedoch die Ermittlung, ab welchem Angebot die Kapazitäten über das erforderliche Niveau hinausgehen. Hierfür erscheint es zweckdienlich, die Bedarfsobergrenze in den Bundesländern als Relation zur Sicherstellungsgrenze (z. B. 20 Prozent über dieser) einmalig gesetzlich festzulegen. Insoweit verbleibt zwischen Sicherstellungsgrenze und Bedarfsobergrenze ein hinreichender Korridor für wettbewerbliche Aktivitäten.

K13. Sind die Zusammenhänge zwischen Zielen und konkretem Bedarf nicht eindeutig, so ist es auch schwieriger für die Krankenhausplanung, die so berechneten Bedarfe rechtssicher durchzusetzen. Derzeit haben die Planungsbehörden nur unzureichende Möglichkeiten, gegen Unterversorgungen vorzugehen. Der einzige Weg besteht in der Erteilung eines sog. Sicherstellungsauftrags an die Gebietskörperschaft. Allerdings greift dieser in die Rechtsposition der Kommune bzw. des Landkreises ein, weshalb er als ultima ratio angesehen werden sollte. Die Monopolkommission empfiehlt deshalb neben einer systematischen Bedarfsbestimmung öffentliche Ausschreibungen von als versorgungsnotwendig angesehenen Kapazitäten. Die Ausschreibungsmöglichkeit würde der Planungsbehörde zugleich die Möglichkeit eröffnen, gegebenenfalls mehrere Angebote unterschiedlicher Krankenhäuser zu erhalten und miteinander zu vergleichen. Falls die Finanzierung der ausgeschriebenen Kapazitäten über allgemeine Zuschläge nicht möglich wäre, würde ein Sondervorhaltezuschlag ausgeschrieben.

K14. Um eine Überversorgung zu vermeiden, könnten die Landesbehörden theoretisch Krankenhäuser bzw. einzelne Abteilungen entweder nicht in den Krankenhausplan aufnehmen oder aus dem Plan herausnehmen. Mehrere Planungsbehörden berichten allerdings, dass dies in der Praxis schwierig umzusetzen sei. Insbesondere aus Sorge vor gerichtlichen Auseinandersetzungen versuchen sie daher häufig, von vornherein unilaterale Planungsentscheidungen zu vermeiden. Hierdurch besteht das Risiko, dass Überkapazitäten geschaffen werden. Sofern Überkapazitäten planerisch begegnet werden soll, ist es daher unerlässlich, dass die Landesbehörden ihre Entscheidungen in der Praxis auch faktisch durchsetzen können. In diesem Kontext ist zu beachten, dass die Ablehnung eines Aufnahmeantrags bzw. die unfreiwillige Herausnahme aus dem Plan gegen Grundrechte der Krankenhausträger verstößt. Gleichwohl kann ein solcher Eingriff gerechtfertigt sein, wenn die Planungsentscheidung den Zielen der Krankenhausplanung in Deutschland dient. Vor diesem Hintergrund ist zu klären, wie die Handlungsoptionen der Krankenhausplanung zur Erfüllung ihrer Aufgaben effektiv gestaltet werden können.

K15. Die Monopolkommission spricht sich dafür aus, die im Rahmen der Krankenhausplanung verfolgten Versorgungsziele konkret in den Landesgesetzen abzubilden. Insofern ist eine Festlegung unabdingbar, unter welchen Voraussetzungen eine flächendeckende Versorgung angenommen werden soll. Ferner ist zu empfehlen, dass in sämtliche Landesgesetze abstrakte Auswahlkriterien aufgenommen werden. Problematisch ist, dass für die Herausnahme eines Krankenhauses aus dem Krankenhausplan in kaum einem Bundesland eine ausdrückliche Ermächtigungsgrundlage vorhanden ist. Selbst dort, wo es ausdrückliche Regelungen gibt, sehen diese lediglich den Fall vor, dass die Gründe für die Aufnahme nicht mehr vorliegen. Die Situation, dass eine Auswahlentscheidung zum Nachteil eines Krankenhauses ergeht, ist hingegen nicht abgebildet. Insofern ist unklar, ob diese Konstellation ebenfalls von den Landesvorschriften erfasst wäre. In kaum einem Bundesland wurde zudem der Fall speziell geregelt, dass die Aufnahmekriterien bei oder nach der Aufnahme nicht vorlagen. Deshalb empfiehlt die Monopolkommission den Ländern ohne eine entsprechende Regelung, ihre Rechtsgrundlagen zu ergänzen.

K16. Um trotz der bestehenden Schwierigkeiten bei der Entscheidungsdurchsetzung handlungsfähig zu bleiben, setzen viele Planungsbehörden auf Kooperationen mit den Krankenhausträgern. Zugleich bestärken die Planungsbehörden die betroffenen Krankenhausträger regelmäßig auch darin, zur Sicherstellung flächendeckender Versorgungsstrukturen untereinander zu kooperieren. Unstreitig ist, dass in vielen Fällen die Zusammenarbeit sinnvoll ist, um Verbesserungen in der Versorgung erreichen zu können. Die Einbindung der beteiligten Krankenhausträger darf jedoch nicht dazu führen, dass wettbewerbsbeschränkende Absprachen getroffen werden. Bei Kooperationen ist deshalb zu prüfen, ob sie mit dem Kartellrecht vereinbar sind. Falls die Gestaltung des Planungsprozesses dazu führt, dass kartellrechtswidrige Absprachen erleichtert oder die Krankenhausträger zu solchen Kooperationen sogar ermutigt werden, ist darüber hinaus ein Rechtsverstoß gegen das unionsrechtliche Loyalitätsgebot (Art. 4 Abs.3 EUV i. V. m. Art. 101 AEUV) durch die Landesbehörden denkbar.

K17. Insgesamt zeigt sich, dass in der Praxis regelmäßig weder von den Krankenhausträgern noch von den Planungsbehörden die Relevanz des Kartellrechts erkannt wird. Deshalb sollten

die Entscheidungsprozesse in der Krankenhausplanung transparenter ausgestaltet werden. Die Monopolkommission schlägt daher vor, dass Sitzungsprotokolle der Krankenhausplanungsausschüsse zur Überprüfung der zuständigen Landeskartellbehörde vorzulegen sind. Darüber hinaus sollten die Krankenhausträger verpflichtet werden, jedem Antrag auf Aufnahme in den Krankenhausplan eine kartellrechtliche Unbedenklichkeitserklärung beizufügen. Darin sollen die Krankenhausträger bestätigen, dass dem Aufnahmeantrag keine kartellrechtswidrige Handlung zugrunde liegt. Unabhängig davon sollte nach Ansicht der Monopolkommission in den Landeskrankenhausgesetzen explizit klargestellt werden, dass das Letztentscheidungsrecht bei den Planungsbehörden liegt. Hierdurch würde die Rolle der Planungsbehörden als Entscheidungsinstitution betont.

Finanzierungsmittel zur flächendeckenden Versorgung leistungsfähiger ausgestalten

K18. Der wichtigste Anteil der gegenwärtigen Krankenhausfinanzierung (DRG-Fallpauschalen) ist an die Behandlung einzelner Fälle geknüpft. Ergänzt wird diese leistungsabhängige Vergütung durch eine Reihe weiterer Finanzierungsinstrumente. Hierdurch soll einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung mit stationären Versorgungsleistungen gezielter Rechnung getragen werden.

K19. Ein bei den Bundesländern angesiedeltes Finanzierungsinstrument stellt die sog. Investitionskostenförderung dar. Im Rahmen der Investitionskostenförderung sind die Länder dazu verpflichtet, sämtliche Investitionskosten der Krankenhäuser, z. B. für die Errichtung von Häusern oder die Anschaffung von notwendigen Anlagegütern, zu tragen. Dabei kann zwischen dem klassischen Modell der Förderung (Einzel- und Pauschalförderung) und den später eingeführten Investitionsfallpauschalen unterschieden werden. Es zeigt sich, dass die gegenwärtig vor allem als Pauschal- und Einzelfallförderung ausgestaltete Investitionskostenförderung seit Jahren auf einem im Vergleich zum Investitionsbedarf sehr geringen Niveau stagniert. Außerdem ist es den Ländern kaum möglich, die Investitionskostenförderung gezielt zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung einzusetzen. Die Monopolkommission regt an, die Investitionskostenförderung in das wettbewerbliche System der DRGs zu überführen. Eine Möglichkeit wurde hierzu bereits im Krankenhausfinanzierungsgesetz in Form der leistungsorientierten Investitionsfallpauschalen geschaffen, deren bundesweite Einführung zu begrüßen wäre.

K20. Zudem kennt die Krankenhausfinanzierung diverse regelgebundene Finanzierungsmittel, wie den Sicherstellungszuschlag für bedarfsnotwendige Krankenhäuser, die Zu- und Abschläge für die Notfallversorgung oder Zentrumszuschläge. Mit diesen Zuschlagssystemen sollen basisversorgungsrelevante Leistungen, Notfallstrukturen und Zentren, die im Rahmen des regulären DRG-Vergütungssystems nicht refinanzierbar sind, sichergestellt und einer Unterversorgung vorgebeugt werden. Eine nähere Auseinandersetzung mit dem Sicherstellungszuschlag – grundsätzlich stellvertretend für alle Zuschlagssysteme – zeigt, dass diese einen sehr geringen finanziellen Umfang aufweisen und daher eine nur schwache Steuerungswirkung entfalten. Die durchschnittliche Zuschlagshöhe beläuft sich auf weniger als EUR 500.000 pro Jahr, was rund einem Prozent der durchschnittlichen Betriebskosten eines Krankenhauses entspricht. Zudem ist der Sicherstellungszuschlag vor allem an die geografischen Gegebenheiten

der Häuser wie der Bevölkerungsdichte geknüpft, weshalb in erster Linie nur ländliche Krankenhäuser davon profitieren können. Die Zuschläge sind in ihrer derzeitigen Ausgestaltung zu wenig differenziert, um konkrete Struktur- und Versorgungsprobleme zu lösen. Es existiert insbesondere keine hinreichend zielgerichtete und umfangreich finanzielle Unterstützung, die für die Gewährleistung einer bundesweit flächendeckenden Versorgung möglicherweise erforderlich wäre.

K21. Ein weiteres und zugleich wenig transparentes Finanzierungsinstrument stellt der sog. Defizitausgleich dar, der als eine Art „finanzielles Auffanginstrument“ die Versorgung in strukturschwachen Gebieten sicherstellen soll. Der Defizitausgleich beschreibt dabei einen unter Verwendung öffentlicher Mittel durch kommunale Gebietskörperschaften geleisteten Ausgleich von Defiziten, welche in Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft entstehen. Die selektive Zuwendung ausschließlich zugunsten von öffentlichen Krankenhäusern ist wettbewerblich problematisch zu sehen, da sich damit zu Häusern anderer Träger Wettbewerbsverzerrungen ergeben. Darüber hinaus gibt es keine klare Anbindung an die Finanzierung eines tatsächlich bestehenden Versorgungsbedarfs, weshalb der Defizitausgleich häufig nicht nur der Sicherung versorgungsnotwendiger Strukturen dient. Vielmehr liegt es im eigenen Ermessen der kommunalen Gebietskörperschaft, über das „ob“, „wofür“ und „wie viel“ der Zuwendung zu entscheiden. Kritisch ist daher auch die hohe finanzielle Bedeutung des Defizitausgleichs von nicht selten mehreren Millionen Euro pro Jahr und Haus zu sehen. Es besteht die Gefahr, dass durch den Defizitausgleich auch Überkapazitäten finanziert werden. Die Monopolkommission sieht den Bedarf einer grundsätzlichen Überarbeitung dieses Finanzierungsinstrumentes. Das primäre Ziel sollte sein, den Defizitausgleich ganz oder zumindest zu einem erheblichen Anteil durch wettbewerbskompatible Instrumente zu ersetzen.

K22. Nach Auffassung der Monopolkommission können die derzeit bestehenden Finanzierungsinstrumente keinen hinreichenden Beitrag zur Herstellung einer flächendeckenden, finanziell tragfähigen Versorgung sowie zur Durchsetzung der von den Ländern gesetzten Versorgungsziele leisten. Sie sieht in dem im Koalitionsvertrag anvisierten Vorhaltezuschlag eine Chance, die Krankenhausfinanzierung zukünftig zielgerichteter und wettbewerbskonformer auszugestalten. Der Vorhaltezuschlag könnte dabei alle neben der regulären Krankenhausfinanzierung existierenden Finanzierungsmittel zusammenführen und die Mittelvergabe neu ausrichten. Die Monopolkommission unterbreitet Vorschläge, an welche Parameter der Vorhaltezuschlag zu knüpfen wäre, um eine zielgerichtete Finanzierung zu gewährleisten, ohne dabei im Wettbewerb notwendige allokativen Effizienzunterschiede zwischen Krankenhäusern zu verwischen. Mögliche Parameter könnten die technische Ausstattung eines Krankenhauses oder die Vorhaltung von Reservekapazitäten erfassen. Die Einführung eines Vorhaltezuschlags sollte sodann mit einer Neuordnung der Finanzierungsströme einhergehen. Die Länder könnten die Investitionskostenförderung an die Krankenkassen abgeben und ihren ehemaligen Finanzierungsanteil in den Vorhaltezuschlag übertragen. Sie könnten zudem den Vorhaltezuschlag nach eigener Einschätzung aus ihren Mitteln aufstocken. Dadurch würden die Länder in ihrer Aufgabenwahrnehmung gestärkt und die fiskalische Äquivalenz gewahrt werden.

Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung

Qualitätswettbewerb trägt zur Erreichung hoher Versorgungsqualität bei

K23. Das gesellschaftliche Ziel ist es, eine bestmögliche Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern zu erreichen. Eine wesentliche Triebkraft geht dabei von den Steuerungsmechanismen des Wettbewerbs aus. Nach Auffassung der Monopolkommission steht eine Verbesserung der medizinischen Versorgungsqualität in einem direkten Zusammenhang mit einer möglichst hohen Transparenz über die Qualität. Besonders betrifft dies den Wettbewerb um Patientinnen und Patienten (sowie einweisenden Ärztinnen und Ärzten), die sich über die Qualität der Krankenhäuser informieren und Krankenhäuser anhand dieser für Behandlungen auswählen sollten. Daneben ermöglicht die Transparenz auch bessere Leistungsvergleiche zwischen den Krankenhäusern sowie auf regulatorischem Wege die Vereinbarung zentraler Qualitätsvorgaben.

K24. Zur Erhöhung der Transparenz werden gemäß § 136 Abs. 1 SGB V regelmäßig Qualitätsberichte von den Krankenhäusern erstellt, in denen Qualitätsindikatoren und -ergebnisse der Qualitätssicherungsverfahren dargestellt werden. Diese Berichte tragen im Allgemeinen zu dem Vergleich von Krankenhäusern anhand von Qualitätskriterien bei. Die Darstellung und der Umfang der Berichte dürften jedoch weder für Patientinnen und Patienten noch für einweisende Ärztinnen und Ärzte nützlich sein. Weitere Informationen zu Qualitätskriterien bieten Portale von Krankenkassen und Ländern, die oftmals die Ergebnisse von Befragungen der Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt stellen oder Inhalte der Qualitätsberichte stark zusammengefasst darstellen. In Bezug auf die Behandlung einer konkreten Erkrankung dürften auch diese Informationen nur unzureichend präzise und somit für eine Krankenhausentscheidung nur eingeschränkt dienlich sein. Die Entwicklung der Informationsangebote erscheint demgemäß noch nicht hinreichend, um von Patientinnen und Patienten als zuverlässige Informationsquelle zur Auswahl des qualitativ am besten passenden Krankenhauses wahrgenommen zu werden.

K25. Der Gesetzgeber hat mit § 137a Abs. 3 Satz 2 Nr. 5 SGB V einen gesetzlichen Auftrag geschaffen, wonach zukünftig der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im Internet durch einrichtungsbezogene, vergleichende Übersichten über die Qualität von maßgeblichen Bereichen der Krankenhausversorgung informieren soll. Zur Umsetzung ist es bisher allerdings noch nicht gekommen, wofür auch das Vorgehen des G-BA und die Nichtveröffentlichung beauftragter Berichte verantwortlich sein dürften.

K26. Die Monopolkommission empfiehlt in einem ersten Schritt, dass die Bundesregierung zur Vermeidung von Interessenskonflikten im G-BA von der Regelung in § 137a Abs. 4 Satz 2 SGB V Gebrauch macht. Danach kann das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) direkt vom Bundesgesundheitsminister und nicht über den G-GA beauftragt werden. Dies bietet sich bei der Erstellung von Expertisen an, die im Zusammenhang mit der Förderung vergleichender Transparenz beauftragt werden. Das IQTIG könnte auf diesem Wege Handlungsempfehlungen erarbeiten, wie die Qualitätsmessung und Darstellung der Versorgungsqualität möglichst kurzfristig mit dem Ziel einer erhöhten Qualitätstransparenz für die Patientinnen und Patienten ausgeweitet werden kann.

Schließlich sollten solche Expertisen des IQTIG, die auch weiterhin durch den G-BA beauftragt werden, unmittelbar nach deren Abgabe an den Auftraggeber im Internet veröffentlicht werden. Dadurch ließe sich die Beobachtung der Entscheidungsfindung im G-BA durch demokratisch legitimierte Organe und die Öffentlichkeit besser sicherstellen.

K27. Weiterhin sollte die Rolle der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen bei der qualitätsorientierten vergleichenden Beratung im Rahmen der Krankenhauswahl gestärkt werden. Bisher ist die Tätigkeit bei der Qualitätsanalyse und Beratung noch kein Faktor im Wettbewerb der Krankenversicherungen um Versicherte. Die Entwicklung einer Beratung im Bereich vergleichender Qualitätstransparenz über Krankenhäuser könnte für Krankenversicherungen ein geeignetes wettbewerbliches Experimentierfeld sein, dass zur zusätzlichen Transparenz beitragen dürfte. Um diese anzustoßen, sollte eine individuelle Beratungspflicht im SGB V und im Versicherungsvertragsgesetz vorgesehen werden.

Einfluss durch Qualitätsvorgaben und Krankenhausplanung

K28. Zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen stationären Versorgung tragen bundesweite sowie landesspezifische Qualitätsvorgaben bei. Bundesweite Vorgaben sehen Mindestqualitätsanforderungen und Mindestmengenregelungen für sehr komplexe Eingriffe in ausgewählten Leistungsbereichen vor. Ein qualitatives Mindestniveau wird für diese Leistungen dadurch sichergestellt, dass im Fall der Nichterfüllung Leistungen nicht vergütet werden. Diese Qualitätsanforderungen wurden bisher so festgelegt, dass sie in der Praxis nur wenige Krankenhäuser in ihrem Angebot einschränken. Darüber hinaus werden vom G-BA planungsrelevante Qualitätsindikatoren (planQI) vorgegeben, welche als qualitätsorientierte, bundesweit einheitliche Entscheidungshilfe für die Krankenhausplanung dienen sollen. Im Allgemeinen wird mit den planQI bezweckt, dass nur Einrichtungen mit qualitativ hochwertiger und patientengerechter Versorgung in den Krankenhausplan aufgenommen werden. Die ausgewählten Indikatoren beziehen sich allerdings auf sehr spezifische Leistungsbereiche, sodass ihr Nutzen bisher in keinem Verhältnis zu dem Aufwand beim Planungsprozess steht. Die meisten Bundesländer machen von der rechtlichen Ausnahmemöglichkeit Gebrauch und nutzen die planQI nicht. Ergänzend zu den bundesrechtlichen Vorgaben können Bundesländer in ihren Landesgesetzen nähere Regelungen zur Gestaltung der Krankenhausplanung und Krankenhauslandschaft treffen. Diese landesspezifischen Qualitätsvorgaben sind jedoch häufig wenig konkret. Zudem sind oftmals nur einzelne ausgewählte Leistungsbereiche betroffen. Der eher geringe Einfluss begründet sich möglicherweise auch darin, dass die Länder selbstständig aktiv werden müssen, um eine bestimmte Versorgungsqualität durchzusetzen.

Planungskonzepte zur Qualitätssicherung mit wettbewerbsbeschränkender Wirkung

K29. Zur Verwirklichung der gesetzlichen Ziele und Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung müssen die Krankenhausplanungen der Länder über geeignete Instrumente verfügen, mit denen sie die Krankenhauslandschaft in Bezug auf die Struktur und Qualität gestalten können. Die in der Praxis derzeit wichtigsten und häufig diskutierten Planungsinstrumente zur Qualitätsverbesserung sind das sog. Versorgungsstufen- und das Leistungsgruppenkonzept.

K30. Im Rahmen des Versorgungsstufenkonzepts werden die Krankenhauskapazitäten eines Landes auf Basis von vordefinierten und mit Struktur- und Qualitätsvorgaben komplementierten Versorgungsstufen geplant. Aktuell setzen einige Bundesländer zur Qualitätssicherung auf eine solche Krankenhausplanung. Das Konzept stellt ein für Planungsbehörden methodisch vergleichsweise einfaches Planungsinstrument dar, mit dem Qualitätsanforderungen für einzelne Versorgungsstufen typisiert und rechtssicher durchgesetzt werden können. Die Anwendung des Versorgungsstufenkonzepts ist jedoch zugleich mit gewichtigen Nachteilen verbunden. Problematisch ist insbesondere die erhebliche Einschränkung des Wettbewerbs. Dies kann in Bezug auf die Versorgungsqualität zu kontraproduktiven Effekten führen und damit zulasten der stationären Versorgung von Patientinnen und Patienten gehen.

K31. Ein zum Versorgungsstufenkonzept alternatives und in Deutschland bisher neuartiges Planungsinstrument ist das Leistungsgruppenkonzept. Dabei werden die Versorgungskapazitäten eines Bundeslandes auf Basis verschiedener Leistungsgruppen, die spezifische medizinische Behandlungsleistungen abbilden, geplant. Das Land Nordrhein-Westfalen stellt als bisher erstes Bundesland zukünftig ihre Krankenhausplanung auf Leistungsgruppen um. Das Konzept bietet zur Qualitätssicherung einen im Vergleich zum Versorgungsstufenkonzept deutlich umfassenderen Ansatz, da es die Festlegung individueller Qualitätsvorgaben für einzelne Leistungsgruppen ermöglicht. Zudem verbleibt bei einer nach Leistungsgruppen vorgenommenen Krankenhausplanung potenziell mehr Raum für einen Wettbewerb zwischen Krankenhäusern. Die Monopolkommission empfiehlt, das Leistungsgruppenkonzept in den Bundesländern gezielt und im Einklang mit wettbewerblichen Anforderungen anzuwenden.

Auswahlentscheidungen stärken

K32. Auswahlentscheidungen können einen wichtigen Beitrag zur Förderung der Behandlungsqualität leisten. Sie umfassen die Abwägung der zuständigen Planungsbehörde, welche Krankenhäuser einen bestimmten Bedarf am besten decken können. Aktuell sollen Auswahlentscheidungen durchgeführt werden, falls eine Überversorgung festgestellt wird. Darüber hinaus sollte es nach Ansicht der Monopolkommission einen zweiten Anwendungsfall geben. Die Evidenz zeigt, dass es regelmäßig einen Zusammenhang zwischen den Fallzahlen und der Behandlungsqualität gibt. Die Fallzahlen könnten dadurch gesteigert werden, indem die vorhandenen Behandlungskapazitäten auf eine bestimmte Anzahl von Standorten reduziert wird. Eine solche Reduktion sollte durch eine Planungsentscheidung erfolgen. Allerdings sind nicht nur die Auswirkungen auf die Fallzahlen und damit auf die Qualität, sondern sämtliche Effekte einer solchen Reduktion zu betrachten. Diese kann insbesondere weniger Wettbewerb an den verbleibenden Standorten zur Folge haben. Die Herausforderung besteht somit darin, nur dann eine Begrenzung der Standorte anzustreben, wenn die positiven Effekte insgesamt überwiegen. Für eine bessere Praktikabilität der im Rahmen von Auswahlentscheidungen erforderlichen Abwägung schlägt die Monopolkommission vor, Prinzipien aus dem Kartellrecht zu übertragen und gesetzlich zu verankern. Insbesondere könnte eine Vermutungsschwelle anhand der Marktanteile der verbleibenden Standorte eingeführt werden, um den Effekten auf den Wettbewerb ausreichend Rechnung zu tragen und gleichzeitig die Handhabbarkeit zu gewährleisten.

K33. Generell können Auswahlentscheidungen – abgesehen von den Implikationen auf den Wettbewerb – in der Praxis komplex sein. Die Monopolkommission schlägt vor zu prüfen, ob das IQTIG insbesondere auf Basis der bereits erhobenen Qualitätsindikatoren die Planungsbehörden bei Auswahlentscheidungen unterstützen könnte. Darüber hinaus weist sie darauf hin, dass auch für die Auswahlentscheidungen eine umfassende Erfassung der Behandlungsqualität durch entsprechende Indikatoren hilfreich ist.

Einfluss weiterer Qualitätsinstrumente nutzen

K34. Die Qualität der stationären Krankenversorgung könnte zudem durch die Instrumente einer qualitätsorientierten Versorgung und durch Qualitätsverträge gesteigert werden. Bei der qualitätsorientierten Vergütung werden eine besonders hohe, bzw. nachweisbar schlechte Qualität mit Bonus- oder Maluszahlungen belegt. Im internationalen Vergleich kommen unterschiedliche, teils sehr erfolgreiche Pay-for-Performance-Mechanismen zum Einsatz. In Deutschland sollte ein solcher, regulatorischer Mechanismus in Form von Qualitätszu- und -abschlägen auf die Fallpauschalen umgesetzt werden. Dieser Ansatz scheiterte bislang an der fehlenden Weiterentwicklung von Qualitätsindikatoren zur Abgrenzung besonders guter und unzureichender Qualität. Da über Qualitätszu- und -abschläge positive Effekte auf die Qualität im deutschen Krankenhauswesen möglich sind, sollte das IQTIG zusätzliche Aufträge für die gezielte Weiterentwicklung der Qualitätsindikatoren und zur Erarbeitung nachhaltiger Anreizmechanismen erhalten.

K35. Mit Qualitätsverträgen vereinbaren Krankenkassen und Krankenhäuser gesonderte Qualitätsanforderungen zu stationären Leistungen. Qualitätsverträge sind gemäß § 110a SGB V nur für ausgewählte Leistungsbereiche und vorgegebene Qualitätsanforderungen möglich. Diese Einschränkung kann ein Grund dafür sein, warum bisher nur sehr wenige Qualitätsverträge vereinbart wurden. Für Krankenkassen ist der Abschluss dieser Verträge außerdem bislang nicht vorteilhaft, da sie durch die Qualitätsanforderungen zumeist nicht nur ihre eigenen, sondern auch die Versicherten der anderen Krankenkassen fördern. Zudem können sie nicht sicherstellen, dass die Versicherten die Vertragskrankenhäuser aufsuchen und von den vereinbarten höherwertigen stationären Leistungen tatsächlich profitieren. Die Monopolkommission empfiehlt, Qualitätsverträge an Krankenhauswahltarife zu koppeln. Hierüber könnten Krankenkassen sicherstellen, dass die über Qualitätsverträge vereinbarten höherwertigen Leistungen von den Versicherten wahrgenommen werden.

Kapitel 1

Krankenhauslandschaft im politischen Fokus

1. Im dritten Jahr der Corona-Pandemie richten sich in Deutschland Fragen der Gesundheitspolitik wieder verstärkt auf langfristige Strukturen jenseits der pandemischen Ausnahmesituation. Hierbei steht erneut die deutsche Krankenhauslandschaft im Blickfeld, nimmt doch gerade die Debatte um die derzeit bestehenden Versorgungsstrukturen Fahrt auf. Der Auslöser dieser vor allem zwischen Fachgremien und Marktakteuren geführten Diskussion sind die Ankündigungen der Bundesregierung, umfassende Reformen für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung auf den Weg zu bringen.¹ Hierzu wurde eine Regierungskommission eingesetzt, die Empfehlungen und Leitplanken für die Weiterentwicklung der Krankenhausplanung und -finanzierung erarbeiten soll.

2. Die Fragestellungen um eine Reform der Krankenhausversorgung knüpfen an schon länger bestehende Forderungen und Bestrebungen vieler Fachleute und Gremien im Gesundheitswesen an. Bereits seit Jahren wird an den Strukturen der deutschen Krankenhauslandschaft Kritik geübt. Im Kern zielt diese darauf ab, dass es eine zu hohe Anzahl an kleinen und kaum spezialisierten Krankenhäusern gebe, deren regionale Leistungsangebote nur selten aufeinander abgestimmt seien. Die Folge seien suboptimale Angebotsstrukturen, geprägt vor allem durch Überkapazitäten („Überversorgung“). Demgegenüber fehlten gegebenenfalls Kapazitäten im ländlichen Raum („Unterversorgung“). Dies führe zu Defiziten in der Behandlungsqualität, Ineffizienzen und Unwirtschaftlichkeiten in deutschen Krankenhäusern.² Vielen Krankenhäuser drohe daher die Insolvenz, was eine für die Daseinsfürsorge notwendige Krankenhausversorgung der Bevölkerung in einzelnen Regionen zusätzlich gefährden könne. Ein weiterer Schwerpunkt der Diskussion liegt auf der Verbesserung der stationären Versorgungsqualität (Vermeidung einer qualitativen „Fehlversorgung“).

3. Nach Ansicht der Monopolkommission gilt es, vor allem die auf die Struktur der Krankenhauslandschaft einwirkenden Einflussfaktoren und Steuerungsmechanismen in den Blickpunkt zu nehmen. Unstrittig spielt der Staat bei der Gestaltung bedarfsdeckender stationärer Versorgungsstrukturen eine wesentliche Rolle. Er muss den besonderen gesellschaftlichen Ansprüchen an eine flächendeckende und solidarische Versorgungsstruktur Rechnung tragen. Deshalb obliegt ihm die Verantwortung dafür, dass die Versorgungssicherheit der Bevölkerung gegeben ist und die als notwendig erachteten Krankenhausleistungen vorgehalten werden. Gleichwohl sind marktwirtschaftliche Mechanismen und wettbewerbliche Anreize unabdingbar, damit bestehende Versorgungsstrukturen optimal genutzt und das eigene Versorgungs-

¹ Mehr Fortschritt wagen: Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit, Koalitionsvertrag 2021-2025 zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP, 2021, S. 67.

² Siehe beispielsweise Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-Gesundheit), Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, Bonn/Berlin, Juni 2018; Rürup, B., Medizinische Versorgung: Überkapazitäten, Unwirtschaftlichkeit, Fehlplanung, Handelsblatt, 21. Juni 2019; Elsner, U., Umbau der Krankenhausstrukturen ist überfällig, Ersatzkasse Magazin, 2. Ausgabe 2021, 15. April 2021.

angebot qualitativ sowie mengenmäßig an die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten angepasst werden.

4. Eine effiziente und sichere Versorgungsstruktur zugunsten der Patientinnen und Patienten kann sich einstellen, wenn die Mechanismen wettbewerblicher Selbstorganisation und staatlicher Planung und Regelsetzung jeweils wirksam und aufeinander abgestimmt sind. Der Fokus dieses Sondergutachtens liegt daher auf der strukturellen Ausgestaltung der deutschen Krankenhauslandschaft durch Staat und Wettbewerb. Zentral hierfür ist die Frage, wie die gesetzlich festgelegten gesellschaftlichen Ziele in Zukunft bestmöglich erreicht werden können. Die Monopolkommission hat dazu nachfolgend zunächst die gesellschaftlichen Ziele identifiziert und die zentralen Einflussmechanismen der deutschen Krankenhausversorgung skizziert (Kapitel 2). In einem nächsten Schritt erfolgt eine Bestandsaufnahme des Status Quo und der Entwicklung zentraler Strukturmerkmale (Kapitel 3). Darauffolgend hat die Monopolkommission mögliche Probleme bestehender Steuerungsmechanismen identifiziert und Lösungsansätze in Bezug auf die Sicherstellung einer flächendeckenden (Kapitel 4) sowie qualitativ hochwertigen (Kapitel 5) Krankenhausversorgung, unter der Bedingung der finanziellen Tragfähigkeit, geprüft. Die Analyse betrifft hier im Einzelnen vor allem die Rolle des Wettbewerbs, die Wirkung der bei den Bundesländern angesiedelten Krankenhausplanungsbehörden und die diese Organisationsmechanismen flankierenden Finanzierungsinstrumente. Im Ergebnis lassen sich konkrete Probleme und klare Lösungsansätze aufzeigen, die die Ursache von Unter-, Über- und qualitativer Fehlversorgung beheben (Kapitel 6).

Kapitel 2

Gesellschaftliche Ziele und Einflussmechanismen der deutschen Krankenhausversorgung

2.1 Die gesellschaftlichen Ziele der Krankenhausversorgung

5. Die Versorgung der gesamten Bevölkerung mit Krankenhausleistungen ist für die Bürgerinnen und Bürger von herausragender Bedeutung. Die Ausgestaltung dieser stationären Versorgung wird durch staatliche Vorgaben und den Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern geprägt. Im vorliegenden Gutachten werden wesentliche Rahmenbedingungen und Steuerungsinstrumente analysiert und bewertet. Dies setzt einen Maßstab voraus, anhand dessen eine solche Bewertung vorgenommen werden kann. In diesem Zusammenhang nimmt die Gesetzgebung eine zentrale Rolle ein, die im Rahmen ihrer Einschätzungsprärogative bestimmte gesellschaftliche Zielvorstellungen über die stationäre Versorgung in Deutschland festlegt. Vor diesem Hintergrund sollen im Folgenden die verfassungsrechtlichen und einfachgesetzlichen Vorgaben, anhand derer sich die gesellschaftlichen Ziele der Krankenhausversorgung begründen, näher herausgearbeitet werden.

6. Ausgangspunkt für die Ausgestaltung der gesellschaftlichen Ziele bilden die Vorgaben im Grundgesetz. Der Staat ist verfassungsrechtlich verpflichtet, ein leistungsfähiges Gesundheitssystem zu schaffen. Dies wird auf das Sozialstaatsprinzip (Art. 20 Abs. 1, 28 Abs. 1 Satz 1 GG) und das Recht des Menschen auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG) zurückgeführt.³ Um dieser Verpflichtung nachzukommen, hat der Staat eine bedarfsgerechte und leistungsfähige Krankenhausversorgung sicherzustellen.⁴ Darüber hinaus ist im Rahmen der Fortentwicklung des Marktes auf die Vielfalt der Krankenträger Rücksicht zu nehmen. Dies ergibt sich aus dem Gleichheitssatz (Art. 3 Abs. 1 GG i. V. m. Art. 19 Abs. 3 GG) und dem Schutz der Berufsfreiheit der privaten und freigemeinnützigen Träger (Art. 12 GG i. V. m. Art. 19 Abs. 3 GG).⁵ In Bezug auf die kommunalen Träger ist zudem die verfassungsrechtliche kommunale Selbstverwaltungsgarantie gemäß Art. 28 Abs. 2 GG zu berücksichtigen.⁶ Insgesamt ist der verfassungsrechtliche Auftrag sehr vage. Er wurde aber vom Bund in § 1 KHG und von den Bundesländern in den entsprechenden Landesgesetzen konkretisiert.⁷ Von mittelbarer Relevanz sind die im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) festgelegten Ziele. Sie betreffen primär das Verhältnis zwischen den Krankenkassen zu den Versicherten sowie zu den Leistungserbringern. Die einfachgesetzlich festgelegten Ziele lassen sich in der Gesamtschau drei übergeordneten Zielen zuordnen.

³ BVerfG, 1 BvR 608/79, 8. April 1981, Universitäre Krankenhausversorgung, BVerfGE 57, 70, Rz. 92; Kaltenborn, M., in: Huster, S./Kaltenborn, M. (Hrsg.), Krankenhausrecht, 2. Aufl., München, 2017, § 2 Rn. 5 mwN.

⁴ BVerfG, 1 BvR 355/86, 12. Juni 1990, Krankenhausplan, BVerfGE 82, 209, Rz. 82.

⁵ BVerfG, 1 BvR 88/00, 4. März 2004, Krankenhausplan 2000, GesR 2004, 296, Rz. 31.

⁶ Friedrich, U./Leber, G., in: Huster, S./Kaltenborn, M. (Hrsg.), Krankenhausrecht, a. a. O., S. 605 ff.

⁷ § 1 LKHG B-W; Art. 1 BayKrG; § 1 Abs. 1, 2 LKG Berlin; §§ 1, 12 BbgKHEG; §§ 2 Abs. 1, 3 Abs. 1 Satz 2 BremKrHG; § 1 HKHG; § 1 Abs. 1 Satz 1 LKHG M-V; § 1 Abs. 1 KHGG NRW; § 1 LKG R-P; § 1 Abs. 1 KHG Saarland; § 1 Abs. 1. 3 KHG LSA; § 1 KHG S-H; § 1 ThürKHG.

Eine flächendeckende Versorgung

7. Ein übergeordnetes Ziel ist die bedarfsgerechte Versorgung (§ 1 KHG).⁸ Unklar ist, was genau unter diesem Begriff zu verstehen ist. Er ist gesetzlich nicht näher definiert. Auch ein Blick in die Landesgesetze hilft insofern nicht weiter. Dort wird teilweise eine flächendeckende⁹ bzw. wohnortnahe¹⁰ oder regional ausgeglichene¹¹ Versorgung als Ziel normiert. Diese Formulierungen sind ebenfalls nicht verbindlich definiert und werden uneinheitlich verwendet. Es spricht viel dafür, dass sich diese Begriffe zumindest teilweise mit dem Begriff der Bedarfsgerechtigkeit überschneiden. Darunter wird in der Praxis typischerweise der zu definierende und entsprechend zu berechnende Bedarf an Krankenhausbetten und Fachabteilungen verstanden. Dies führt dazu, dass in manchen Bundesländern Vorgaben zur Maximalentfernung, also die maximale Entfernung zwischen Wohnort und Krankenhaus, existieren, obwohl bundes- und landesrechtlich nur eine „bedarfsgerechte“ Versorgung zu gewährleisten ist. In anderen Bundesländern finden sich hingegen keine entsprechenden Regelungen, obwohl eine flächendeckende Versorgung ausdrücklich vorgeschrieben ist. In § 70 Abs. 1 S. 1 SGB V wird ebenfalls eine bedarfsgerechte und gleichmäßige Versorgung vorgeschrieben. Die Versorgung ist demnach gleichmäßig, wenn im Bundesgebiet allgemein ein hinsichtlich des Versorgungsumfangs einheitliches Niveau gewährleistet wird.¹²

8. Darüber hinaus schreibt § 1 Abs. 1 KHG vor, dass die stationäre Versorgung in „patientengerechter“ Form erfolgen soll. Dies bezeichnet eine Versorgung, die sich an den individuellen Bedürfnissen und Wünschen der Patientinnen und Patienten orientiert.¹³ Damit wird deren verfassungsrechtlich garantiertes Recht auf Selbstbestimmung gewahrt (Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG).¹⁴ Wie dies in der Krankenhausplanung der Bundesländer berücksichtigt werden soll, ist unklar. Es wird vertreten, dass insbesondere eine wohnortnahe Versorgung den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten diene, weil die Nähe zur vertrauten Umgebung und zum sozialen Umfeld den psychischen Stress mindere.¹⁵ Außerdem würde die Erreichbarkeit des nächsten Krankenhauses im Notfall einen wichtigen Faktor für eine erfolgreiche Behandlung darstellen.¹⁶

9. Die verschiedenen gesetzlichen Vorgaben haben gemeinsam, dass in sämtlichen Regionen Deutschlands eine ausreichende stationäre Versorgung sichergestellt werden soll. Sie lassen

⁸ Der Inhalt des § 1 KHG wird in sämtlichen Landesgesetzen aufgegriffen. Anstelle aller wird in diesem Abschnitt nur auf § 1 KHG verwiesen. Das Ziel der Bedarfsgerechtigkeit findet sich darüber hinaus auch in § 70 Abs. 1 SGB V wieder.

⁹ § 1 Abs. 1 HKHG.

¹⁰ § 1 Abs. 1 KHGG NRW.

¹¹ § 1 Abs. 1 Satz 1 BbgKHEG.

¹² Schuler, R., in: Hänlein, A./Schuler, R. (Hrsg.), LPK SGB V, 6. Aufl. 2022, § 70 Rz. 3.

¹³ Bundestag, Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG), BT-Drs. 18/5372 vom 30. Juni 2015, S. 50.

¹⁴ Dettling, H.-U./Würtenberger, T., in: Dettling, H.-U./Gerlach, A. (Hrsg.), Krankenhausrecht, 2. Aufl., München, 2018, § 1 KHG Rz. 76.

¹⁵ Dettling, H.-U./Würtenberger, T., in: Dettling, H.-U./Gerlach, A. (Hrsg.), Krankenhausrecht, a. a. O., § 1 KHG Rz. 89.

¹⁶ Dettling, H.-U./Würtenberger, T., in: Dettling, H.-U./Gerlach, A. (Hrsg.), Krankenhausrecht, a. a. O., § 1 KHG Rz. 90.

sich deshalb unter dem Ziel der flächendeckenden Versorgung zusammenfassen. In diesem Gutachten wird darunter ein politisch zu definierendes stationäres Versorgungsnetz verstanden. Dieses Versorgungsnetz kann beispielsweise anhand der Anzahl an Krankenhausbetten oder Fachabteilungen bestimmt werden. Zusätzlich kann z. B. eine zu bestimmende Maximalentfernung zwischen den Krankenhäusern definiert werden.

Eine finanziell tragfähige Leistungserbringung

10. Eine flächendeckende Versorgung muss allerdings auch finanzierbar bleiben. Dieser Aspekt wird in § 1 Abs. 1 KHG aufgegriffen, wonach das KHG zu sozial tragbaren Pflegesätzen beitragen soll. Ab dem Jahr 2003 wurden die Pflegesätze sukzessive durch vereinheitlichende Fallpauschalen abgelöst, auf die dieses Ziel übertragbar ist.¹⁷ Hintergrund der Formulierung in § 1 Abs. 1 KHG ist, dass die Pflegesätze, die damals die „Benutzungskosten“ decken sollten, nicht für die vollumfängliche Finanzierung der Krankenhäuser ausreichten.¹⁸ Deshalb wurde durch das KHG im Jahr 1971 eine zusätzliche Investitionskostenfinanzierung durch Bund und Länder eingeführt, wodurch die Investitionskosten der Krankenhäuser getragen und die Pflegesätze entlastet werden sollten.¹⁹ Im Gegensatz zur Investitionskostenförderung entsprechen die „Benutzungskosten“ den laufenden Betriebskosten der Krankenhäuser, also den Kosten, die pro Behandlungsfall anfallen. Über die historische Bedeutung hinaus wird die Formulierung der sozial tragbaren Pflegesätze so interpretiert, dass die Krankenhausversorgung möglichst kostengünstig erfolgen soll.²⁰ Dies trägt dem Umstand Rechnung, dass die für die Krankenhausversorgung verfügbaren Geldmittel begrenzt sind und deshalb möglichst wirtschaftlich eingesetzt werden sollten. Dementsprechend sind die Länder gemäß § 6 Abs. 1 Hs. 2 KHG verpflichtet, bei der Krankenhausplanung die daraus resultierenden Kosten zu berücksichtigen.

11. In § 1 Abs. 1 KHG ist außerdem festgelegt, dass die Krankenhäuser eigenverantwortlich wirtschaften sollen. Das Prinzip der Eigenverantwortlichkeit wird in § 17 Abs. 1 Satz 4 KHG beschrieben.²¹ Demnach verbleiben Überschüsse dem Krankenhaus und die Verluste sind vom Krankenhaus zu tragen. Abgesehen davon ist gesetzlich nicht definiert, was das Ziel des eigenverantwortlichen Wirtschaftens umfasst. Auch aus den landesrechtlichen Vorschriften ergeben sich insofern keine weitergehenden Konkretisierungen. In der Gesamtschau zeigt sich, dass nach dem Willen des Gesetzgebers die Ausgestaltung des Krankensektors auch unter dem Gesichtspunkt der Finanzierbarkeit erfolgen soll.

12. Dieser Gedanke wird auch im SGB V im Rahmen des sog. Wirtschaftlichkeitsgebots aufgegriffen. Demnach müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein.

¹⁷ Siehe näher zu den Fallpauschalen 2.2.3.

¹⁸ Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze, BT-Drs. VI/1874 vom 25. Februar 1971, S. 10.

¹⁹ Bundesregierung, BT-Drs. VI/1874, a. a. O., S. 10.

²⁰ Dettling, H.-U./Würtenberger, T., in: Dettling, H.-U./Gerlach, A. (Hrsg.), Krankenhausrecht, a. a. O., § 1 KHG Rz. 238; BVerwG, 3 C 134/79, 26. März 1981, BVerwGE 62, 86-108, Rz. 84.

²¹ Dettling, H.-U./Würtenberger, T., in: Dettling, H.-U./Gerlach, A. (Hrsg.), Krankenhausrecht, a. a. O., § 1 KHG, Rz. 208.

Zudem dürfen sie das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.²² Ausreichend bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Behandlung keine mangelhafte Qualität aufweist und ausreichende Chancen auf einen Heilerfolg gewährt.²³ Eine Behandlung ist zweckmäßig, wenn sie sich im konkreten Fall ex ante objektiv medizinisch eignet, um das Behandlungsziel zu erreichen.²⁴ Die Wirtschaftlichkeit im engeren Sinne ist dann erfüllt, wenn diejenige Behandlung mit der besten Kosten-Nutzen-Relation durchgeführt wird.²⁵ Das Merkmal der Notwendigkeit bezieht sich darauf, ob der Zustand der zu behandelnden Person durch die Leistungserbringung verbessert werden kann, ohne dass eine kostengünstigere Alternative ersichtlich wäre.²⁶

13. Die Finanzierbarkeit der flächendeckenden Versorgung dürfte im ökonomischen Sinne dem Effizienzgedanken entsprechen, d. h. die Versorgung so zu sichern, dass die damit verbundenen Ziele mit möglichst geringem Aufwand erreicht werden bzw. dass die eingesetzten Mittel zur bestmöglichen Leistungserbringung eingesetzt werden. Ein effizienter Einsatz der Mittel kann sich im wohlfahrtsökonomischen Sinne am besten durch dezentrale Wettbewerbsprozesse erreichen lassen. Im vorliegenden Gutachten wird auf dieses Ziel unter dem Begriff der finanziell tragfähigen Versorgung Bezug genommen.

Eine qualitativ hochwertige Behandlung

14. Ein weiteres übergeordnetes Ziel betrifft die Qualität der stationären Versorgung. Es gibt verschiedene gesetzliche Vorgaben, die dieses Ziel konkretisieren sollen. Einen ersten Anhaltspunkt zu Inhalt und Ausgestaltung des Qualitätsbegriffs geben die Vorgaben des § 1 Abs. 1 KHG. Dort ist die Einhaltung von Mindestqualitätsanforderungen durch den Begriff der Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser verankert. Ein Krankenhaus ist leistungsfähig, wenn sein Angebot *„die Anforderungen erfüllt, die nach dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft an ein Krankenhaus der betreffenden Art zu stellen sind. (...) Darüber hinaus ist bedeutsam, ob die nach medizinischen Erkenntnissen erforderliche personelle, räumliche und medizinische Ausstattung vorhanden ist.“*²⁷ Die Leistungsfähigkeit muss auf Dauer angelegt sein.²⁸ Ihr Umfang bestimmt sich nach dem erteilten Versorgungsauftrag, beschränkt sich aber jedenfalls auf ein qualitatives Mindestmaß. Zusätzlich soll die stationäre Krankenhausversorgung qualitativ hochwertig sein (§ 1 Abs. 1 KHG). Dies ermöglicht die Berücksichtigung weiterer Qualitätsanforderungen in der Krankenhausplanung, die über das Ziel der Leistungsfähigkeit hinausgehen. Eine gesetzliche Definition, was konkret unter dem Merkmal der qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung zu verstehen ist, existiert allerdings nicht. § 2 Abs. 1 S. 2 SGB V bestimmt lediglich, dass die Qualität und die Wirksamkeit der Leistungen

²² §§ 2 Abs. 4, 12 Abs. 1, 70 Abs. 2 S. 2 SGB V.

²³ Scholz, K. in: Becker, U./Kingreen, T. (Hrsg.), SGB V, 7. Aufl. 2020, München, § 12 Rn. 8 mit weiteren Nachweisen.

²⁴ Ebenda.

²⁵ Ebenda, Rn. 9.

²⁶ Scholz, K. in: Becker U./Kingreen T. (Hrsg.), SGB V, a. a. O., § 12 Rz. 8, mit weiteren Nachweisen.

²⁷ BVerfG, 1 BvR 355/86, a. a. O., Rz. 72.

²⁸ BVerwG, 3 C 69/90, 25. März 1993, ECLI:DE:BVerwG:2021:111121U3C6.20.0.

dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen haben.²⁹

15. Ein weiteres Ziel, welches eine qualitativ hochwertige Behandlung sichern soll, ist die digitale Ausstattung von Krankenhäusern (§ 1 Abs. 1 KHG). Zusätzlich wird in manchen Bundesländern eine Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander, aber auch mit anderen Beteiligten der Gesundheitsversorgung, als weiteres Ziel festgelegt.³⁰ Dies soll einer verbesserten Behandlungsqualität dienen.³¹ In Nordrhein-Westfalen und Bayern wird zudem vorgeschrieben, dass ein abgestuftes Krankenhausnetz geschaffen werden muss.³² Dies beinhaltet, dass die Krankenhäuser in verschiedene Kategorien, vom Grundversorger bis zum Maximalversorger, eingeteilt werden. Die Einteilung erfolgt nach Intensität der möglichen stationären Versorgung und der Größe einer Einrichtung.³³ Dies soll, neben einer Vermeidung einer Über- oder Unterversorgung, vor allem eine höhere Versorgungsqualität sicherstellen, weil sich so die Krankenhäuser auf festgelegte Aufgaben spezialisieren können.³⁴ Insofern könnte die Implementierung eines abgestuften Krankenhausnetzes auch als Mittel zur Qualitätssteigerung anstatt als eigenes Ziel eingeordnet werden.

16. All diese Vorgaben zeigen, dass die Behandlungsqualität als zentral für die Art der Ausgestaltung der stationären Versorgung angesehen wird. Allerdings ist nicht ersichtlich, was die Gesetzgebung konkret unter dem Begriff der Qualität versteht. Dadurch ist die Herausarbeitung eines klaren Bewertungsmaßstabes für dieses Gutachten erschwert. In der Regel umfasst der Begriff der qualitativ hochwertigen Versorgung die drei nicht klar abzugrenzenden Qualitätsdimensionen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Die Strukturqualität bezieht sich insofern auf die Rahmenbedingungen der Behandlungsleistung, während die Prozessqualität die Behandlungs- und Arbeitsabläufe betrifft und die Ergebnisqualität den Behandlungserfolg umfasst.³⁵ Neben objektiven Merkmalen, wie einer Behandlungsgestaltung nach geltenden medizinischen Standards, sind auch subjektive Kriterien erfasst, beispielsweise die von den Behandelten wahrgenommene Freundlichkeit des Pflegepersonals oder die Qualität des Essens im Krankenhaus. Im vorliegenden Gutachten meint der Qualitätsbegriff nicht den Versorgungsumfang, der insbesondere durch das Wirtschaftlichkeitsgebot im SGB V bestimmt wird. Stattdessen zielt er auf den Teil der Qualität ab, der von den Krankenhäusern beeinflusst werden kann. In Bezug auf die Zielsetzung, eine möglichst hochwertige Qualität zu erreichen, ist somit von einem relativen Qualitätsziel auszugehen. Zwar ist überall ein bestimmtes Versor-

²⁹ Auch § 70 Abs. 1 S. 2 SGB V bestimmt, dass die Versorgung in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden muss.

³⁰ § 1 Abs. 3 LKGBerlin; §§ 1 Abs. 1 Satz 2, 9 Abs. 2 Nr. 1 BbgKHEG; §§ 2 Abs. 2, 25 BremKrHG; § 1 Abs. 2 Satz 1 HmbKHG; § 1 Abs. 1 Satz 2 LKHG M-V; § 1 Abs. 2 KHG LSA; § 1 Abs. 1 Nr. 2 KHG S-H.

³¹ Siehe beispielsweise Bayerischer Landtag, Gesetzentwurf zur Änderung des Bayerischen Krankenhausgesetzes, LT-Drs. 17/21463 vom 23. März 2018, S. 14.

³² Art. 1 BayKrG; § 1 Abs. 1 KHGG NRW.

³³ Siehe ausführlichere Darstellung in Abschnitt 3.1.

³⁴ Landtag Nordrhein-Westfalen, Gesetzentwurf der Fraktion der CDU und der Fraktion der FDP – Drittes Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalens, LT NRW-Drs. 17/11162 vom 29. September 2020, S. 28.

³⁵ Siehe ausführliche Darstellung in Abschnitt 3.3.

gungsniveau anzustreben, das eine allgemeine Mindestqualität erfüllt. Ein vollkommen gleiches Qualitätsniveau in allen Krankenhäusern stellt jedoch weder eine realistische noch eine sinnvolle Interpretation der Qualitätsoptimierung dar. Beim Qualitätsziel der stationären Versorgung geht es aus Sicht der Monopolkommission deshalb notwendigerweise darum, die bestmögliche Qualität bei den in einer Region möglichen Versorgungsangeboten zu erreichen und zugleich eine Mindestbehandlungsqualität in allen Krankenhäusern zu sichern.

Einordnung der Ziele und der Sonderfall der Trägervielfalt

17. In der Gesamtschau wird deutlich, dass sich die verschiedenen gesetzlichen Vorgaben in drei übergeordnete Zielsetzungen einteilen lassen. Erstens ist eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen, also quantitativ ausreichende stationäre Behandlungsmöglichkeiten zu gewährleisten. Zweitens soll die Krankenhausversorgung finanziell tragfähig, also möglichst kostengünstig sein. Drittens ist die Behandlungsqualität sicherzustellen bzw. zu fördern. Diese drei Ziele stehen im Fokus der weiteren Analyse.

18. Einen Sonderfall bildet die gesetzliche Vorgabe, die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten (§ 1 Abs. 2 Satz 1 KHG). Entsprechend ist gem. § 2 Abs. 3 SGB V bei der Auswahl der Leistungserbringer ihre Vielfalt zu beachten. In Deutschland werden die Krankenhäuser durch öffentliche, freigemeinnützige und private Träger betrieben.³⁶ Die sog. Trägervielfalt dient zunächst dem Schutz der verfassungsrechtlich garantierten Berufsfreiheit (Art. 12 GG i. V. m. Art. 19 Abs. 3 GG) der freigemeinnützigen und privaten Krankenhausträger. Darüber hinaus ist sie Ausdruck des Gleichbehandlungsgrundsatzes (Art. 3 Abs. 1 GG i. V. m. Art. 19 Abs. 3 GG) und dient somit der grundsätzlichen Chancengleichheit.³⁷ Allerdings ist die Vielfalt der Krankenhausträger gemäß § 8 Abs. 2 Satz 2 Halbsatz 2 KHG gegenüber dem Ziel der qualitativ hochwertigen Behandlung als nachrangig zu betrachten. Während bei den drei übergeordneten Zielen die Versorgung der Bevölkerung im Mittelpunkt steht, dient die Trägervielfalt demnach schwerpunktmäßig dem Interessenschutz der Krankenhausträger. Deshalb wird der Aspekt der Trägervielfalt im vorliegenden Gutachten lediglich im Zusammenhang mit den Entscheidungsspielräumen der Krankenhausplanung betrachtet.

2.2 Grundlegende Mechanismen zur Einflussnahme in Deutschland

19. Die gegenwärtigen Strukturen der deutschen Krankenhausversorgung sind über die Zeit historisch gewachsen und haben sich stets verändert. Strukturelle Veränderungen sind dabei häufig das Ergebnis von sich veränderten Bedürfnissen und Anforderungen der Gesellschaft etwa an die Bezahlbarkeit oder die Leistungsfähigkeit der Krankenhausversorgung. Erst jüngst zeigte die Covid-19-Pandemie eindrücklich, wie rasant sich der gesellschaftliche Blickwinkel auf vorhandene Versorgungsstrukturen verändern kann. Während etwa vor der Covid-19-Pandemie eine im internationalen Vergleich überdurchschnittliche Vorhaltung von Krankenhauskapazitäten häufig kritisiert wurde, wird diese nunmehr als eher positiv wahrgenommen.

³⁶ Siehe ausführliche Darstellung in Abschnitt 3.1.

³⁷ BVerfG, 1 BvR 88/00, a. a. O., Rz. 31.

Unumstritten ist dabei, dass dem Staat bei der Gestaltung und Steuerung der relevanten Rahmenbedingungen, z. B. bei der konkreten Sicherstellung des stationären Versorgungsbedarfs und dem Finanzierungssystem, eine wesentliche Aufgabe zukommt. Allerdings können auch die Sicherstellung geeigneter Rahmenbedingungen für den Wettbewerb als wesentliches dezentrales Steuerungssystem in Frage kommen. Wettbewerb kann dazu beitragen, dass bei den Krankenhäusern unterschiedlicher Träger individuelle Anreize entstehen, die vorhandenen Versorgungsstrukturen effizient zu nutzen und qualitativ sowie mengenmäßig dem Versorgungsbedarf anzupassen. Eine auf die Erfüllung der zuvor herausgearbeiteten gesellschaftlichen Ziele hinwirkende Versorgungsstruktur kann sich daher eher einstellen, wenn die gewählten Steuerungsmechanismen untereinander konsistent ausgestaltet wurden. Nachfolgend werden die derzeit bestehenden staatlichen sowie wettbewerblichen Instrumente der Einflussnahme vorgestellt.

2.2.1 Staatliche Versorgungssteuerung und Krankenhausplanung

20. Der Staat nimmt in Bezug auf die Steuerung stationärer Versorgungskapazitäten eine besondere, teils aktive Rolle ein. Dies leitet sich in Deutschland aus der verfassungsrechtlich verankerten Verpflichtung des Staates ab, für eine umfassende Versorgungssicherheit der Bevölkerung zu sorgen und die dafür als notwendig erachteten Krankenhausstrukturen vorzuhalten.³⁸ Hierzu greift der Staat unmittelbar in das Leistungsangebot der Krankenhäuser ein oder betreibt und finanziert diese teilweise selbst.

21. Zunächst gibt der Staat die allgemeinen Rahmenbedingungen der medizinischen Versorgung – insbesondere in Form des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) – in Deutschland vor. Das SGB V enthält dabei alle wesentlichen Bestimmungen über die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Im Einzelnen regelt das SGB V beispielsweise, wer zu dem versicherten Personenkreis gehört, wie die entsprechenden finanziellen Mittel aufgebracht werden oder wie das rechtliche sowie finanzielle Verhältnis zwischen Krankenversicherungen und Leistungserbringern ausgestaltet ist. Die konkrete Ausgestaltung dieser Vorschriften wird den Trägern des Gesundheitswesens überlassen (sog. Prinzip der Selbstverwaltung). Hierzu organisieren sich Versicherte, Beitragszahler sowie Leistungserbringer selbst in Verbänden, wie etwa der Kassenärztlichen Vereinigung oder dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Besonders bedeutend ist der G-BA. Der G-BA ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen.³⁹ Er ist durch die Legislative beauftragt, die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die medizinische Versorgung in Deutschland zu konkretisieren und über den Leistungsanspruch der gesetzlich Krankenversicherten rechtsverbindlich zu entscheiden. Im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags beschließt der G-BA Richtlinien, die neben der Konkretisierung von einzelnen Behandlungsleistungen auch etwa die Zulassung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder die Verordnung von Arzneimitteln betref-

³⁸ Die Verpflichtung des Staates, für die stationäre Krankenhausversorgung zu sorgen, leitet sich aus dem in Art. 20 Abs. 1 GG verankerten Sozialstaatsprinzip ab. Siehe Abschnitt 2.1 dieses Sondergutachtens.

³⁹ Der G-BA findet seine Rechtsgrundlage in § 91 SGB V.

fen.⁴⁰ Ebenso legt der G-BA beispielsweise diverse Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zum Qualitätsmanagement in Krankenhäusern fest. Hierzu zählen etwa spezifische Vorgaben zur Einhaltung von Mindestmengen bei ausgewählten Krankenhausleistungen.⁴¹

22. Die staatliche Gewährleistungsverantwortung für die Krankenhausversorgung tragen gegenwärtig die Bundesländer. Sie sind gemäß der allgemeinen Zielvorgabe aus § 1 Abs. 1 KHG dazu verpflichtet, eine bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige Versorgung der gesamten Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu gewährleisten und für die dafür erforderliche wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser zu sorgen. Die Gewährleistungsverantwortung bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Bundesländer die als notwendig erachteten Versorgungsleistungen zwar nicht unmittelbar durch den Betrieb eigener Krankenhäuser selbst erbringen müssen. Es liegt jedoch in ihrer Verantwortung diese Versorgungsleistungen zu „organisieren“ und normativ sicherzustellen.⁴²

23. Zur Erfüllung der Gewährleistungsverantwortung stellen die Bundesländer gemäß § 6 Abs. 1 Satz 1 KHG zunächst länderspezifische Krankenhauspläne auf. Ein Krankenhausplan weist in aller Regel die von den Bundesländern gewünschte Anzahl von Krankenhäusern und Betten in dem jeweiligen Zuständigkeitsgebiet aus.⁴³ Mit der Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan eines Landes wird den Krankenhäusern ein gesetzlicher Versorgungsauftrag erteilt. Die Krankenhäuser haben dadurch das Recht, stationäre Behandlungsleistungen mit den gesetzlichen Krankenkassen abzurechnen, weshalb für sie die Aufnahme in den Krankenhausplan von essenzieller Bedeutung ist. Das KHG bietet hinsichtlich der Krankenhausplanung nur einen sehr weitgefassten Rechtsrahmen. Nähere Regelungen zu Inhalt und Form treffen die Bundesländer gemäß § 6 Abs. 4 KHG im jeweiligen Landesrecht.⁴⁴ Infolge der landespezifischen Regelungen unterscheidet sich die konkrete Umsetzung und Aufgabewahrnehmung der Krankenhausplanung in den Ländern teilweise stark.

24. Einen besonderen Einfluss auf die Gestaltung und Steuerung der Krankenhausstrukturen in Deutschland können die Bundesländer nicht nur durch die Erstellung von Krankenhausplänen, sondern auch im Rahmen der Investitionskostenförderung von Krankenhäusern nehmen. Nach den Vorgaben des KHG sind die Länder gemäß § 6 Abs. 1 KHG verpflichtet, zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser entsprechende Investitionsprogramme zu entwickeln. Die wirtschaftliche Sicherstellung soll dabei nach dem Prinzip der dualen Finanzierung erfolgen: Die Finanzierung der laufenden Betriebskosten der Krankenhäuser erfolgt in der Regel und zu wesentlichen Teilen durch das Krankenversicherungssystem in Form einheitlicher

⁴⁰ Die Richtlinien haben für alle gesetzlich Krankenversicherten und Akteure der gesetzlichen Krankenversicherung, wie die Allgemeinen Ortskrankenkassen oder Betriebskrankenkassen, einen rechtsverbindlichen Charakter.

⁴¹ Gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V legt der G-BA für ausgewählte elektive Leistungen, wie z. B. für den Einsatz künstlicher Kniegelenke oder Lebertransplantationen, erforderliche Mindestmengen je behandelnder Ärztin bzw. behandelnden Arzt und/oder Krankenhaus pro Jahr fest. Damit soll sichergestellt werden, dass bestimmte Eingriffe nur von solchen Ärztinnen und Ärzten durchgeführt werden, die ein Mindestmaß an Erfahrung aufweisen.

⁴² Siehe hierzu auch Kluth, W., Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit aus rechtlicher Sicht, in: Klauber, J. u. a. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2018 - Schwerpunkt: Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit, Berlin, 2018, S. 44.

⁴³ Siehe hierzu im Detail Abschnitt 4.2.1 dieses Sondergutachtens.

⁴⁴ Siehe hierzu z. B. §§ 13 ff. KHGG NRW oder §§ 17 ff. HKHG.

Fallpauschalen (§§ 2 Abs. 1 Nr. 4, 4 Nr. 2, 16 ff. KHG). Die Investitionskosten werden hingegen von den Bundesländern als Kostenträger finanziert (§§ 8, 9 KHG). Zu den Investitionskosten zählen beispielsweise die Kosten der Errichtung (Neu- und Umbau) von Krankenhäusern oder die Anschaffung für den Krankenhausbetrieb notwendiger Anlagegüter.⁴⁵

25. Schließlich wirken auch die Landkreise, kreisfreien Städte und Gemeinden (nachfolgend kommunale Gebietskörperschaften) unmittelbar auf die Strukturen der stationären Versorgung ein. In den meisten Bundesländern sind sie gesetzlich verpflichtet, bei einer nicht ausreichenden stationären Versorgung der Bevölkerung durch private oder freigemeinnützige Krankenhaussträger die als notwendig erachteten stationären Krankenhausstrukturen bereitzustellen (sog. Sicherstellungsauftrag).⁴⁶ In der Regel bleibt die praktische Umsetzung und Ausgestaltung des Sicherstellungsauftrages den kommunalen Gebietskörperschaften selbst überlassen.⁴⁷ In Hessen können die Landkreise und kreisfreien Städte ihrer Verpflichtung beispielsweise auch nachkommen, indem Dritte mit dem Betrieb von Krankenhäusern beauftragt werden.⁴⁸ Grundsätzlich gilt, dass der Sicherstellungsauftrag auch für den Fall greift, dass der Krankenhausbetrieb unwirtschaftlich ist und gegebenenfalls zu finanziellen Verlusten führt. Insoweit leisten die kommunalen Gebietskörperschaften entsprechende Ausgleichszahlungen – in Form eines sog. Defizitausgleichs – an das betroffene Krankenhaus.

2.2.2 Anreizmechanismen zur Versorgungssteuerung

26. Die strukturellen Gegebenheiten der Krankenhauslandschaft werden darüber hinaus entscheidend durch regelgebundene Verhaltensvorgaben in Form von Regulierungsvorschriften geprägt. Es handelt sich dabei um ein System dauerhafter und rechtsverbindlicher Vorschriften des öffentlichen Rechts, welche gezielte Verhaltensanreize bei den Akteuren im Krankenhausmarkt auslösen und damit auf die Versorgungsstrukturen einwirken sollen. Die Regulierungsvorgaben werden zentral auf Bundesebene vorgegeben und regeln vor allem die Bedingungen des Marktzutritts und der Marktstätigkeit bzw. deren Finanzierung. Insoweit wird die freie Steuerung von Angebot und Nachfrage auf dem Markt von Krankenhausdienstleistungen durch gezieltes Einwirken auf Basis solcher exogenen Mechanismen eingeschränkt. Diese können Funktionen des Wettbewerbs flankieren, ihnen aber auch entgegenstehen.

27. Bei den gegenwärtig bestehenden Anreiz- bzw. Regulierungsmechanismen ist die sozialversicherungsrechtliche Preisregulierung von besonderer Bedeutung. So besteht eine Besonderheit des Krankenhausmarktes darin, dass Krankenhäuser die Preise für ihre erbrachten Behandlungen nicht frei gestalten können und die behandelten Personen nicht zugleich Kostenträger sind. Die Behandlungskosten werden daher grundsätzlich nicht von den Patientinnen

⁴⁵ Die Monopolkommission hat sich in ihrem XVII. Hauptgutachten bereits mit allgemeinen Fehlanreizen der Krankenhausfinanzierung kritisch auseinandergesetzt, vgl. Monopolkommission, XVII. Hauptgutachten, Weniger Staat, mehr Wettbewerb, Baden-Baden, 2008, Tz. 824 ff.

⁴⁶ § 3 Abs. 1 LKHG Ba-Wü; Art. 51 III Satz 1 Nr. 1 BayLKrO; § 1 Abs. 3 BbgKHEG; § 3 Abs. 4 BremKrHG; § 1 Abs. 2 Satz 4 LKHG M-V; § 1 Abs. 1 S. 2 NdsKHG; § 1 Abs. 3 Satz 2 KHGG NRW; § 2 Abs. 2 Satz 2 LKG R-P; § 3 Abs. 3 SaarSKHG; § 1 Abs. 3 Satz 2 SächsKHG.

⁴⁷ § 2 Abs. 1 Satz 1 KHG S-A; § 3 Abs. 1 LKHG S-H; § 2 Satz 1 ThürKHG.

⁴⁸ § 3 Abs. 2 Satz 1 HKHG.

und Patienten selbst getragen, sondern durch das sog. aG-DRG⁴⁹-Krankenversicherungssystem erbracht. Demnach erhalten Krankenhäuser für jede voll- oder teilstationär erbrachte Leistung einen pauschalen Betrag von der Krankenkasse der behandelten Person – die sog. Fallpauschale – vergütet.⁵⁰ Hierzu werden Behandlungsfälle, die sich medizinisch und hinsichtlich des Behandlungsaufwandes ähneln, zu einer Diagnose- bzw. Fallgruppe (DRG) zusammengefasst. Die Eingruppierung in Fallgruppen bestimmt sich unter anderem durch die Krankheitsart, den Schweregrad der Erkrankung sowie die dafür grundsätzlich erforderlichen Leistungen. Dieser unterschiedliche Behandlungsaufwand wird durch fallspezifische Bewertungsrelationen ausgedrückt. Die Höhe der Fallpauschale berechnet sich dann aus der Multiplikation der jeweiligen Bewertungsrelation mit dem Landesbasisfallwert.⁵¹ Die Vergütung variiert damit je nach Behandlungsfall und Bundesland. Grundsätzlich gilt, dass sie bei leichten Erkrankungen geringer ausfällt als bei schweren, aufwändig zu behandelnden Erkrankungen.

28. Zusätzlich zur Vergütung der Behandlungsleistungen über DRG-Fallpauschalen sieht das Regulierungssystem weitere Zu- und Abschläge vor. Diese zielen darauf ab, gesundheitspolitisch besonders anzustrebende Krankenhausstrukturen durch finanzielle Anreize zu fördern. So soll etwa die Mitwirkung zur Qualitätssicherung oder die Wahrnehmung besonderer Aufgaben honoriert oder die Nicht-Lieferung DRG-relevanter Krankenhausdaten sanktioniert werden. Zu den Zuschlägen gehören Zuschläge für die Bildung von Zentren und Leistungsschwerpunkten (sog. Zentrumszuschläge⁵²), für die Sicherstellung der Versorgung in bedarfsnotwendigen Gebieten (sog. Sicherstellungszuschläge⁵³) oder Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung.⁵⁴ Abschläge müssen Krankenhäuser hingegen hinnehmen, wenn sie beispielsweise nicht an der Notfallversorgung teilnehmen oder ihre DRG-Leistungsdaten nicht oder nicht rechtzeitig an die Krankenkassen übermitteln.⁵⁵ Je nach Zu- bzw. Abschlagsart wird die Höhe der Zahlungen entweder bundeseinheitlich oder krankenhausesindividuell jährlich zwischen den Vertragsparteien auf Bundesebene (namentlich Spitzenverband Bund der Krankenkassen, PKV-Verband und Deutsche Krankenhausgesellschaft) neu vereinbart.⁵⁶

⁴⁹ aG-DRG = German-Diagnosis-Related-Group-System, wobei das „a“ für „ausgegliedert“ steht. Hintergrund ist, dass zum 1. Januar 2020 die Pflegekosten aus dem DRG-Fallpauschalensystem ausgegliedert wurden. Die Finanzierung der Pflege wird seither unabhängig von den Fallzahlen eines Krankenhauses und deren Erlöse vergütet und als ein Jahresbudget ausbezahlt. Vgl. hierzu § 17b Abs. 4 Pflegepersonal-Stärkungsgesetz. Seit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten wird das G-DRG-System auch als aG-DRG-System bezeichnet.

⁵⁰ Ausgenommen sind z. B. Leistungen von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen, vgl. § 17d KHG.

⁵¹ Der Landesbasisfallwert ist ein landesweit einheitlicher Preis für Krankenhausdienstleistungen, der gemäß § 18 Abs. 1 KHG zwischen den Krankenkassen und den Krankenhausgesellschaften auf Landesebene jährlich neu vereinbart wird.

⁵² § 17b Abs. 1a Nr. 2 KHG i. V. m. § 2 Abs. 2 und § 5 Abs. 3 KHEntgG.

⁵³ § 17b Abs. 1a Nr. 6 KHG i. V. m. § 5 Abs. 2 KHEntgG.

⁵⁴ § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG i. V. m. § 136c Abs. 4 SGB V.

⁵⁵ § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG i. V. m. § 136c Abs. 4 Satz 1 SGB V; § 303 Abs. 3 SGB V.

⁵⁶ Eine detaillierte Übersicht aller Zu- und Abschläge für die Jahre 2020 und 2021 liefert beispielsweise AOK Bundesverband, https://www.aok.de/gp/fileadmin/user_upload/Krankenhaus/Verwaltung/Budgetverhandlungen/Somatische_Krankenhaeuser/zu-_und_abschlaege_drg_2021_bf.pdf, Abruf am 3. August 2021.

29. Schließlich sieht das Regulierungssystem zahlreiche weitere Vorgaben vor, von denen strukturverändernde Anreize finanzieller sowie nicht-finanzieller Natur ausgehen sollen. Nennenswert ist vor allem die Ausschüttung von Fördermitteln für die Strukturoptimierung (sog. Strukturfonds⁵⁷), mit denen die Politik Vorhaben zur Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und zur Zentralisierung von Standorten gezielt fördert.

2.2.3 Gestaltung durch den Wettbewerb

30. Neben den direkten und regelgebundenen Eingriffen durch den Staat stellt der Wettbewerb zwischen konkurrierenden Krankenhäusern ein Instrument dar, das auf die Krankenhausstrukturen einwirkt. Denn obwohl die Akteure im deutschen Krankenhausmarkt in ihrem Handeln in einem hohen Maße durch staatliche Vorgaben eingeschränkt werden, verbleiben ihnen erhebliche Verhaltensspielräume und wettbewerbliche Optimierungsanreize.⁵⁸

31. Gegenwärtig ist der deutsche Krankenhaussektor vor allem auf einen Qualitätswettbewerb zwischen Krankenhäusern ausgerichtet. Ein spürbarer Preiswettbewerb ist aufgrund regulatorischer Vorgaben im Wesentlichen nicht gegeben.⁵⁹ Der entscheidende Wettbewerbsparameter, durch den sich ein Krankenhaus im Vergleich zu anderen Krankenhäusern hervorheben kann, ist damit die Qualität des Dienstleistungsangebotes. Der Wettbewerb kann im Krankenhaussektor insoweit dafür sorgen, eine bestmögliche Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern effektiv durchzusetzen. Er trägt insbesondere dazu bei, dass zwischen den Krankenhäusern unterschiedlicher Träger Anreize bestehen, die vorhandenen Versorgungsstrukturen effizient zu nutzen und qualitativ dem Versorgungsbedarf der Patientinnen und Patienten anzupassen. Krankenhäuser, die mit ihrem Leistungsangebot den Bedarf an Versorgungsleistungen qualitativ am besten decken können, besitzen dann Vorteile. Sie können zusätzliche Patientinnen und Patienten für sich gewinnen und dadurch höhere Einnahmen erwirtschaften. Krankenhäuser, die hingegen eine schlechte Qualität erbringen oder kein versorgungsgerechtes Leistungsspektrum anbieten, müssen entweder im Vergleich zu ihren Wettbewerbern aufholen oder damit rechnen, Patientinnen und Patienten zu verlieren und gegebenenfalls sogar einzelne Fachabteilungen oder Standorte schließen zu müssen.

32. Darüber hinaus nimmt der Wettbewerb auch eine wesentliche Rolle bei der Sicherstellung einer bedarfsgerechten, flächendeckenden Krankenhausversorgung ein. Er löst bei den Krankenhäusern Anreize aus, ihr Versorgungsangebot dem Bedarf an speziellen Versorgungsleistungen in der Bevölkerung anzupassen. So können Krankenhäuser nur dann finanzielle Vortei-

⁵⁷ § 12 KHG i. V. m. Krankenhausstrukturfonds-Verordnung.

⁵⁸ Demgegenüber wird im öffentlichen Diskurs regelmäßig die Auffassung vertreten, dass es sich bei Krankenhausmärkten um keine Wettbewerbsmärkte im engeren Sinne handle. Als Grund werden häufig die große Regulierungstiefe sowie die Abwesenheit eines freien Angebotes und einer freien Nachfrage angeführt. Gleichwohl lässt die deutsche Gesetzgebung klar erkennen, dass die Krankenhausmärkte durch marktliche Elemente und wettbewerbliche Freiheiten geprägt sind. Siehe hierzu auch Abschnitt 4.2.4 zur Anwendbarkeit des Kartellrechts.

⁵⁹ Dies stellte unter anderem auch das BKartA mehrfach deutlich dar. Besonders einschlägig siehe z. B. BKartA, B10-123/04, 10. März 2005, Rn. 55 sowie BKartA, Sektoruntersuchung Krankenhäuser – Wettbewerb im Krankenhaussektor in Deutschland und Schutz durch die Fusionskontrolle, Abschlussbericht gemäß § 32e GWB, Bonn, 2021, S. 2.

le erzielen, wenn sie ihr Angebot selbstständig an der konkreten Leistungsnachfrage der Patientinnen und Patienten ausrichten.

33. Ebenso von Bedeutung sind die Auswirkungen der wettbewerblichen Strukturen auf die Kosten und Investitionen. Im Rahmen der gegenwärtigen Preisregulierung können ausschließlich die Krankenhäuser, die besonders gut wirtschaften und ihre tatsächlichen Kosten unterhalb der vergüteten DRG-Fallpauschalen senken können, Gewinne erzielen. Diese Gewinne können sie wiederum zur Verbesserung ihrer Qualität einsetzen, beispielsweise indem neue medizinische Geräte angeschafft werden oder zusätzliches Personal eingestellt wird. Folglich werden durch den Wettbewerb wirksame Anreize zu Innovationen sowie zu einem effizienten Handeln bei begrenzten Mitteln gesetzt.

34. Insgesamt kann der Wettbewerb einen wertvollen Beitrag zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, flächendeckenden und zugleich finanziell tragfähigen Krankenhausversorgung leisten. Unter idealen Bedingungen führt Wettbewerb zu einer sich immer wieder an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten anpassenden Anzahl von Versorgungseinrichtungen und Leistungsangeboten sowie einem hohen Grad an medizinischer Qualität. Eine in diesem Zusammenhang entscheidende Voraussetzung ist, dass die Patientinnen und Patienten überhaupt die Möglichkeit haben, sich aktiv nach Qualität und Bedarf zwischen Versorgungsangeboten verschiedener Marktakteure zu entscheiden.

35. Die wettbewerbliche Selbststeuerung der Krankenhäuser kann allerdings auch an Grenzen stoßen. Dabei können das sich im Wettbewerb einstellende Versorgungsniveau und die gesellschaftlichen Ansprüche an die Krankenhausversorgung auseinanderfallen. So kann es beispielsweise im dünn besiedelten, ländlichen Raum dazu kommen, dass eine wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung nicht wirtschaftlich ist und somit nicht im Wettbewerb abgebildet wird. Die gesellschaftlichen Ansprüche und Ziele an die Krankenhausversorgung machen es daher notwendig, mit staatlichen Maßnahmen gezielt in die Selbststeuerungsprozesse des Wettbewerbs einzugreifen. Für die Gestaltung des stationären Sektors ist damit entscheidend, in welchem Maße die vom Gesetzgeber aufgestellten gesellschaftlichen Ziele mit Hilfe des Wettbewerbs erreicht werden können und wie groß folglich der Bedarf einer staatlichen Versorgungssteuerung ist.

Kapitel 3

Status Quo und Entwicklung zentraler Strukturmerkmale im deutschen Krankenhaussektor

3.1 Arten und besondere Merkmale der Krankenhäuser in Deutschland

36. Die gesundheitliche Versorgung in Deutschland gilt als vergleichsweise breit aufgestellt und umfasst verschiedenste Leistungserbringer mit unterschiedlichen Aufgaben- und Behandlungsbereichen. Grundsätzlich kann die Gesundheitsversorgung in drei Bereiche – der ambulanten und stationären Versorgung sowie der Rehabilitation – untergliedert werden. Bei der ambulanten Versorgung handelt es sich um eine ärztliche Behandlung, die typischerweise durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in einer Praxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum erbracht wird und für die keine Aufnahme in einer stationären Einrichtung erforderlich ist. Die Rehabilitation erfasst Behandlungen in Rehabilitationseinrichtungen, die z. B. zur Anschluss- oder Wiederherstellungsbehandlung nach einer Erkrankung oder einem Trauma erfolgen. Die stationäre Versorgung stellt schließlich die ärztliche Behandlung in einem Krankenhaus dar. Krankenhäuser sind nach § 107 Abs. 1 SGB V in diesem Zusammenhang als solche Einrichtungen legaldefiniert, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden oder Geburtshilfe geleistet wird. Zudem können die zu versorgenden Personen in den Krankenhäusern untergebracht und gepflegt werden.⁶⁰

37. Die stationäre Versorgung der Bevölkerung durch Krankenhäuser bildet den größten Bereich der Gesundheitsversorgung. Dies zeichnet sich unter anderem an den Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen ab, bei denen mit ungefähr EUR 74,9 Mrd. (2017) der höchste Anteil der Leistungsausgaben auf die stationäre Versorgung entfällt.⁶¹ Insgesamt werden jährlich dabei rund 20 Millionen Personen vollstationär in einem Krankenhaus behandelt.⁶² Zwar besitzt dem Grund nach jedes Krankenhaus die gleiche Aufgabe, für die medizinische stationäre Versorgung der Bevölkerung zu sorgen. Gleichwohl weisen die Krankenhäuser in Deutschland gerade in Bezug auf ihr jeweiliges Leistungsangebot und den Leistungsumfang mitunter große Unterschiede auf.⁶³ Aus diesem Grund werden Krankenhäuser gewöhnlich im Hinblick auf die Art der Zulassung, die Tätigkeitsschwerpunkte, die Versorgungstiefe sowie im Hinblick auf die Art der Trägerschaft (vgl. Abbildung 3.1) in verschiedene Krankenhaustypen untergliedert.

⁶⁰ Vgl. auch § 2 Abs. 1 Nr. 1 KHG. Es existiert keine klare (gesetzliche) Unterscheidung zwischen einem Krankenhaus und einer Klinik. Im Rahmen dieses Sondergutachtens werden daher die Begriffe Krankenhaus und Klinik synonym verwendet.

⁶¹ Im Vergleich entfielen im Jahr 2017 EUR 38,1 Mrd. auf die ambulante Versorgung und EUR 37,7 Mrd. auf die Ausgaben für Arzneimittel. Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Gesundheitsdaten, <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17097.php>, Abruf am 20. Oktober 2021.

⁶² BRH, Bericht an den Rechnungsprüfungsausschuss des Haushaltsausschusses des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO über die Prüfung der Krankenhausabrechnungen durch die Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung, Potsdam, 6. Mai 2019, S. 11.

⁶³ In Deutschland sind Krankenhäuser seit dem Jahr 2005 gesetzlich dazu verpflichtet, ihre Krankenhausstrukturen und Leistungsangebote in ihrem Qualitätsbericht öffentlich darzulegen.

Art der Zulassung

38. Zunächst kann zwischen sog. zugelassenen Krankenhäusern und reinen Privatkrankenhäusern unterschieden werden. Diese Unterscheidung leitet sich unmittelbar aus § 108 SGB V ab. Bei den zugelassenen Krankenhäusern handelt es sich um Einrichtungen, die einen Versorgungsvertrag mit einer gesetzlichen Krankenversicherung oder einer Pflegekasse der sozialen Pflegeversicherung geschlossen haben. Aufgrund des Versorgungsvertrages sind die zugelassenen Krankenhäuser dazu berechtigt, zugleich aber auch verpflichtet, an der medizinischen oder pflegerischen Versorgung der Versicherten teilzunehmen.⁶⁴ Im Gegenzug erhalten sie die erbachten Behandlungsleistungen von den Gesetzlichen Krankenversicherungen vergütet. Zu den zugelassenen Krankenhäusern gehören Hochschulkliniken (§ 108 Nr. 1 SGB V), Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen wurden (sog. Plankrankenhäuser, § 108 Nr. 2 SGB V), sowie sonstige Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen oder den Verbänden der Ersatzkassen (sog. Vertragskrankenhäuser, § 108 Nr. 3 SGB V) geschlossen haben.

39. Von den nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern sind Privatkrankenanstalten abzugrenzen. Ihre Zulassung erfolgt nach § 30 Abs. 1 Satz 1 Gewerbeordnung (GewO). Privatkrankenanstalten sind weder in einen Krankenhausplan eines Landes aufgenommen, noch haben sie einen Versorgungsvertrag mit den Gesetzlichen Krankenkassen abgeschlossen. Infolgedessen erhalten sie keine Investitionskostenzuschüsse von den Bundesländern und haben auch nicht die Möglichkeit, ihre erbrachten Behandlungsleistungen mit den Krankenkassen abzurechnen. Die Versorgung in Privatkrankenanstalten steht daher grundsätzlich nur Privatversicherten und Selbstzahlenden offen. Die erbrachten Behandlungsleistungen werden schließlich durch monistische Pflegesätze⁶⁵ vergütet, wobei die Häuser in ihrer Preisgestaltung weitestgehend frei sind.⁶⁶ Zumeist handelt es sich um hochspezialisierte Fachkliniken im Bereich der Orthopädie, Psychosomatik oder Neurologie. In Deutschland nehmen Privatkrankenanstalten in der stationären Versorgung eine untergeordnete Rolle ein.

Art der Versorgungsstufen

40. Des Weiteren können Krankenhäuser – von der Grundversorgung bis zur Maximalversorgung – unterschiedlichen Versorgungsstufen zugeordnet werden. Hierfür ist üblicherweise die Anzahl der Fachabteilungen und Betten maßgeblich. Die Gliederung nach Versorgungsstufen gibt Aufschluss über die Intensität der möglichen stationären Versorgung und die Größe einer Einrichtung. Die Entscheidung, ob und inwieweit eine Differenzierung nach Versorgungsstufen

⁶⁴ Gemäß § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V haben Versicherte einen gesetzlichen Anspruch auf eine vollstationäre oder stationsäquivalente Behandlung durch ein zugelassenes Krankenhaus im Sinne des § 108 SGB V.

⁶⁵ Eine monistische Finanzierung bedeutet, dass die gesamte Finanzierung des Krankenhauses aus einer Hand erfolgt. Die Pflegesätze decken damit sowohl die Investitionskosten als auch die laufenden Betriebskosten der Krankenhäuser ab.

⁶⁶ Einige Privatkliniken orientieren sich bei ihrer Preisgestaltung an der sog. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Die GOÄ regelt die Abrechnung und Vergütung von privatärztlichen Leistungen, die nicht durch die Sozialversicherung gedeckt sind.

erfolgt, treffen die Bundesländer auf Grundlage ihrer Landeskrankenhausgesetze.⁶⁷ Bundesländer, die sich für die Anwendung von Versorgungsstufen entscheiden, unterscheiden zu meist zwischen den folgenden vier Versorgungsstufen.

41. Die unterste Versorgungsstufe bildet die sog. Grundversorgung, welche eine Basisversorgung der Bevölkerung auf den Gebieten der Inneren Medizin und der allgemeinen Chirurgie gewährleistet. Der Grundversorgung gehören somit eher kleinere Krankenhäuser mit zumeist weniger als 300 Betten an. Die zweite Versorgungsstufe umfasst die sog. Regelversorgung. Krankenhäuser der Regelversorgung betreiben über die Grundversorgung hinaus zusätzliche Fachabteilungen; gewöhnlich zählt dazu die Gynäkologie und Geburtshilfe, Augenheilkunde oder Orthopädie. Die dritte Versorgungsstufe, die sog. Schwerpunktversorgung, deckt ein differenzierteres Leistungsspektrum ab, darunter z. B. Abteilungen für Pädiatrie oder Neurologie. Zudem nehmen Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung in Bezug auf Diagnose und Therapie überörtliche Schwerpunktaufgaben wahr, indem sie beispielsweise mit anderen Leistungserbringern der stationären Versorgung kooperieren und sich vernetzen. Die vierte Versorgungsstufe stellt die Maximalversorgung dar. Zu den Maximalversorgern gehören beispielsweise Universitätskrankenhäuser, die ein sehr breites Leistungsspektrum anbieten sowie besonders seltene oder schwerwiegende Erkrankungen behandeln. Nicht selten verfügen sie über mehr als 1.000 Betten.

Art der Tätigkeitsschwerpunkte

42. Darüber hinaus kann eine Gliederung nach dem Tätigkeitsschwerpunkt der von den Krankenhäusern erbrachten Leistungen erfolgen. Dies ermöglicht es, Aussagen über die Ausrichtung und den Spezialisierungsgrad einer Einrichtung zu treffen. Gewöhnlich wird zunächst zwischen Hochschulkliniken, zu deren Aufgaben neben der Behandlung schwerer Erkrankungen insbesondere auch die Forschung oder medizinische Weiterbildung gehört, und Allgemeinkrankenhäusern, die auf eine umfassende stationäre Versorgung ausgerichtet sind, unterschieden. Davon abzugrenzen sind die auf einen bestimmten Tätigkeitsbereich spezialisierten Fachkliniken, Tages- und Nachtkliniken sowie reine Belegkrankenhäuser. In einem Belegkrankenhaus wird die medizinische Versorgung durch sog. Belegärztinnen und -ärzte sichergestellt. In der Regel handelt es sich um niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte, die berechtigt sind, die Betten des Krankenhauses für die stationäre Behandlung eigener Patientinnen und Patienten zu nutzen.

Art der Trägerschaft

43. Schließlich wird traditionell zwischen drei Arten der Trägerschaft – den öffentlichen, privaten und freigemeinnützigen Krankenhausträgern – unterschieden. Die Erhaltung der Träger Vielfalt nimmt dabei eine besondere Rolle in der stationären Versorgung ein und ist verfas-

⁶⁷ Siehe beispielsweise Art. 4 Abs. 1 Bayerisches Krankenhausgesetz. Demgegenüber differenziert das Land Sachsen (§ 15 SächsKHG) lediglich zwischen drei Versorgungsstufen. Einige Länder wie etwa Sachsen-Anhalt (§ 3 KHG LSA) oder Niedersachsen (§ 3 Abs. 3 Nds KHG) liefern zwar in ihren Landeskrankenhausgesetzen Hinweise auf Versorgungsstufen ohne diese aber näher zu definieren.

sungsrechtlich geschützt. Öffentliche Krankenhäuser werden von einer Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts betrieben. Träger können demnach sowohl der Bund, die Länder oder Kommunen als auch Gemeindeverbände oder Sozialversicherungsträger sein. Demgegenüber handelt es sich bei privaten Krankenhausträgern um natürliche oder juristische Personen des Privatrechts. Dies sind zumeist Einzelunternehmen oder Krankenhauskonzerne. Zu den in Deutschland größten privaten Krankenhausträgern – gemessen am Umsatz – zählen die Helios und die Asklepios Kliniken.⁶⁸ Kennzeichnend für Krankenhäuser in privater Trägerschaft ist, dass diese mit Gewinnerzielungsabsicht betrieben werden und als solche eine gewerberechtliche Konzession nach § 30 Abs. 1 Satz 1 GewO benötigen.⁶⁹ Freigemeinnützige Krankenhäuser haben Träger, die einer religiösen, sozialen oder humanitären Vereinigung oder Organisationen, wie der Caritas oder dem Deutschen Roten Kreuz, zuzuordnen sind. Insoweit werden die Krankenhäuser auf Basis der Gemeinnützigkeit ohne Gewinnerzielungsabsicht betrieben.⁷⁰

Abbildung 3.1: Verschiedene Krankhaustypen im Überblick

Gliederungskriterien und ihre Ausprägungen	
Art der Zulassung	Art des Tätigkeitsschwerpunkts
Mit Versorgungsvertrag <ul style="list-style-type: none"> • Hochschulkliniken • Plankrankenhäuser • Vertragskrankenhäuser Ohne Versorgungsvertrag <ul style="list-style-type: none"> • Reine Privatkrankenhäuser 	<ul style="list-style-type: none"> • Hochschulkliniken • Allgemeinkrankenhäuser • Fachkliniken • Belegkliniken • Tages- und Nachtkliniken
Art der Versorgungsstufen	Art der Trägerschaft
<ul style="list-style-type: none"> • Grundversorger • Regelversorger • Schwerpunktversorger • Maximalversorger 	<ul style="list-style-type: none"> • Öffentliche Träger • Freigemeinnützige Träger • Private Träger

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, 2021, S. 3.

⁶⁸ Die Helios (Fresenius) Kliniken setzten im Jahr 2020 insgesamt EUR 9,81 Mrd. um. Im Vergleich dazu machte Asklepios einen Umsatz von EUR 4,34 Mrd. Vgl. Fresenius, Geschäftsbericht 2020, Bad Homburg, 2021, S. 15; Asklepios, Geschäftsbericht 2020, Hamburg, 2021, S. 45.

⁶⁹ Dettling, H.-U./Würtenberger, T., in: Dettling, H.-U./Gerlach, A. (Hrsg.), Krankenhausrecht, a. a. O., Einleitung Rn. 21, § 1 Rn. 246.

⁷⁰ Derzeit befinden sich rund 28,5 Prozent (2019) der Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft. Demgegenüber werden 37,8 Prozent der Krankenhäuser – mit seit Jahren steigender Tendenz – von privaten und 33,7 Prozent von freigemeinnützigen Trägern betrieben. Eigene Berechnung auf Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, 2021, S. 8.

44. Abzugrenzen von den vorgenannten Krankenhaustypen sind die berufsgenossenschaftlichen Kliniken (BG Kliniken) im System der gesetzlichen Unfallversicherung, die in der stationären Versorgung in Deutschland einen Sonderfall bilden. Die gesetzliche Unfallversicherung hat unter anderem die Aufgabe, nach dem Eintritt von Versicherungsfällen (Arbeits- oder Wegeunfälle sowie Berufskrankheiten) die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der versicherten Personen wiederherzustellen. Hierzu betreiben die Unfallversicherungsträger bundesweit insgesamt neun Akut-Kliniken. Die gesetzliche Unfallversicherung unterscheidet sich von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vor allem im Hinblick auf ihren gesetzlichen Auftrag. Dieser richtet sich nach dem Siebten Sozialgesetzbuch (§ 1 Nr. 2 SGB VII) und bestimmt, dass Heilbehandlung und Rehabilitation „mit allen geeigneten Mitteln“ erfolgen müssen. Im Gegensatz dazu ist die Leistungserbringung in der GKV eingeschränkter, da deren Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Notwendige nicht überschreiten dürfen.⁷¹ Die BG Kliniken übernehmen zudem regelmäßig einen Versorgungsauftrag (§ 108 Nr. 2 SGB V) für die Gesamtbevölkerung und stehen somit auch Personen im System der GKV und PKV offen. Hierzu sind acht der neun BG Kliniken anteilig in den Krankenhausplänen der Länder berücksichtigt.⁷² Der Anteil der stationären SGB V-Patientinnen und Patienten an der Gesamtzahl der stationären Patientinnen und Patienten in den BG Kliniken betrug um Jahr 2019 rund 70 Prozent.⁷³ Somit erfolgt die Versorgung von Patientinnen und Patienten in BG Kliniken auf Basis von zwei unterschiedlichen rechtlichen Systemen – dem SGB VII (gesetzliche Unfallversicherung) einerseits und dem SGB V (gesetzliche Krankenversicherung) andererseits.⁷⁴

45. Einen zweiten Sonderfall stellen die fünf Bundeswehrkrankenhäuser in Deutschland dar, die vom Sanitätsdienst der Bundeswehr betrieben werden und fester Bestandteil der regulären Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sind. Sie behandeln neben Soldatinnen und Soldaten sowie sonstigen Bundeswehrangehörigen auch zivile Personen. Für die zivile Versorgung verfügen die Bundeswehrkrankenhäuser über Versorgungsverträge und sind als Plankrankenhäuser in die Krankenhauspläne der Länder aufgenommen. Die für zivile Patientinnen und Patienten erbrachten Leistungen werden mit den gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen nach dem regulären DRG-Vergütungssystem abgerechnet.⁷⁵

3.2 Anzahl, regionale Verteilung und Spezialisierungsgrad der Krankenhäuser

46. In Deutschland stehen für die medizinische stationäre Versorgung der Bevölkerung gegenwärtig 1.914 Krankenhäuser (2019) – davon 1.576 allgemein versorgende Krankenhäuser –

⁷¹ § 12 Abs. 1 SGB V.

⁷² PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH, Gutachten zum Bedarf an BG Kliniken, Berlin, 2021, S. 47.

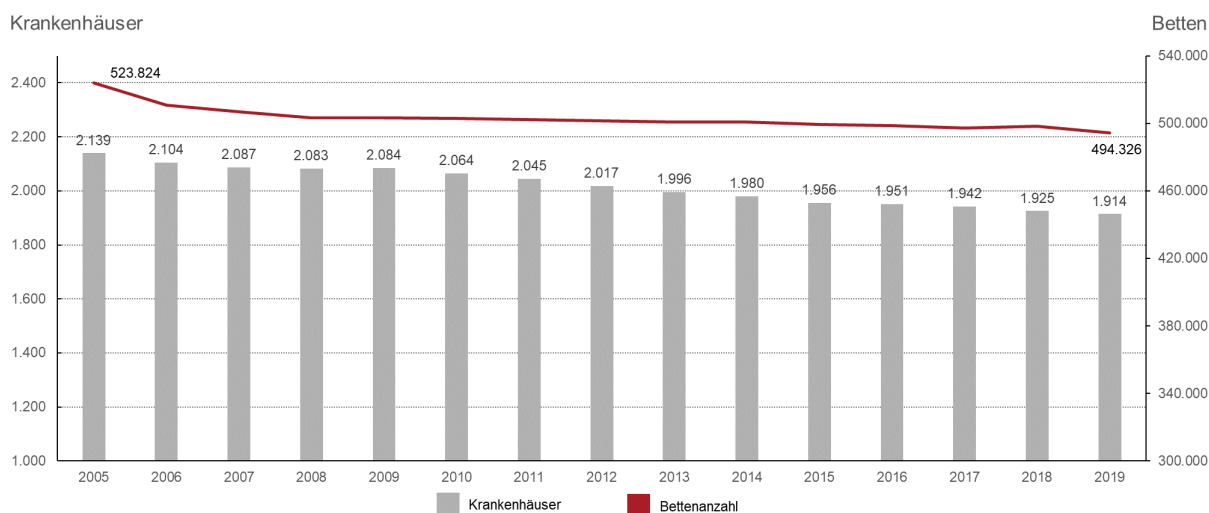
⁷³ PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH, Gutachten zum Bedarf an BG Kliniken, a. a. O., S. 128.

⁷⁴ BG Kliniken, Über uns, <https://www.bg-kliniken.de/ueber-uns/>, Abruf am 6. Januar 2022; Weiterführend BG Kliniken, Ethische Leitlinien zur Patientenversorgung nach SGB VII (gesetzliche Unfallversicherung) und SGB V (gesetzliche Krankenversicherung), Berlin, Mai 2018.

⁷⁵ § 1 Abs. 2 Satz 1 KHEntgG, § 3 KHG.

und insgesamt 494.326 Betten zur Verfügung.⁷⁶ Die Abbildung 3.2 zeigt, dass sich damit ein Trend zu einer bundesweit sinkenden Anzahl von Krankenhäusern fortsetzt. Insgesamt ist die Anzahl an Krankenhäusern seit dem Jahr 2005 um rund 10,5 Prozent gesunken. In dieser Zeitspanne ist die Bettenanzahl um 5,6 Prozent zurückgegangen.⁷⁷

Abbildung 3.2: Entwicklung der Krankenhaus- und Bettenanzahl von 2005 bis 2019



Quelle: Eigene Berechnung basierend auf Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, a. a. O., S. 10.

47. Seit einigen Jahren werden diese Versorgungsstrukturen gerade mit Blick auf die Anzahl verfügbarer Krankenhäuser und Krankenhausbetten kritisiert. Im Kern lautet der Vorwurf, dass es eine zu hohe Anzahl an Krankenhäusern gebe, die mit einer zeitweise geringen Auslastung und Ineffizienzen verbunden seien. Als Indiz für eine ineffiziente Versorgungsstruktur werden insbesondere internationale Vergleiche auf Basis von Kennziffern angestellt. So weist Deutschland trotz des rückläufigen Trends an Krankenhäusern und Betten im direkten EU-27-Vergleich eine nahezu einmalig hohe Anzahl von im Durchschnitt über 800 Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner auf. Damit liegt Deutschland deutlich über dem europäischen Durchschnitt von etwa 500 Betten pro 100.000 Einwohner und etwa dreimal so hoch wie in den skandinavischen Ländern. Schweden beispielsweise verfügt über gerade einmal 210 Betten und Dänemark über 240 Betten pro 100.000 Einwohner.⁷⁸ Hierbei ist zu berücksichtigen, dass es sich bei diesen Betten nicht zwangsläufig auch um freie und gepflegbare Betten handelt. So konnte im Rahmen der Covid-19-Pandemie beispielsweise festgestellt werden, dass aufgrund von fehlendem Pflegepersonal rund 20 bis 35 Prozent der deutschen Intensivbetten nicht für

⁷⁶ Allgemein versorgende Krankenhäuser meint Krankenhäuser mit Betten in vollstationären Fachabteilungen, die nicht ausschließlich für psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen und/oder geriatrischen zu Behandelnde vorgesehen sind.

⁷⁷ Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, a. a. O., S. 3, 10 ff.

⁷⁸ OECD/European Union, Health at a Glance: Europe 2020 – State of health in the EU Cycle, Paris, 2020, S. 223.

die Behandlung von Patientinnen und Patienten genutzt werden konnte.⁷⁹ Zudem sagen eine hohe Krankenhausdichte und hohe Verfügbarkeit von Betten allein nichts über die Behandlungsqualität aus. Sie könnten jedoch als ein erster Hinweis für Überkapazitäten gewertet werden. Ein weiterer Hinweis für Überkapazitäten liefert die in Deutschland stetig sinkende durchschnittliche Bettenauslastung, die im Jahr 1991 bei 84,1 Prozent und im Jahr 2019 bei 77,2 Prozent lag. Der Rückgang der Bettenauslastung von insgesamt 6,9 Prozentpunkten impliziert, dass im Jahr 2019 im Vergleich zum Jahr 1991 jedes aufgestellte Bett im Durchschnitt 25 Tage⁸⁰ zusätzlich leer steht.⁸¹

Tabelle 3.1: Anzahl deutscher Krankenhäuser nach Bettengrößenklassen

Bettengrößen		Anzahl deutscher Krankenhäuser	
Krankenhäuser mit	0 Betten ¹	62	} 69 Prozent aller KH
Krankenhäuser mit	1 bis 49 Betten	360	
Krankenhäuser mit	50 bis 99 Betten	230	
Krankenhäuser mit	100 bis 149 Betten	243	
Krankenhäuser mit	150 bis 199 Betten	186	
Krankenhäuser mit	200 bis 299 Betten	248	
Krankenhäuser mit	300 bis 399 Betten	172	
Krankenhäuser mit	400 bis 499 Betten	136	
Krankenhäuser mit	500 bis 599 Betten	95	
Krankenhäuser mit	600 bis 799 Betten	86	
Krankenhäuser mit	800 und mehr Betten	96	
Insgesamt		1.914	

¹ Tages- oder Nachtkliniken mit ausschließlich teilstationärer Versorgung.

Quelle: Eigene Berechnung basierend auf Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, a. a. O., S. 16.

48. Ein möglicher Grund für die vergleichsweise hohe Anzahl von Krankenhäusern in Deutschland könnte sich aus den Zulassungsvoraussetzungen für medizinische Versorgungszentren (MVZ) ergeben. MVZ sind gemäß § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärztinnen und Ärzte als Angestellte oder Vertragsärztinnen und -ärzte tätig sind. MVZ nehmen – wie auch selbstständig niedergelassene Vertragsärztinnen und -ärzte – an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung teil. Die Gründung eines MVZ kann vielschichtige, vor

⁷⁹ DIVI, Fehlende Pflegekräfte auf Intensivstation: In jedem dritten Bett kann kein Patient mehr behandelt werden, Pressemitteilung, 21. Oktober 2021.

⁸⁰ Die Bettenleerzeit berechnet sich aus der Multiplikation der Bettenauslastungsdifferenz (0,0069) und der Anzahl von Kalendertagen im Jahr (365).

⁸¹ Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, a. a. O., S. 9; Destatis, Einrichtungen, Betten und Patientenbewegungen, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/gd-krankenhaeuser-jahre.html>, Abruf am 1. Februar 2022.

allem finanzielle Vorteile bringen.⁸² Die Gründung eines MVZ steht jedoch nicht für jedes Unternehmen offen (§ 95 Abs. 1a SGB V). Zu den Gründungsberechtigten gehören unter anderem Träger eines Plankrankenhauses. Deshalb kann es für ein Unternehmen attraktiv sein, ein Plankrankenhaus zu betreiben. Dies gilt selbst dann, wenn das Krankenhaus Verluste verzeichnet bzw. für die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen im Grunde nicht erforderlich ist. Es besteht die Gefahr, dass Krankenhäuser vorwiegend zur Gründung und zum Erhalt von MVZ betrieben werden. Dies wird dadurch verstärkt, dass der Betrieb eines einzigen Krankenhauses zur Gründung von MVZ im gesamten Bundesgebiet berechtigt. Der Monopolkommission sind Fälle bekannt, in denen z. B. ein Krankenhaus nur drei Planbetten vorhält, gleichzeitig aber bundesweit verschiedene MVZ betreibt. Im Ergebnis können die gegenwärtigen Zulassungsvoraussetzungen für MVZ zu einer verzerrenden Darstellung der Anzahl von Krankenhäusern in Deutschland führen.

49. Eine nähere Betrachtung der Krankenhausstrukturen (siehe Tabelle 3.1) zeigt darüber hinaus, dass sich die bundesweit hohen Bettenkapazitäten vor allem auf viele kleine Krankenhäuser verteilen. So verfügen rund 69 Prozent aller Krankenhäuser über weniger als 300 Betten. Dieser Grenzwert wird häufig als Maßstab für Krankenhäuser geringerer Größe herangezogen, die in erster Linie nur der Grundversorgung dienen. Die Vorhaltung vieler kleiner Allgemeinkrankenhäuser kann sich unter Umständen negativ auf die Versorgungsqualität auswirken. Die Monopolkommission hatte in ihrem XIII. Hauptgutachten bereits den Einfluss gegenwärtiger Krankenhausstrukturen auf die Versorgungsqualität thematisiert.⁸³ Grundsätzlich bedeutet die Vorhaltung vieler kleiner Häuser, dass die Fallzahlen in den einzelnen Krankenhäusern relativ gering sind. Pro Jahr werden in einem Krankenhaus damit häufig nur wenige Personen mit einem bestimmten Krankheitsbild behandelt. Dies kann dazu führen, dass es dem dortigen medizinischen Personal an einer für die konkrete Behandlung erforderlichen Erfahrung fehlt. Studien legen in diesem Zusammenhang nahe, dass es in kleineren Einrichtungen mit geringeren Fallzahlen überdurchschnittlich oft zu schweren Komplikationen oder Todesfällen kommt.⁸⁴ Zudem kann gezeigt werden, dass kleinere Krankenhäuser häufig schlechter mit medizinisch-technischen Großgeräten, z. B. Computer-Tomographen oder Herz-Lungen-Maschinen, ausgestattet sind. So besaß im Jahr 2017 nur rund jedes dritte Krankenhaus mit weniger als 200 Betten mindestens ein CT-Gerät; im Vergleich dazu waren es bei Krankenhäusern mit mehr als 200 Betten fast 80 Prozent.⁸⁵ Als weitere Folge der hohen Krankenhausdichte besteht teilweise ein Mangel an gut ausgebildetem ärztlichen Fachpersonal sowie Pflegekräften. Regelmäßig bleiben Stellen in Krankenhäusern unbesetzt und auch der Blick auf das

⁸² Siehe ausführlichere Darstellung zu den Vorteilen von MVZ Möller, K., Rechtliche Probleme bei Gründung und Betrieb eines Krankenhaus-MVZ, *GesundheitsRecht*, 17(3), 2018, S. 152-163, 153 f.

⁸³ Siehe Monopolkommission, XXIII. Hauptgutachten, Wettbewerb 2020, Baden-Baden, 2021, Tz. 141 ff.

⁸⁴ Siehe etwa Amato, L. u. a., Volume and health outcomes: evidence from systematic reviews and from evaluation of Italian hospital data, *Epidemiol Prev.*, 37, 2013, S. 1-100; Hölscher, A. H. u. a., High-Volume Centers – Effect of Case Load on Outcome in Cancer Surgery, *Onkologie*, 27 (4), 2004, S. 412-416.

⁸⁵ Eigene Berechnung auf Datengrundlage des Statistisches Bundesamtes, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, a. a. O., S. 58. Zu ähnlichen Ergebnissen gelangt die Studie der Bertelsmann-Stiftung, in der die medizinische Ausstattung von Krankenhäusern im Ballungsgebiet Köln-Leverkusen untersucht wurde, vgl. Böcken, J., Neuordnung der Krankenhaus-Landschaft, Bertelsmann Stiftung (Hrsg.), *Spotlight Gesundheit* 2, 2019, S. 3 f.

Betreuungsverhältnis in anderen OECD-Ländern zeigt, dass in Deutschland deutlich weniger medizinisches Personal pro 1.000 stationäre Behandlungsfälle vorgehalten wird als in fast allen anderen OECD-Ländern.⁸⁶ Gemessen an der Bevölkerungsdichte ist die Verfügbarkeit von medizinischen Personal im Allgemeinen und von Pflegepersonal im Speziellen in Deutschland jedoch vergleichsweise hoch.⁸⁷

50. Darüber hinaus nimmt für die medizinische Versorgung der Bevölkerung die regionale Verfügbarkeit der stationären Krankenhausleistungen eine besondere Bedeutung ein. So kann die unmittelbare Nähe zu einem Krankenhaus für einen Akutkranken unter Umständen überlebenswichtig sein. Die regionalen Versorgungsmöglichkeiten lassen sich anhand der verfügbaren Krankenhausbetten in einer Region ableiten.⁸⁸ Abbildung 3.3 zeigt die Anzahl an Krankenhausbetten pro 100.000 Einwohner in einer Kreisregion im Jahr 2016. Die Anzahl verfügbare Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner berechnet sich aus der absoluten Anzahl der Krankenhausbetten und der Einwohnerzahl im jeweiligen Kreis.⁸⁹ Hierbei basiert die räumliche Abgrenzung von Kreisen auf den Raumbezügen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumordnung (BBSR, Stand 31.12.2017) und umfasst Landkreise sowie kreisfreie Städte.⁹⁰ Die Klasseneinteilung bzw. Zuordnung der Regionen in die fünf Bettenklassen wurde auf Basis von Quantilen gewählt. Dies bedeutet, dass in jeder der fünf Bettenklassen ungefähr die gleiche Anzahl an Kreisen (rund 80 Kreise) enthalten sind.

51. Abbildung 3.3 verdeutlicht, dass die Anzahl der verfügbaren Krankenhausbetten gemessen an der Einwohnerzahl zwischen den einzelnen – teils unmittelbar angrenzenden – Kreisgebieten erheblichen Unterschieden unterliegt. In den dunkelrot eingefärbten Kreisen stehen die meisten Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner zur Verfügung. Hierbei belegt die Stadt Ansbach in Bayern mit 2959 Betten je 100.000 Einwohner Platz 1, gefolgt von Erlangen (1.981) und Heidelberg (1.885). Demgegenüber weisen hellgrau eingefärbte Kreise auf eine niedrige Krankenhausbettendichte mit weniger als 335 Betten pro 100.000 Einwohner hin. Bundesweites Schlusslicht bilden der Landkreis Kusel und der Rhein-Pfalz-Kreis mit jeweils 0 Betten sowie der Landkreis Aschaffenburg mit 24 Betten. Insgesamt lässt sich feststellen, dass Ballungsgebiete (z. B. Rhein-Ruhr-Gebiet) bei vergleichbaren Bevölkerungszahlen eine höhere Bettendichte und ländlichere Regionen (z. B. Niederbayern oder Mecklenburg-Vorpommern) eine geringere Bettendichte haben. Eine Reihe von Marktakteuren sowie Expertinnen und Experten

⁸⁶ Zander, B./Köppen, J./Busse, R., Personalsituation in deutschen Krankenhäusern in internationaler Perspektive, in: Klauber, J. u. a. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2017 – Schwerpunkt: Zukunft gestalten, Stuttgart, 2017, S. 62 f.

⁸⁷ OECD, Health Workforce Migration, <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9>, Abruf am 20. Oktober 2021.

⁸⁸ Eine Übersicht aller Krankenhäuser in Deutschland – unabhängig der Größe und Bettenanzahl der Häuser – bietet das Infoportal „Krankenhausbewertung.de“. Mithilfe einer interaktiven Krankenhauskarte werden dabei die Standorte der Krankenhäuser sowie weiterführende Informationen wie z. B. Name, vorhandene Fachabteilungen oder Patientenbewertungen der Einrichtung dargestellt. Die Krankenhauskarte ist abrufbar unter <https://www.krankenhausbewertung.de/showkhmap.aspx>. Die bloße Anzahl an Krankenhäusern ist allerdings für die Beurteilung regionaler Versorgungsmöglichkeiten weniger geeignet, da die Kapazitäten der Krankenhäuser (siehe Tabelle 3.1) mitunter stark variieren können.

⁸⁹ Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner = (Krankenhausbetten / Einwohner) * 100.000.

⁹⁰ Siehe für ausführlichere Erläuterung der Raumbezüge in Deutschland BBSR, Erläuterungen Raumbezüge, Bonn, 2019, S. 13.

des Gesundheitswesens gaben gegenüber der Monopolkommission an, dass gegenwärtig eine wachsende Divergenz an Versorgungsangeboten zwischen Ballungszentren und ländlichen Räumen zu beobachten sei. In der Gesamtschau sprechen damit einige Indizien dafür, dass es eine Tendenz zur Überversorgung in Ballungszentren sowie zur Unterversorgung in ländlichen Gebieten gibt. Dies legen überdies diverse einschlägige Untersuchungen nahe.⁹¹

52. Gleichwohl muss eine besonders engmaschige Vorhaltung von Versorgungsstrukturen nicht unmittelbar auf eine Überkapazität hinweisen. Dies gilt insbesondere in solchen Fällen, in denen mehrere angrenzende Regionen – wie etwa das Ruhrgebiet – über jeweils hohe Bettenzahlen verfügen. So könnte ein Grund für regional vergleichsweise viele Krankenhausbetten sein, dass diese Regionen eine Mitversorgungsfunktion für umliegende Kreise erfüllen. So ist etwa mit Blick auf Abbildung 3.3 auffällig, dass es vor allem in Bayern einige Kreise mit jeweils hohen Bettenzahlen gibt (dunkelrot eingefärbte Kreise), deren umliegende Regionen vergleichsweise wenig Betten bereithalten (hellgrau eingefärbte Kreise). Ein Beispiel ist hier die Stadt Ansbach und der dazugehörige Landkreis Ansbach. Während die Stadt Ansbach mit 2.959 Betten je 100.000 Einwohner über die in Deutschland höchste Bettanzahl verfügt, gibt es im Landkreis Ansbach lediglich 84 Betten je 100.000 Einwohner. Hierbei kann davon ausgegangen werden, dass die städtischen Betten die Bewohner des Landkreises mitversorgen. Ein weiterer Grund für eine regional hohe Bettendichte kann in den demografischen Gegebenheiten vor Ort, beispielsweise eine hohe Altersstruktur oder eine größere Häufigkeit bestimmter Erkrankungen, liegen.

53. Zudem kann auch die zeitliche Entfernung von Krankenhäusern, d. h. die Anzahl an Fahrminuten bis zum nächst gelegenen Krankenhaus, einen wichtigen Aufschluss über die regionalen Versorgungsmöglichkeiten liefern. In einigen Bundesländern dient eine bestimmte Erreichbarkeit von Krankenhäusern auch als planerische Zielvorgabe für die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung.⁹² Eine umfassende Untersuchung zur Erreichbarkeit von Krankenhäusern bietet etwa der Krankenhausatlas der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder.⁹³ Der Krankenhausatlas zeigt, dass es teils merkbare Unterschiede in der Erreichbarkeit zwischen Ballungsgebieten und ländlichen Räumen gibt. So ist im dichtbesiedelten Nordrhein-Westfalen überwiegend eine gute Erreichbarkeit von meist nur bis zu 5 Fahrminuten bis zum nächst gelegenen Krankenhaus gegeben. Im Vergleich dazu fällt die Erreichbarkeit in den ostdeutschen Bundesländern schlechter aus. Insbesondere an den Landesgrenzen zwischen

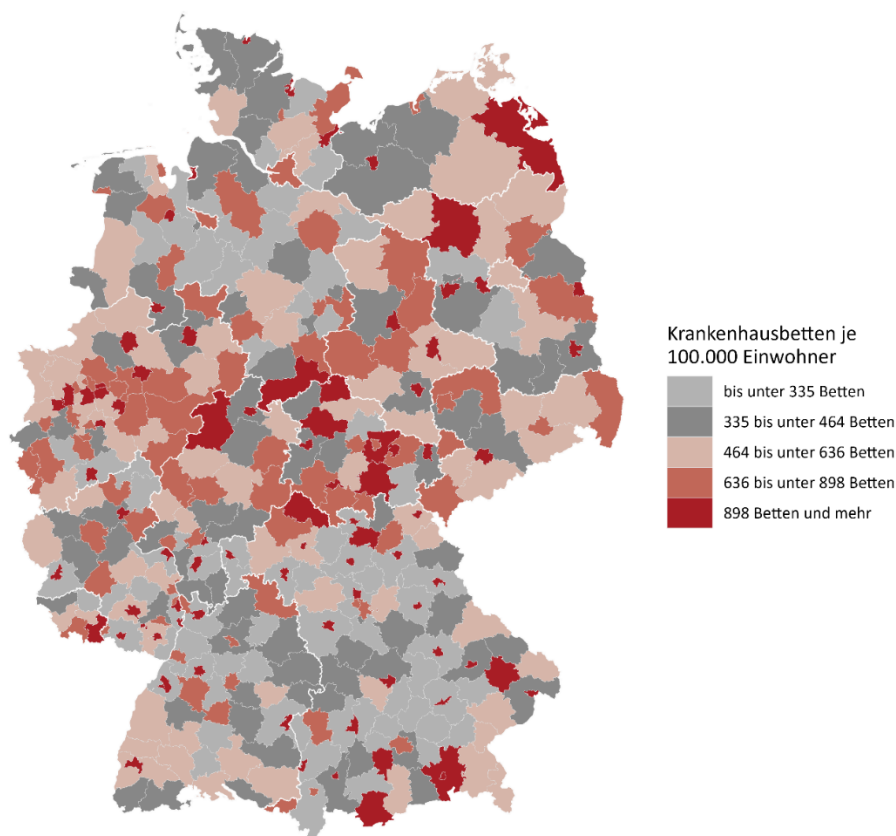
⁹¹ Siehe etwa Neubauer, G., Die Krankenhauslandschaft 2030 in Deutschland, in: Klauber, J. u. a. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2017, a. a. O., S. 152. Der Autor spricht bezüglich der aktuellen regionalen Verteilung der Krankenhäuser in Deutschland von einem strukturellen Problem. Siehe auch Greß, S./Stegmüller, K., Gesundheitliche Versorgung in Stadt und Land – Ein Zukunftskonzept, Expertise für die Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn, 2011, S. 17 f. Zu einem ähnlichen Ergebnis gelangt das Gutachten „Krankenhauslandschaft NRW“ aus dem Jahr 2019, in dem die stationäre Versorgungssituation in NRW untersucht wurde. Dabei wurde festgestellt, dass es innerhalb von NRW eine Tendenz zur Überversorgung in Ballungsgebieten und zur Unterversorgung in ländlichen Regionen gibt. Vgl. PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH, Gutachten: Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen, Berlin, 2019.

⁹² Beispielsweise legt die Krankenhausplanung in Hessen fest, dass innerhalb von Hessen eine Erreichbarkeit von maximal 30 Minuten Fahrzeit bis zum nächstliegenden Krankenhaus mit Notfallversorgung gegeben sein muss. Vgl. Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, Krankenhausplan 2020, Wiesbaden, 2020, S. 13.

⁹³ Siehe für detaillierte grafische Darstellung der Erreichbarkeit von Krankenhäusern (in Minuten) Statistische Ämter des Bundes und der Länder, <https://krankenhausatlas.statistikportal.de/>, Abruf am 10. September 2021.

Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg kann die Fahrzeit zum nächsten Krankenhaus teilweise bis zu 60 Minuten betragen. Im bundesweiten Durchschnitt erreicht rund 70 Prozent der Bevölkerung in städtischen Regionen spätestens nach 10 Minuten Fahrzeit ein Krankenhaus. Hingegen erreichen in Regionen mit Verstärkerungsansatz rund 50 Prozent der Bevölkerung und in ländlichen Regionen lediglich 43 Prozent ein Krankenhaus in unter 10 Minuten Fahrzeit.⁹⁴ Dies zeigt, dass in Ballungsgebieten eine tendenziell bessere Erreichbarkeit von Krankenhäusern gegeben ist als in ländlichen Gebieten.

Abbildung 3.3: Verteilung der Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner auf Kreisebene



Anmerkungen: Krankenhausbetten für Akutkranke pro 100.000 Einwohner im Jahr 2016. Nicht erfasst sind Krankenhausbetten in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Räumliche Auflösung entspricht BBSR-Kreisen (Landkreise und kreisfreien Städte).

⁹⁴ Der Krankenhausatlas folgt bei den verschiedenen Regionstypen der Einteilung des BBSR. Städtische Regionen meint hierbei vor allem solche Regionen, in denen mehr als 50 Prozent der Einwohner in Groß- und Mittelstädten leben und eine Einwohnerdichte von mindestens 300 Einwohner/km² haben. In Regionen mit Verstärkerungsansätzen wohnen mehr als 33 Prozent der Einwohner in Groß- und Mittelstädten. Die Einwohnerdichte liegt zwischen 150 und 300 Einwohner/km². Bei ländlichen Regionen handelt es sich um Regionen, in denen weniger als 33 Prozent der Einwohner in Groß- und Mittelstädten leben und die Einwohnerdichte unter 150 Einwohner/km² liegt. Vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, https://krankenhausatlas.statistikportal.de/_info.html, Abruf am 10. September 2021. Siehe für einen Überblick der Erreichbarkeitssituation in den Bundesländern Statistische Ämter des Bundes und der Länder, https://krankenhausatlas.statistikportal.de/_diagramme.html, Abruf am 13. September 2021.

Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung basierend auf Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumordnung (BBSR), Bonn 2021. Statistische Grundlage: Krankenhausstatistik des Bundes und der Länder.

54. Nach Auffassung vieler Fachleute des Gesundheitswesens und der Gesundheitspolitik ist der deutsche Krankenhaussektor neben einer hohen Anzahl vergleichsweise kleiner Krankenhäuser und einer teilweise hohen Standortdichte vor allem durch eine unzureichende medizinische Spezialisierung geprägt. Die Kritiker zielen dabei darauf ab, dass eine stärkere Schwerpunktbildung und ein höherer Grad an Spezialisierung merklich die Versorgungsqualität begünstigen und die Wirtschaftlichkeit verbessern würden.⁹⁵ Für viele Behandlungsbereiche gilt der positive Einfluss von Spezialisierung auf die Behandlungsqualität als wissenschaftlich belegt.⁹⁶

55. Um fundierte Aussagen über den medizinischen Spezialisierungsgrad in Deutschland treffen zu können, hat das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) eine eigene Methodik zur Messung der Spezialisierung entwickelt. So misst das WIdO den Grad der medizinischen Spezialisierung anhand eines sog. Gini-Koeffizienten.⁹⁷ Der Gini-Koeffizient ist eine statistische Maßzahl, die zur Beschreibung einer (Un-)gleichheit einer Verteilung dient. Konkret erfolgt die Ermittlung des Gini-Koeffizienten auf Basis der von den Krankenhäusern abgerechneten DRG-Fallpauschalen. Konzentrieren sich die abgerechneten Leistungen eines Krankenhauses auf wenige DRG-Fallgruppen und ist die Verteilung der Leistungen somit eher ungleich, gilt das Krankenhaus als spezialisiert. Sind hingegen die Leistungen eines Krankenhauses über alle DRG-Fallgruppen hinweg gleich verteilt, liegt keine Spezialisierung vor. Der Gini-Koeffizient kann einen Wert zwischen 0 und 1 annehmen, wobei ein Wert von 1 eine maximale Spezialisierung und ein Wert von 0 keine Spezialisierung bedeutet. Die Auswertung der Daten des WIdO ergibt für die Gesamtheit aller Krankenhäuser in Deutschland einen Spezialisierungsgrad von 0,73. Hierbei kann festgestellt werden, dass der bundesweite Spezialisierungsgrad in den vergangenen Jahren merklich abgenommen hat. Während dieser im Jahr 2019 bei 0,73 lag, betrug der Spezialisierungsgrad im Jahr 2012 noch 0,8.⁹⁸ Der Entwicklungstrend verläuft damit entgegen gesundheitspolitischer Bestrebungen, die Spezialisierung von deutschen Krankenhäusern voranzutreiben.⁹⁹

⁹⁵ Siehe etwa Rürup, B., Medizinische Versorgung: Überkapazitäten, Unwirtschaftlichkeit, Fehlplanung, Handelsblatt, 21. Juni 2019; BRH, Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO über die Prüfung der Krankenhausfinanzierung durch die gesetzliche Krankenversicherung, Potsdam, September, 2020; Burholt, C., Fusionskontrollpraxis erschwert Konsolidierung des deutschen Krankenhaussektors, *Wirtschaft und Wettbewerb*, 69 (7-8), 2019, S. 363-365.

⁹⁶ Siehe für ausführlichere Darstellung z. B. Loos, S. u. a., *Faktencheck Krankenhausstruktur – Spezialisierung und Zentrenbildung*, Bertelsmann Stiftung (Hrsg.), 2016, S. 33 ff., 60 ff.

⁹⁷ Mostert, C./Pritzkau, A., *Krankenhaus-Directory 2019 – DRG-Krankenhäuser im Vergleich*, in: Klauber, J. u. a. (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2021: Versorgungsketten – Der Patient im Mittelpunkt*, Berlin, 2021, S. 479 f. Eine Übersicht der Gini-Koeffizienten des WIdO ist verfügbar unter WIdO, *Krankenhaus-Report 2021 – Erweiterte Tabelle*, https://static-content.springer.com/esm/chp%3A10.1007%2F978-3-662-62708-2_22/MediaObjects/503005_1_De_22_MOESM2_ESM.pdf, Abuf am 16. September 2021.

⁹⁸ Für detaillierte Untersuchung speziell zum Spezialisierungsgrad von Krankenhäusern in privater Trägerschaft siehe Augurky, B./Beivers, A./Pilny, A., *Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018*, RWI Materialien 122, 2018, S. 50.

⁹⁹ So wurden unter anderem zur Förderung medizinischer Spezialisierung und Zentrumsbildung im Jahr 2015 beispielsweise mit der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung entsprechende Fördermittel für Krankenhäuser eingerichtet.

56. Auf Grundlage der für deutsche Krankenhäuser ermittelten Gini-Koeffizienten kann entsprechend der Verteilung des Gini-Koeffizienten zwischen drei Spezialisierungskategorien „gering“, „mittel“ und „hoch“ differenziert werden. Die Einteilung in Spezialisierungskategorien wurde im Rahmen dieses Sondergutachtens anhand der 33 Prozent- und der 67 Prozentperzentile vorgenommen. Die Auswertung ergab, dass im Jahr 2019 32,5 Prozent aller Leistungen in einem Krankenhaus mit geringer Spezialisierung und 34,5 Prozent in einem Krankenhaus mit mittlerer Spezialisierung erbracht wurden. Dementsprechend gelten in Deutschland lediglich rund 33 Prozent als Krankenhäuser mit einem hohen Spezialisierungsgrad.¹⁰⁰ Es lassen sich hierbei keine klaren Aussagen zum Spezialisierungsgrad deutscher Krankenhäuser im internationalen Vergleich treffen. Der Grund dafür sind die teils erheblichen Unterschiede in den Gesundheitssystemen und -strukturen sowie das Fehlen international vergleichender Konzepte zur Erfassung von Spezialisierung.¹⁰¹

3.3 Versorgungsgüte deutscher Krankenhäuser

57. Eine hohe Qualität in Krankenhäusern ist für die Versorgung der Bevölkerung und die Sicherheit von Patientinnen und Patienten von großer Bedeutung. Hierzu gehört neben einer professionellen medizinischen Behandlung durch gut ausgebildetes Fachpersonal unter anderem auch die Vermeidung von Komplikationen und Behandlungsfehlern sowie eine umfassende pflegerische Betreuung. Krankenhäuser sind gemäß § 135a SGB V auch gesetzlich dazu verpflichtet, ihre Qualität stets im Blick zu behalten und fortlaufend an der Weiterentwicklung zu arbeiten. Unklar ist allerdings, was in der Praxis konkret unter dem Begriff der Qualität zu verstehen ist. In der Wirtschaft wird unter Qualität häufig die Eignung einer Sache oder Dienstleistung zu einem vorgegebenen Zweck verstanden. Der Qualitätsbegriff wird in der Literatur jedoch nicht einheitlich definiert und umfasst sowohl objektive als auch subjektive Merkmale.¹⁰²

58. Auch im Gesundheitswesen existiert keine allgemeingültige Definition von Qualität. Vielmehr gibt es eine Reihe von unterschiedlichen Konzepten, die verschiedene Dimensionen der Qualität betrachten.¹⁰³ Nach überwiegender Auffassung handelt es sich bei Qualität um ein multidimensionales Konstrukt. Die qualitative Bewertung medizinischer Behandlungsleistungen sollte deshalb nicht anhand weniger, isolierter Aspekte vorgenommen werden.¹⁰⁴ Denkbar wäre etwa, dass in einem Krankenhaus die Mortalitätsrate bei Menschen nach einem akuten Herzinfarkt vergleichsweise hoch ausfällt. Dies könnte ein Hinweis auf eine schlecht funktionierende

¹⁰⁰ Eigene Berechnungen auf Datengrundlage des WIdO, Krankenhaus-Report 2021 – Erweiterte Tabelle, a. a. O.

¹⁰¹ Einen ersten Ansatz zur Spezialisierung im Ländervergleich bietet Cacace, M., Krankenhausstrukturen und Steuerung der Kapazitäten in der Corona-Pandemie – Ein Ländervergleich, Bertelsmann Stiftung (Hrsg.), 2021, S. 34 ff.

¹⁰² Siehe etwa „Qualität“ definiert nach Gabler Wirtschaftslexikon K-R, 16. Aufl., Wiesbaden, 2004, S. 2460.

¹⁰³ Eine Übersicht der Konzepte bietet etwa Döring, M., Das Streben nach Qualität – Qualitätssicherung und -management im deutschen Krankenhaussektor, *Verwaltung und Management* 1, 2015, S. 36-45; Arah, O. A. u. a., A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project, *International Journal for Quality in Health Care*, 18 (1), 2006, S. 5-13.

¹⁰⁴ Siehe etwa Döbler, K./Follert, P., Stand und Perspektiven einer sektorübergreifenden Qualitätssicherung, in: Klauber, J. u. a. (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2021*, a. a. O., S. 223; IQTIG, *Methodische Grundlagen V1.1*, https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf, Abruf am 28. September 2021.

nierende Notfallversorgung sein. Es könnte aber auch sein, dass es sich in diesem Fall um ein hochspezialisiertes Krankenhaus handelt, in das hauptsächlich besonders schwer erkrankte Personen eingeliefert werden, deren Risiko für ein schlechtes Behandlungsergebnis oder gar tödliche Komplikationen bedeutend höher ist.

59. In der Regel wird die Qualität im Gesundheitswesen deshalb anhand von drei, nicht trennscharf abzugrenzenden Dimensionen, der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, gemessen und beurteilt.¹⁰⁵ Die Strukturqualität bezieht sich auf die Rahmenbedingungen der Behandlungsleistungen, wie beispielsweise die personelle, materielle oder finanzielle Ausstattung eines Krankenhauses. Die Prozessqualität betrifft die Behandlungs- und Arbeitsabläufe. Dazu gehört beispielsweise, ob eine medizinische Behandlung entsprechend anerkannter fachlicher Standards erfolgt. Die Ergebnisqualität umfasst schließlich den Behandlungserfolg und die Frage, ob mit der Behandlung ein bestimmtes Behandlungsziel erreicht wurde.¹⁰⁶ Insbesondere im Kontext empirischer Untersuchungen wird die Versorgungsqualität regelmäßig auf Basis von solch ergebnisorientierten Kennzahlen quantifiziert. Weitverbreitete Kennzahlen sind dabei Mortalitätsraten oder Fehlerquoten nach bestimmten operativen Eingriffen.¹⁰⁷

60. Vor diesem Hintergrund hat das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zur Beurteilung der Versorgungsqualität in Deutschland sog. Qualitätsindikatoren (Messgrößen) entwickelt. Das IQTIG ist das zentrale Institut für die gesetzlich vorgesehene Qualitätssicherung im Gesundheitswesen und arbeitet gemäß § 137a Abs. 3 SGB V im Auftrag des G-BA an der Darstellung sowie an Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Versorgungsqualität. Das Ziel ist es, auf Grundlage von fest definierten Kriterien – den Qualitätsindikatoren – die medizinische Qualität für einzelne Leistungsbereiche in einem Krankenhaus zu quantifizieren und dadurch eine bundesweite Vergleichbarkeit zwischen verschiedenen Einrichtungen zu schaffen. Dabei wertet das IQTIG Qualitätsindikatoren unter anderem in den Bereichen der Kardiologie und Herzchirurgie, Transplantationsmedizin, Gefäßchirurgie, Orthopädie oder dem Hygiene- und Infektionsmanagement aus. Qualitätsindikatoren sind z. B. die „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“, die „präoperative Verweildauer nach Hüftendprothesenversorgung“ oder das Vorliegen von „Transplantationsversagen innerhalb des 1. Jahres nach einer Nierentransplantation“.¹⁰⁸

¹⁰⁵ So beispielsweise in Bezug auf §§ 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und 136c Abs. 1 Satz 1 SGB V. Die Trias der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gehen zurück auf Donabedian, A., Evaluating the quality of medical care, *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 44 (3), 1966, S. 166-203; Donabedian, A., *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment, Explorations in Quality Assessment and Monitoring* 1, 1980.

¹⁰⁶ Dettling, H.-U./Würtenberger, T., in: Dettling, H.-U./Gerlach, A. (Hrsg.), *Krankenhausrecht*, a. a. O., § 1 KHG Rn. 140 ff.

¹⁰⁷ So quantifizieren etwa Gaynor/Moreno-Serra/Propper (2013) die Qualität anhand einer 30-Tage-Herzinfarkt mortalität. Ebenfalls auf die Herzinfarkt mortalität stellen Kessler/Geppert (2005) ab, wobei sie dabei auch kardinale Komplikationen anhand der Wiedereinlieferungsrate innerhalb eines Jahres nach dem Erstereignis berücksichtigen. Vgl. Gaynor, M./Moreno-Serra, R./Propper, C., *Death by Market Power: Reform, Competition and Patient Outcomes in the National Health Service*, *American Economic Journal*, 5 (4), 2013, S. 134-166; Kessler, D./Geppert, J., *The effects of competition on variation in the quality and cost of medical care*, *Journal of Economics and Management Strategy*, 14 (3), 2005, S. 575-589.

¹⁰⁸ Siehe für detaillierte Darstellung der methodischen Grundlagen IQTIG, *Methodische Grundlagen – Entwurf für Version 2.0*, https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/2021/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Entwurf-fuer-Version-2.0_2021-08-16.pdf, Abruf am 29. September 2021.

61. Vor diesem Hintergrund veröffentlicht das IQTIG jedes Jahr einen Qualitätsreport. Für den aktuellen Qualitätsreport 2020 untersuchte das IQTIG insgesamt 221 Qualitätsindikatoren, wobei 1.472 deutsche Krankenhäuser rund 2,4 Mio. Datensätze dem IQTIG zur Verfügung stellten.¹⁰⁹ Das IQTIG berechnet auf Basis der Indikatoren Qualitätsergebnisse und bewertet diese dahingehend, in welchem Umfang die anvisierten Versorgungsziele in Deutschland erfüllt wurden oder ob bei einzelnen Leistungsbereichen besonderer Handlungsbedarf besteht. Ein besonderer Handlungsbedarf liegt vor, wenn bei der Auswertung über alle Krankenhäuser und Behandlungsfälle hinweg ein „ausgeprägtes oder fortbestehendes Qualitätsdefizit“ besteht. Für das Erfassungsjahr 2019 wurde festgestellt, dass bei 183 der insgesamt 221 Qualitätsindikatoren gegenwärtig kein Handlungsbedarf vorliegt. Demgegenüber wurde bei 12 Indikatoren ein bundesweit besonderer Handlungsbedarf festgestellt. Bei weiteren 26 Indikatoren konnte aufgrund (bisher) fehlender Referenzwerte keine eindeutige Aussage über die Versorgungsqualität getroffen werden.¹¹⁰ Es gilt zu berücksichtigen, dass sich eine solche Bewertung der Versorgungsqualität letztlich immer auf spezifische Leistungsbereiche bezieht. So bilden die Qualitätsindikatoren nur ausgewählte Fachbereiche, aber nicht das gesamte medizinische Spektrum ab. Sie zeigen damit auch nur einen Ausschnitt des stationären Leistungsgeschehen. Es lassen sich insoweit keine allgemeingültigen Aussagen über die stationäre Versorgungsqualität in Deutschland treffen.

62. Des Weiteren existiert eine Reihe internationaler Studien, welche die Versorgungsqualität in verschiedenen Ländern untersuchen und internationale Vergleiche anstellen. Zu den bekannteren Untersuchungen gehört beispielsweise der sog. Euro Health Consumer Index (EHCI), der die Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen und deren Bedürfnisorientierung an Patientinnen und Patienten in 35 europäischen Ländern misst. Hierzu werden 46 verschiedene Indikatoren unter anderem auf den Gebieten der Rechte von Patientinnen und Patienten, Behandlungsergebnisse, Zugang zur Pflege und Verwendung von Arzneimitteln ausgewertet. Deutschland befand sich zuletzt im Jahr 2018 mit Platz 12 im europäischen Mittelfeld.¹¹¹ Zu ähnlichen Ergebnissen gelangt der Commonwealth Health Fund, der jedes Jahr Berichte über das US-amerikanische Gesundheitssystem im Vergleich zu elf anderen Industrienationen, darunter Deutschland, veröffentlicht. Hier zeigt sich, dass Deutschland insbesondere bei der Erreichbarkeit medizinischer Versorgung überdurchschnittlich gut abschneidet. Einen großen Aufholbedarf sehen die Expertinnen und Experten hingegen bei der Digitalisierung. Dies umfasst beispielsweise die Möglichkeit, Testergebnisse und Behandlungsbesuche online einzusehen, oder die Möglichkeit für Leistungserbringer, medizinische Befunde mit anderen Leistungserbringern elektronisch auszutauschen.¹¹² Zudem legt auch die OECD jedes Jahr umfas-

¹⁰⁹ IQTIG, Qualitätsreport 2020, Berlin, 2021.

¹¹⁰ Ebenda, S. 7.

¹¹¹ Björnberg, A./Phang, A. Y., Euro Health Consumer Index 2018, Health Consumer Powerhouse (Hrsg.), Marseillan, 2019.

¹¹² The Commonwealth Health Fund, 2019 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Primary Care Physicians, https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2019-12/2019_intl_hlt_policy_survey_primary_care_phys_topline_findings_one_pager.pdf, Abruf am 1. Oktober 2021. Siehe zuletzt für das Jahr 2021 Schneider, E. u. a., Mirror, mirror 2021 – Reflecting Poorly: Health Care in the U.S. compared to other high-income countries, The Commonwealth Fund (Hrsg.), August 2021.

sende Analysen zu der Gesundheitssituation und den Gesundheitssystemen der OECD-Mitgliedsstaaten vor.¹¹³ Die Analysen der OECD erlangen in Deutschland regelmäßig mediale Aufmerksamkeit, da sie häufig als Grundlage gesundheitspolitischer Diskussionen zur aktuellen Lage des Gesundheitswesens dienen. Zur Bewertung der Versorgungsqualität werden dabei ausgewählte Morbiditäts- und Versorgungsindikatoren wie die 30-Tage-Herzinfarkt mortalität oder die Überlebensrate fünf Jahre nach einer Erkrankung mit Brustkrebs herangezogen. Im direkten OECD-Vergleich wird Deutschland eine durchschnittliche bis überdurchschnittliche Versorgungsqualität attestiert. Lediglich bei der 30-Tage-Herzinfarkt mortalität wird mit einer Mortalitätsrate von 8,5 Prozent ein niedriger Platz 28 erreicht.¹¹⁴ Dies weist darauf hin, dass Deutschland international zwar über überdurchschnittlich viele Krankenhäuser verfügt, diese aber oftmals nicht hinreichend ausgestattet sind, um typische Notfälle bestmöglich behandeln und in diesem ausgewählten Leistungsbereich eine hohe Versorgungsqualität gewährleisten zu können. Allerdings ist zu beachten, dass die OECD-Kennzahlen keiner umfassenden Risikoadjustierung unterzogen wurden. Eine Risikoadjustierung bedeutet, dass jegliche personenbezogene Risiken wie Alter, Krankheitsschwere oder Vorbehandlungen berücksichtigt werden.¹¹⁵

63. Insgesamt bleibt festzuhalten, dass die Messung von Qualität äußerst komplex ist und die Bewertung der Versorgungsqualität Einschränkungen unterliegt, die die Aussagekraft der Ergebnisse teilweise mindern können. Die Studienergebnisse hängen deshalb auch davon ab, welche Qualitätsindikatoren in den jeweiligen Studien kontrolliert und zugrunde gelegt werden. Das Vorliegen von Qualitätsdefiziten in einzelnen Leistungsbereichen darf daher nicht unmittelbar dahingehend interpretiert werden, dass die betroffenen Krankenhäuser insgesamt eine unzureichende Qualität zulasten von Patientinnen und Patienten erbringen. Generell erscheint es zwingend notwendig, Qualitätsergebnisse stets in einen gesamtheitlichen Kontext zu setzen. Gleichwohl liefern die zahlreichen Untersuchungen zur Versorgungsqualität – wie die des IQTIG oder der OECD – Hinweise darauf, dass die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern insgesamt grundsätzlich gut bis sehr gut ist. In bestimmten Leistungsbereichen – wie der Digitalisierung von Behandlungs- und Arbeitsabläufen – besteht allerdings Handlungs- bzw. Aufholbedarf.

3.4 Finanzielle Situation der Häuser

64. Seit einigen Jahren werden die gegenwärtigen Krankenhausstrukturen in Deutschland von Fachleuten und Expertengremien im Gesundheitswesen unter anderem auch im Hinblick darauf kritisiert, dass diese sich negativ auf die finanzielle Lage von Krankenhäusern auswirkten. Häufig wird vorgetragen, dass sich gerade viele der vergleichsweise kleinen und wenig spezialisierten Krankenhäuser teils in einer finanziellen Schieflage befinden. Vielen Häusern drohe

¹¹³ Siehe zuletzt OECD/European Union, Health at a Glance: Europe 2020: State of health in the EU Cycle, a. a. O.

¹¹⁴ OECD/European Union, Health at a Glance 2019: OECD Indicators, Paris, 2019, S. 31.

¹¹⁵ Siehe beispielsweise Heber, R./Levsen, A./Offermanns, M., Aussagekraft von Krankenhausstruktur- und Qualitätsvergleichen auf Basis von OECD-Daten, Deutsches Krankenhausinstitut (Hrsg.), Düsseldorf, Juli 2021.

die Insolvenz, was zu einer Gefährdung der für die Daseinsfürsorge notwendigen Krankenhausversorgung in der jeweiligen Region führen könnte.

65. In der Praxis wird die finanzielle Situation der Krankenhäuser typischerweise anhand von Kriterien der Unternehmensbewertung gemessen. So bildet der Krankenhaus Rating Report des RWI-Leibniz Institut für Wirtschaftsforschung beispielsweise die finanzielle Situation von Krankenhäusern anhand des krankenhausesindividuellen Insolvenzrisikos ab.¹¹⁶ Der Studie zufolge wiesen die Jahresabschlüsse der Krankenhäuser bis zum Jahr 2019 ein stetig wachsendes Insolvenzrisiko auf. Im Jahr 2019 befanden sich rund 13 Prozent der Krankenhäuser im „roten Bereich“ erhöhter Insolvenzgefahr, weitere 27 Prozent im „gelben Bereich“ und 60 Prozent im „grünen Bereich“ geringer Insolvenzgefahr. Auch in den Vorjahren 2017 und 2018 hatten 12 bzw. 13 Prozent der Krankenhäuser ein erhöhtes Insolvenzrisiko. Im Jahr 2016 waren es hingegen nur 7 Prozent. Zeitgleich ist der Anteil der Krankenhäuser mit geringer Insolvenzgefahr stark gesunken. So lag dieser Anteil im Jahr 2016 noch bei 84 Prozent.¹¹⁷ Die Entwicklung der Insolvenzgefahr deutscher Krankenhäuser verdeutlicht Abbildung 3.4. Im Vergleich dazu misst das Deutsche Krankenhausinstitut im Rahmen des jährlich veröffentlichten Krankenhaus Barometers die finanzielle Lage auf Basis der Ertragslage der Krankenhäuser. So schrieben im Jahr 2019 rund 44 Prozent aller deutschen Allgemeinkrankenhäuser mit mehr als 100 Betten einen Verlust. Gemäß ihrer Gewinn- und Verlustrechnung haben im Jahr 2019 insgesamt 46 Prozent der Krankenhäuser einen Jahresüberschuss sowie 10 Prozent ein ausgeglichenes Ergebnis erzielt. Im Vorjahr 2018 hatten im Vergleich rund 40 Prozent der Häuser einen Jahresverlust und 51 Prozent einen positiven Jahresüberschuss erwirtschaftet.¹¹⁸

66. Darüber hinaus zeigen die Studien auf, dass öffentliche Krankenhäuser im Vergleich zu Krankenhäusern in privater oder freigemeinnütziger Trägerschaft deutlich häufiger als wirtschaftlich gefährdet (erhöhtes Insolvenzrisiko und schlechtere Ertragslage) gelten.¹¹⁹ Vor diesem Hintergrund wird in der Literatur vielfach ein möglicher Kausalzusammenhang zwischen der Trägerschaft und einer effizienten Betriebsführung diskutiert. Ob jedoch eine erhöhte wirtschaftliche Gefährdung öffentlicher Krankenhäuser tatsächlich in einer ineffizienten Be-

¹¹⁶ Die Insolvenzgefahr wird über die Ausfallwahrscheinlichkeit (Probability of default, PD) bestimmt. Mit Hilfe eines Bilanzratings wird die PD für jedes Krankenhaus anhand der vorliegenden Jahresabschlüsse berechnet. Die PD liegt theoretisch zwischen 0 und 100 Prozent und gibt an, mit welcher Wahrscheinlichkeit das Krankenhaus innerhalb eines Zeitraums von einem Jahr seinen Zahlungsverpflichtungen nicht mehr aus eigener Kraft nachkommen kann und damit gegebenenfalls Insolvenz anmelden muss. Die errechneten PDs werden zur Veranschaulichung im Krankenhaus Rating Report einem groben Ampelsystem zugeordnet. PDs zwischen 0 und 1 Prozent stellen ein geringes bis moderates Ausfallrisiko dar (grün). Werte zwischen 1 und 2,6 Prozent sind gelb hinterlegt. Bei allen Werten darüber (rot) ist mit erheblichen Problemen bei der Kreditaufnahme zu rechnen bzw. sie ist sogar unmöglich. Vgl. Augurzky, B., u.a. Krankenhaus Rating Report 2010: Licht und Schatten, RWI Materialien, 59, 2010, S. 17.

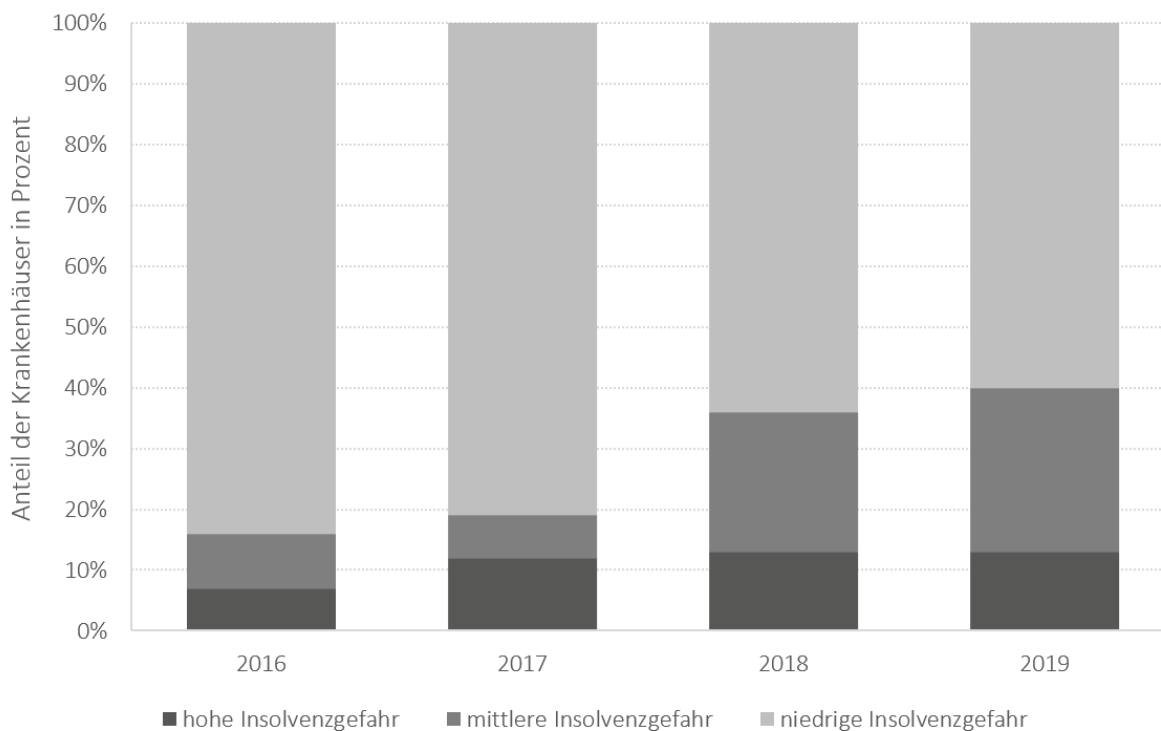
¹¹⁷ Augurzky, B. u. a., Krankenhaus Rating Report 2021 – Mit Wucht in die Zukunft katapultiert, Heidelberg, 2021; Osterloh, F., Krankenhäuser: Fallzahlen bleiben niedrig, Deutsches Ärzteblatt, 118 (24), 2021.

¹¹⁸ DKI, Krankenhaus-Barometer 2020, Düsseldorf, 2020.

¹¹⁹ Siehe unter anderem Augurzky, B. u. a., Krankenhaus Rating Report 2021, a. a. O.; RWI, Krankenhaus Rating Report 2013: Der Trend zu großen Klinikverbänden setzt sich fort, Pressemitteilung, 6. Juni 2013.

triebsführung oder aber z. B. in den Aufgaben der öffentlichen Hand im Rahmen der Daseinsvorsorge begründet liegt, ist unklar.¹²⁰

Abbildung 3.4: Insolvenzgefahr deutscher Krankenhäuser von 2016 bis 2019



Quelle: Eigene Darstellung basierend auf den Krankenhaus Rating Reports des RWI Leibnitz Instituts von 2018 bis 2021. Siehe auch Fn. 116.

67. Außerdem lassen sich regionale Unterschiede hinsichtlich der Finanzkraft der Häuser feststellen. So haben insbesondere Krankenhäuser in Baden-Württemberg, Niedersachsen und Bremen deutlich häufiger finanzielle Schwierigkeiten als Krankenhäuser in Ostdeutschland.¹²¹ So war in Baden-Württemberg im Jahr 2021 laut dem Bericht des RWI-Leibniz Institut für Wirtschaftsforschung fast jedes dritte Krankenhaus von einer Insolvenz bedroht.¹²²

68. Des Weiteren gibt es Hinweise darauf, dass die Betriebsgröße der Krankenhäuser einen merklichen Einfluss auf die wirtschaftliche Lage des jeweiligen Krankenhauses hat. Dabei zeigt sich, dass größere Häuser in der Regel wirtschaftlich besser abschneiden. So stellt der Krankenhaus Rating Report 2021 beispielsweise fest, dass Krankenhäuser mit einer vergleichweisen hohen Bettenzahl zwischen 600 und 900 und/oder Umsatzerlösen zwischen EUR 140 und

¹²⁰ Siehe zutreffend auch Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, Bonn/Berlin, 2014, Rz. 526.

¹²¹ Augurzyk, B. u. a., Krankenhaus Rating Report 2021, a. a. O. Zu den möglichen Gründen siehe auch Abschnitt 4.3.1.1 dieses Sondergutachtens.

¹²² swr.online, Fast ein Drittel der Kliniken in Baden-Württemberg von der Insolvenz bedroht, <https://www.swr.de/swraktuell/baden-wuerttemberg/finanzielle-situation-krankenhaeuser-bw-schlecht-102.html>, Abruf am 24. Februar 2022.

190 Mio. die besten Ertragslagen in Deutschland aufweisen.¹²³ Ein Grund für diesen Befund könnte sein, dass größere Krankenhäuser über hohe Fallzahlen Größenvorteile realisieren und die Rentabilität steigern. Zu einem anderen Ergebnis kommt hingegen eine Studie aus dem Jahr 2017, die nahelegt, dass eine mittlere Größe von Krankenhäusern mit 300 bis 600 Betten betriebswirtschaftlich optimal sei.¹²⁴ Darüber hinaus hätten ein hoher Grad an Spezialisierung sowie die Zugehörigkeit zu einer Krankenhauskette einen positiven Einfluss auf die wirtschaftliche Lage.¹²⁵ Insbesondere wirke sich der Spezialisierungsgrad dabei positiv auf die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten und somit auf die Wirtschaftlichkeit der Häuser aus.¹²⁶ Insgesamt ist es somit wahrscheinlich, dass mit zunehmender Krankenhausgröße und zunehmendem Grad an Spezialisierung eine nachhaltigere Betriebsführung ermöglicht wird.

69. Bei der Beurteilung der finanziellen Lage deutscher Krankenhäuser nimmt die Covid-19-Pandemie eine Sonderstellung ein. Sie ist daher von der allgemeinen Finanzlage gesondert zu betrachten. Im Rahmen der Pandemiebekämpfung hielten Kliniken für Patientinnen und Patienten Betten frei, wodurch geplante Eingriffe verschoben bzw. abgesagt wurden, vgl. Abschnitt 3.5. Durch das Freihalten von Betten und der einhergehenden geringeren Auslastung entstehen den Krankenhäusern Einnahmehausfälle. Im März 2020 reagierte die Legislative mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz auf die dadurch finanziell angespannte Situation.¹²⁷ So wurde mit § 21 KHG eine Sonderregelung für die Pandemiebekämpfung geschaffen, wodurch Krankenhäuser seit dem Jahr 2020 bis vorerst März 2022 Ausgleichszahlungen für das Freihalten von Betten und die Stabilisierung der Erlöse auf dem Niveau des Jahres 2019 erhalten. Insgesamt betragen die Ausgleichszahlungen für Einnahmehausfälle der Krankenhäuser im Jahr 2020 ca. EUR 10,2 Mrd. Gesundheitsfachleute wiesen dabei darauf hin, dass die Ausgleichszahlungen in der Summe höher gelegen hätten als die durch die Leistungsreduktion hervorgerufenen Mindererlöse der Krankenhäuser. Im Durchschnitt sei es im Jahr 2020 hierdurch zu einer Zunahme der Erlöse bei den somatischen Krankenhäusern um etwa 3,7 Prozent gekommen und bei psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken um etwa 10,6 Prozent.¹²⁸ Um den unterschiedlichen Kostenstrukturen der Krankenhäuser besser Rechnung zu tragen, wurde im Juni 2020 mit der COVID-19-Ausgleichszahlungs-Anpassungs-Verordnung auf diese Unterscheidung reagiert. Insgesamt könnten die pandemiebedingten Ausgleichszahlungen zu einem einmaligen Abschwächen des zuvor negativen Trends der finanziellen Situation deutscher Krankenhäuser geführt haben.

¹²³ Augurzky, B. u. a., Krankenhaus Rating Report 2021, a. a. O.

¹²⁴ Lungen, M., Die optimale Klinikgröße, in: Klauber, J. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2017, a. a. O., S. 187.

¹²⁵ Augurzky, B. u. a., Krankenhaus Rating Report 2019: Deutschen Krankenhäusern geht es wieder schlechter, Essen, 2019.

¹²⁶ Augurzky, B./Schmidt, C. M., Nach Corona: Jetzt stabile Krankenhausstrukturen schaffen, Essen, 2020, S. 4.

¹²⁷ Bundesrat, Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG), BR-Drs. 511/21 vom 11. Juni 2021.

¹²⁸ Unterschieden wird zwischen somatischen Krankenhäusern, d. h. solchen, die Behandlungen durchführen, welche den Körper betreffen und psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken, welche Störungen und Erkrankungen des Geistes und der Seele, die auch körperliche Auswirkungen haben können, behandeln. Augurzky, B. u. a., Analysen zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser und zur Ausgleichspauschale in der Corona-Krise, RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.), Essen, 30. April 2021, S. 5 f.

3.5 Herausforderungen durch die Covid-19-Pandemie

70. Die deutsche Krankenhauslandschaft wurde im Frühjahr 2020 vor große und unerwartete Herausforderungen gestellt. Die Covid-19-Pandemie und die im Rahmen dessen getroffenen regulatorischen Maßnahmen hatten und haben noch immer erhebliche Auswirkungen auf das Leistungsgeschehen und die Erlössituation der Krankenhäuser in Deutschland. Insbesondere die von der Bundesregierung Mitte März 2020 beschlossenen Regeln zur Eindämmung des Coronavirus sorgten dabei für starke Veränderungen. Konkret wurden die Krankenhäuser dazu aufgefordert, planbare Behandlungen zu verschieben und Ressourcen für die Behandlung potenzieller Covid-19-Fälle freizuhalten, um eine mögliche Überlastung des Versorgungssystems zu vermeiden.¹²⁹

71. Die pandemiebedingten Veränderungen im Leistungsgeschehen zeigen sich vor allem in dem starken Rückgang von Behandlungsfällen und Operationen. Insgesamt wurden im Pandemiejahr 2020 rund 2,5 Millionen Patientinnen und Patienten weniger in deutschen Krankenhäusern behandelt als im Vorjahr. Dies entspricht einem Fallzahlrückgang von 13 Prozent. Besonders stark war der Rückgang im April 2020 während der ersten Corona-Welle mit 35 Prozent weniger stationären Behandlungsfällen als im Vergleich zum Vorjahresmonat.¹³⁰ Laut Mostert u.a. zeigte sich der Leistungsrückgang grundsätzlich unabhängig von der Krankenhausgröße.¹³¹ Auch die Zahl der Operationen ging im Jahr 2020 um 9,7 Prozent zurück. Darüber hinaus sanken die durchschnittlichen Verweildauertage von Patientinnen und Patienten um 12 Prozent. Als Folge dessen erreichte die Bettenauslastung mit 67,3 Prozent einen historischen Tiefpunkt.¹³²

72. Der Rückgang von Fallzahlen konzentrierte sich in erster Linie auf Fachgebiete, in denen planbare und weniger dringliche Behandlungen ausgesetzt werden konnten, wie Untersuchungen von Günster u.a. (2020) und Mostert u.a. (2020) ergaben.¹³³ Besonders zu Beginn der Pandemie (März bis Mai 2020) war ein starker Rückgang bei verschiebbaren Eingriffen wie Blinddarmentfernungen mit leichtem oder ohne akutem Entzündungsgeschehen (-17 Prozent) oder arthrosebedingten Hüftprothesenimplantationen (-44 Prozent) zu beobachten. In den Sommermonaten 2020 stabilisierten sich die Fallzahlen vielfach, bevor sie ab Oktober mit der zweiten Corona-Welle erneut stark sanken. Ein solcher Rückgang war mit Blick auf die politischen Vorgaben durchaus erwünscht. Allerdings kam es auch bei ausgewählten dringlichen Behandlungsanlässen unerwartet zu Fallzahlrückgängen. So war etwa bei Herzinfarkten ein

¹²⁹ Siehe für ausführliche Darstellung pandemiebedingter regulatorischer Maßnahmen beispielsweise Cacace, M., Krankenhausstrukturen und Steuerung der Kapazitäten in der Corona-Pandemie, a. a. O., S. 50.

¹³⁰ Statistisches Bundesamt, 13 Prozent weniger stationäre Krankenhausbehandlungen im Jahr 2020, Pressemitteilung, 22. September 2021.

¹³¹ Mostert, C. u. a., Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Krankenhausleistungen im Jahr 2020, in: Klauber, J. u. a. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2021, a. a. O., S. 304.

¹³² Augurzky, B., Analysen zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser und zur Ausgleichspauschale in der Corona-Krise – Ergebnisse für den Zeitraum Januar bis Dezember 2020, a. a. O., S. 4 ff.

¹³³ Günster, C. u. a., WIdO-Report: Entwicklung der Krankenhausfallzahlen während des Coronavirus-Lockdowns – Nach ICD-10-Diagnosekapiteln und ausgewählten Behandlungsanlässen, Berlin, 2020; Mostert, C. u. a., Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Krankenhausleistungen im Jahr 2020, a. a. O.

Rückgang von 16 Prozent und bei Schlaganfällen von 11 Prozent zu verzeichnen. Denkbar ist, dass Patientinnen und Patienten aus Angst vor einer Ansteckung mit dem Coronavirus oder einer vermuteten Überlastung des Gesundheitssystems die Krankenhäuser trotz teils lebensbedrohlichen Notfällen gemieden haben.¹³⁴ Der Rückgang dringlicher Behandlungsfälle löste zahlreiche Diskussionen in der Öffentlichkeit und Politik aus.¹³⁵

73. Darüber hinaus ging der Fallzahlrückgang mit einer Verschiebung des Leistungsspektrums einher. Untersuchungen zeigen, dass zum einen eine Verschiebung innerhalb einzelner Leistungsbereiche hin zu schwereren Fällen bei gleichem Behandlungsanlass stattgefunden hat. Ein Beispiel ist die nicht-operative Behandlung von Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, bei denen der Anteil von Behandlungen mit hoher Fallschwere zugenommen und der mit niedriger abgenommen hat. Zum anderen kann ein Großteil der Leistungsveränderungen jedoch auf eine Verschiebung zwischen verschiedenen Leistungsbereichen zurückgeführt werden. So verzeichneten medizinische und nicht-operative Behandlungsbereiche im Pandemiejahr 2020 einen stärkeren Fallzahlrückgang als operative Behandlungsbereiche. Auch lieferte eine genauere Auswertung der abgerechneten DRG-Fallpauschalen einen Hinweis darauf, dass eine Konzentration auf Behandlungsbereiche mit schweren Operationen stattgefunden hat.¹³⁶

74. Mit Blick auf das veränderte Leistungsgeschehen kann angenommen werden, dass die Covid-19-Pandemie zu einer erheblichen Ressourcenverschiebung, z. B. zwischen Stationen oder medizinischen Teildisziplinen, geführt hat. Dies zeigt sich unter anderem in der pandemiebedingten Personalverlagerung deutscher Krankenhäuser. Eine Krankenhausbefragung des Deutschen Krankenhausinstituts¹³⁷ ergab, dass die überwiegende Mehrheit (70 Prozent) der befragten Krankenhäuser als Reaktion auf die Covid-19-Pandemie im April 2020 eine Verlagerung des Personals von Normal- auf Intensivstation(en) vorgenommen hat. Die Krankenhäuser gaben dabei an, vor allem pflegerisches Personal (59 Prozent) sowie Personal aus dem medizinischen Dienst (47 Prozent) und Funktionsdienst (44 Prozent) verlagert zu haben. Die Untersuchung hat zudem gezeigt, dass mit zunehmender Krankenhausgröße die Personalverlagerungen merklich zunahmen. In großen Krankenhäusern mit mehr als 600 Betten fand sie nahezu flächendeckend statt.¹³⁸ Aus Sicht einiger Marktakteure hat die Pandemie den bestehenden Personalmangel vor allem im Bereich intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten besonders verdeutlicht.

¹³⁴ Mostert, C. u. a., Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Krankenhausleistungen im Jahr 2020, a. a. O., S. 292.

¹³⁵ Siehe beispielsweise AOK, Starker Rückgang der Krankenhaus-Fallzahlen durch Coronavirus-Lockdown bei planbaren Eingriffen, aber auch bei Notfällen, Pressemitteilung, 29. Juni 2020.

¹³⁶ Mostert, C. u. a., Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Krankenhausleistungen im Jahr 2020, a. a. O., S. 288 ff.

¹³⁷ Das Deutsche Krankenhausinstitut ist ein wissenschaftliches Institut in Trägerschaft der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Verband der leitenden Krankenhausärzte und dem Verband der Krankenhausdirektoren. Zu den Aufgaben gehören u.a. die Forschung sowie die Beratung im Krankenhaus und Gesundheitswesen.

¹³⁸ Blum, K. u. a., Auswirkungen der Covid-19-Pandemie und des Krankenhausentlastungsgesetzes auf die Krankenhäuser – Krankenhausbefragung des Deutschen Krankenhausinstitut, <https://www.dki.de/sites/default/files/2020-06/2020-05-28%20Corona-Befragung.pdf#page15>, Abruf am 11. Oktober 2021, S. 15 f.

75. Nach Auffassung einer Reihe von Gesundheitsfachleuten haben deutsche Krankenhäuser schnell sowie flexibel und leistungsfähig auf die Erfordernisse und Bedarfsschwankungen der Covid-19-Pandemie reagiert.¹³⁹ Diese Anpassungsfähigkeit zeigt sich ihnen zufolge darin, dass die Krankenhäuser sehr kurzfristig ihre ohnehin schon vergleichsweise hohe Anzahl an Intensivbetten weiter ausgebaut haben. Zum 9. Juli 2020 gab es bereits 4.249 (15,2 Prozent) mehr Intensivbetten als vor der Pandemie im Jahr 2017. Die Erhöhung der Intensivkapazitäten und die Aufrüstung von Beatmungsgeräten gehörte zum Schwerpunkt der Pandemiebewältigung. Außerdem wurden zusätzliche spezielle Räumlichkeiten zur Isolierung von Covid-19-Fällen geschaffen, um einen umfassenden Infektionsschutz sicherzustellen.¹⁴⁰ Nicht zuletzt wurde gerade zu Beginn der Pandemie in der schnellen Reaktion und den kurzfristigen strukturellen Anpassungen ein wesentlicher Grund gesehen, dass Deutschland im internationalen Vergleich die Covid-19-Pandemie bisher relativ glimpflich überstanden hat.

3.6 Verbesserungsbedarf bei strukturellen Gegebenheiten der Krankenhausversorgung

76. Das gegenwärtige deutsche Gesundheitssystem erscheint in Bezug auf die Versorgung der Bevölkerung mit stationären Krankenhausleistungen auf den ersten Blick gut aufgestellt zu sein. So konnte in den vorangegangenen Abschnitten 3.1 bis 3.5 festgestellt werden, dass die stationären Versorgungsmöglichkeiten in Deutschland besonders vielseitig und breit aufgestellt sind. Daneben gibt es eine im internationalen Vergleich hohe Anzahl an Krankenhäusern und Krankenhausbetten, die eine schnelle Erreichbarkeit von Versorgungsleistungen vor allem in Ballungsgebieten gewährleistet. Zudem hat die Covid-19-Pandemie gezeigt, wie flexibel und leistungsfähig das Versorgungssystem auf unerwartete Bedarfsschwankungen reagieren kann. Auch die Vorhaltung vergleichsweise hoher Krankenhauskapazitäten wurde in diesem Zusammenhang als ein bedeutender Vorteil des deutschen Gesundheitssystems gesehen.

77. Auf den zweiten Blick zeigt sich allerdings das Problem, die bezeichneten Versorgungsstrukturen hinsichtlich ihrer Effizienz zu interpretieren. Denn die stellenweise hohe Standort- und Bettendichte allein lässt keine Rückschlüsse darüber zu, ob diese Strukturen auch optimal im Hinblick auf die Sicherstellung einer finanziell tragfähigen, bundesweit flächendeckenden sowie qualitativ hochwertigen Versorgung sind. Vielmehr konnten Hinweise herausgearbeitet werden, dass die gegenwärtigen Versorgungsstrukturen möglicherweise nicht optimal im Sinne von Über- bzw. Unterkapazitäten und Unwirtschaftlichkeit sind. So ist zum einen eine wachsende Divergenz an Versorgungsangeboten zwischen Ballungszentren und ländlichen Räumen zu beobachten. Zum anderen spricht eine Reihe von Indizien dafür, dass es in Deutschland eine tendenziell zu hohe Anzahl zu kleiner Krankenhäuser gibt. Auch wenn (inter-)nationale Studien deutschen Krankenhäusern eine grundsätzlich gute bis sehr gute Versorgungsqualität attestieren, kann sich die Vorhaltung vieler kleiner Krankenhäuser negativ auf

¹³⁹ Angaben gegenüber der Monopolkommission. Siehe auch GKV-Spitzenverband, GKV-Positionen zur Krankenhausversorgung aus den Erfahrungen der Corona-Pandemie 2020, 2020; DKG, Lehren aus der Pandemie für gute Krankenhauspolitik – Aktuelle Lage und erste Schlussfolgerungen, 2020.

¹⁴⁰ Cacace, M., Krankenhausstrukturen und Steuerung der Kapazitäten in der Corona-Pandemie – Ein Ländervergleich, a. a. O., S. 63, 73, 90.

die Behandlungsqualität in den jeweiligen Häusern auswirken. Zudem weist ein erheblicher Anteil der Krankenhäuser einen relativ geringen Grad an medizinischer Spezialisierung auf, was mit Blick auf die Versorgungsqualität ebenfalls als nachteilig angesehen werden kann. Problematisch zu sehen ist auch die sich stetig verschlechternde finanzielle Lage von Krankenhäusern. Vor allem bei kleineren Krankenhäusern mit einer geringen Bettenanzahl und öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern ist mit einer erhöhten Insolvenzgefahr zu rechnen. Diese Situation lässt sich nicht ausschließlich auf die Covid-19-Pandemie zurückführen. Viel eher liegen dieser Fehlentwicklung strukturelle Zusammenhänge zugrunde.

78. Insgesamt kann vor diesem Hintergrund ein Verbesserungsbedarf der derzeit bestehenden Krankenhausstrukturen abgeleitet werden. Auch die in der Öffentlichkeit geführten Diskussionen deuten darauf hin, dass sich unter den gegebenen Strukturen die gesellschaftlichen Ziele der deutschen Krankenhausversorgung (vgl. Kapitel 2) nicht umfassend erreichen lassen. Aus Sicht der Monopolkommission erscheint es daher erforderlich, nachfolgend die auf die Krankenhausstrukturen wirkenden Einflussfaktoren, insbesondere in Bezug auf die Sicherstellung einer flächendeckenden (Kapitel 4) sowie einer qualitativ hochwertigen (Kapitel 5) Versorgung, eingehender zu untersuchen.

Kapitel 4

Sicherstellung eines flächendeckenden Versorgungsniveaus

4.1 Bedarf öffentlicher Versorgungsplanung aus wettbewerbsökonomischer Sicht

79. Die Organisation von Krankenhausleistungen in Deutschland ist aus historischer Sicht vor allem durch den Anspruch geprägt, die Versorgung der Bevölkerung flächendeckend sicherzustellen. Eine zentrale Rolle nimmt dabei seit jeher die Finanzierung der Krankenhäuser ein, die im Jahr 1972 mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz neu aufgestellt wurde. Seither setzt sich die Finanzierung aus der von den Bundesländern eigenständig organisierten Investitionskostenfinanzierung und der Finanzierung der Betriebskosten durch die Krankenversicherungen zusammen. Mit der Verantwortung für einen Teil der Finanzierung erhielten die Länder zudem die Befugnis zur Krankenhausplanung. Der Wettbewerb zwischen verschiedenen gemäß § 1 Abs. 1 KHG eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern stand – obwohl Wettbewerbsprozesse durch die Möglichkeit zur Krankenhauswahl bereits eine Rolle spielten – zu diesem Zeitpunkt als Mechanismus der Bedarfsdeckung noch weniger im Vordergrund.

80. Seit der Zeit, in der die Zuständigkeit der Bundesländer für die Krankenhausplanung geregelt wurde, haben Wettbewerbsprozesse eine zunehmend wichtigere Funktion sowohl im Bereich der Qualitätsverbesserung als auch der Bedarfsdeckung eingenommen. Ursächlich für diese zunehmende Bedeutung sind insbesondere Änderungen am Finanzierungssystem, durch die die wirtschaftliche Eigenverantwortlichkeit der Krankenhäuser gestärkt und die Vergütung – insbesondere mit dem im Jahr 2003 eingeführten Fallpauschalensystem – zunehmend leistungsorientiert angelegt wurde. Dies hat es für Krankenhäuser wirtschaftlich relevanter werden lassen, Patientinnen und Patienten zu gewinnen, indem sie ein überzeugendes Versorgungsangebot machen. Davon ausgehend lassen sich in Bezug auf die Versorgungsziele vor allem zwei Funktionen des Wettbewerbs unterscheiden: Zum einen geht es um die Anreize der Krankenhäuser, dezentrale Informationen zu nutzen, um örtliche Bedarfe zu prognostizieren und so selbstständig zur Bedarfsdeckung beizutragen. Dieser Aspekt soll nachfolgend vertieft werden. Zum anderen greift die Funktion des Wettbewerbs im Rahmen der Qualitätsoptimierung, die in Abschnitt 5.1 näher untersucht wird.

4.1.1 Rolle des Wettbewerbs bei der Deckung des Versorgungsbedarfs

81. Die Rolle des Wettbewerbs bei der Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung wird in gesundheitsökonomischen Studien nur selten explizit untersucht. Zahlreiche Fallbeispiele, die Anpassungen in der Krankenhausversorgung aufzeigen, lassen sich nur eingeschränkt auf einen einzelnen Faktor kausal zurückführen. Tatsächlich ist aber relevant, dass ein veränderter Bedarf an speziellen Versorgungsleistungen in der Bevölkerung – ausgelöst etwa durch Zu- bzw. Wegzug in einer Region oder sich ändernde Morbidität – im Wettbewerb Anreize auslöst. Krankenhäuser können nur dann finanzielle Vorteile erzielen, wenn sie sich selbstständig auf den verändernden Bedarf einstellen und ihr Angebot anpassen. Geht etwa die Nachfrage in einem Fachbereich (z. B. Kinderheilkunde) absehbar zurück und nimmt sie in einem anderen

Fachbereich zu (z. B. Geriatrie), so sorgt der Wettbewerb auf Basis leistungsorientierter Vergütung dafür, dass die Versorgungsträger ihr Angebot der Veränderung anpassen. Es bedarf somit keiner Prognose und (oftmals streitbaren) Entscheidung einer zentralen Planungsbehörde, um auf einen veränderten Bedarf zu reagieren. Vielmehr ist es für Krankenhäuser bereits individuell vernünftig, ihr Angebot vorausschauend und bei hoher Leistungsqualität so zu gestalten, dass sie gegenüber den Angeboten anderer Krankenhäuser mithalten können oder gar Versorgungsvorteile erlangen. Umgekehrt können Krankenhäuser im Wettbewerb in wirtschaftliche Schwierigkeiten geraten, wenn sie ein Angebot zur Verfügung stellen, für das es keinen hinreichenden Bedarf gibt. So ist der Wettbewerb in der Lage, die Umsetzung politisch schwieriger Leistungsentscheidungen vorwegzunehmen, wenn z. B. Krankenhäuser Leistungen zugunsten anderer Leistungen abbauen müssen, Standorte oder Abteilungen schließen oder aber neue Standorte entstehen.

82. Die skizzierte Form der wettbewerblichen Selbststeuerung der Krankenhäuser, die auf dem Verhalten und den Entscheidungen der Patientinnen und Patienten beruht, besitzt zwar gegenüber einem zentralen Planungsprozess Vorteile. Allerdings darf nicht aus dem Blick geraten, dass dem auch Nachteile im Bereich der Bedarfsdeckung gegenüberstehen, die insbesondere den solidarischen Anspruch an die Flächendeckung bei den Versorgungsleistungen betreffen. In diesem Zusammenhang stößt die selbstständige Bedarfssteuerung an Grenzen. Diese treten punktuell dort zutage, wo individuelle eigenwirtschaftliche Überlegungen der Krankenhäuser kein Angebot im Sinne der Bedarfsdeckung zulassen, etwa weil sich an diesen Orten nur geringe Auslastungsgrade bzw. unteroptimale Betriebsgrößen erreichen lassen. Der Anspruch, eine flächendeckende Versorgung mit stationären Versorgungsleistungen, insbesondere in der Notfallversorgung, aufrechtzuerhalten, macht es daher notwendig, gezielt in die Selbststeuerungsprozesse einzugreifen.

83. Erfolgt die Bedarfsdeckung dynamisch im Wettbewerb, so führt dies dazu, dass die Versorgung in vielen Regionen und Versorgungsbereichen effizient organisiert wird. In einzelnen Regionen und Versorgungsbereichen ist es jedoch aufgrund struktureller Gegebenheiten möglich, dass ein gesellschaftlich gewünschter Versorgungsbedarf unterschritten wird. Nur in diesen letzteren Fällen bedarf es eines planerischen Eingriffs in die Versorgungsstruktur durch eine zielgerichtete und mit wirksamen Instrumenten ausgestattete Krankenhausplanung. Dazu muss der avisierte Versorgungsbedarf zunächst definiert, ein Fehlbedarf – sofern dieser punktuell vorliegt – identifiziert und seine Deckung durch zielgerichtete wettbewerbskonforme Finanzierungsmöglichkeiten gesichert werden. Vor diesem Hintergrund lassen sich ordnungspolitisch zwei Organisationsmechanismen im Krankenhaussektor unterscheiden, die miteinander in Einklang gebracht werden müssen: Auf der einen Seite steht die wettbewerbliche Selbstorganisation der Krankenhäuser, die durch den Finanzierungsmechanismus der Fallpauschalen gesteuert wird. Dieser Zusammenhang zwischen der Ausgestaltung des deutschen Fallpauschalensystems und einer effizienten Krankenhausstruktur soll nachfolgend näher betrachtet werden. Auf der anderen Seite steht daneben die möglicherweise notwendige Ausgestaltung der Krankenhausplanung (Abschnitt 4.2) sowie anderer struktureller Finanzierungselemente (Abschnitt 4.3), welche die Versorgung gezielt ergänzen.

4.1.2 aG-DRG-Fallpauschalen als wettbewerblicher Teil des Finanzierungssystems

84. Um Anreize für Krankenhäuser zu generieren, ihr Angebot im Wettbewerb untereinander zu verbessern, bedarf es eines entsprechend ausgestalteten Finanzierungssystems. Krankenhäuser, die Patientinnen und Patienten gewinnen, müssen dazu aus dem Vergütungssystem Vorteile ziehen können und umgekehrt. Die Ausprägung des Wettbewerbs zwischen Krankenhäusern ist deshalb notwendigerweise von der Ausgestaltung leistungsbasierter Vergütungsbestandteile abhängig. In Deutschland baut die Krankenhausfinanzierung seit dem Jahr 2003 zu einem überwiegenden Anteil auf Pauschalbeträge auf, die die Krankenversicherungen für die Behandlung eines Einzelfalles überweisen.¹⁴¹ Die Vergütung nach diesen sog. Fallpauschalen bildet somit den wettbewerblichen Ansatzpunkt im Finanzierungssystem.

85. Kennzeichnend für die Fallpauschalen ist, dass die Höhe der Vergütung vor allem in Abhängigkeit zu der bei der Patientin bzw. dem Patienten festgestellten Diagnose erfolgt. Deshalb wird auch von Diagnosefallgruppen bzw. Diagnosis Related Groups (DRG) gesprochen. In der „Reinform“ eines solchen Fallpauschalensystems spielt es umgekehrt keine Rolle, mit welchem tatsächlichem Aufwand und insbesondere mit welchen Liegezeiten die Versorgung eines Einzelfalles verbunden ist.

86. Die Frage, ob im Finanzierungssystem für Krankenhäuser die Vergütung auf Basis von Pauschalen für einzelne Diagnosen oder nach Kriterien für den individuellen Aufwand bemessen werden sollte, stellt nicht nur in Deutschland eine vieldiskutierte Frage der Krankenhauspolitik dar. Von der diagnosebezogenen Vergütung mittels Fallpauschalen wird erwartet, dass von ihr Anreize ausgehen, nur solche Ressourcen einzusetzen, die zur Versorgung der Patientinnen und Patienten tatsächlich notwendig sind. Damit soll beispielsweise vermieden werden, dass Krankenhäuser durch eine Nachfrageinduzierung ihre Vergütung selbst beeinflussen können, etwa indem sie eine Auslastung durch überoptimale Liegezeiten herbeiführen. Zugleich steht das Fallpauschalensystem auch für diese Eigenschaft in der Kritik, weil damit auch unerwünschte Anreize zur Qualitätsminderung – z. B. Einsparungen beim Personal – einhergehen können.

87. Im Zuge sukzessiver Anpassungsprozesse des deutschen Vergütungssystems wurde in dieser Frage ein Mittelweg eingeschlagen. Erkennbar ist dies an der Aufteilung der Vergütung in Fallpauschalen für die Betriebskosten einerseits und an den Vergütungsbestandteilen, wie der Investitionsfinanzierung und den Zuschlagssystemen, andererseits.¹⁴² Unter diesen lässt sich das Fallpauschalensystem als die den Wettbewerb aktivierende Seite der Vergütung betrachten. Die Abrechnung über Fallpauschalen löst Leistungsanreize aus. Damit Krankenhäuser ihren Aufwand finanzieren können, sind sie im Fallpauschalensystem darauf angewiesen, ihre Kapazitäten möglichst auszulasten, indem sie Fälle behandeln und abrechnen. Gegenüber den

¹⁴¹ Siehe hierzu ausführlicher auch Tz. 246, erster Aufzählungspunkt.

¹⁴² Die hinter dieser Aufteilung stehende duale Finanzierung der Krankenhäuser ist seit 1972 im Krankenhausfinanzierungsgesetz so angelegt, indem die in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser gem. § 9 Abs. 1 einen Anspruch auf Vergütung ihrer Investitionen durch die Länder besitzen.

Finanzierungsvorläufern der Fallpauschalen (z. B. der Abrechnung nach Pfl egetagen) werden einzelnen Krankenhäusern somit Wege versperrt, auch bei einer Unterauslastung bzw. einer ineffizienten Betriebsführung durch die Induzierung von Leistungsnachfrage eine Finanzierung ihres Überangebotes zu erreichen.

88. Obwohl das Fallpauschalensystem grundsätzlich den wettbewerblichen Part des Vergütungssystems darstellt, besitzt es auch zahlreiche Elemente, die den Anreizen zur Erhöhung der Fallzahl entgegenstehen. In der praktischen Anwendung sind die Fallpauschalen in ein System der Budgetierung eingebunden, nach dem Gesamtbudgets vorverhandelt werden und Mehr- und Mindererlösausgleiche wirksam werden. Die tatsächlich abgerechneten Fallpauschalen werden außerdem nach Aufwandskriterien unterschieden (z. B. durch sog. Grenzverweildauern, mit einer gewissen Abhängigkeit zur Liegezeit). Zudem wurde bereits im Jahr 2017 ein Fixkostendegressionsabschlag¹⁴³ eingeführt, durch den die Pauschalen mit höherer Abrechnungsmenge sinken. Schließlich enthalten seit dem Jahr 2020 die Fallpauschalen nicht mehr die gesondert abzurechnenden Pflegekosten. Das spezifische deutsche Fallpauschalensystem wird entsprechend auch als aG-DRG-System bezeichnet.¹⁴⁴

89. Im Rahmen der Bedarfssicherung soll das Fallpauschalensystem den Krankenhäusern Anreize setzen, ihr Angebot auf die tatsächliche Nachfrage der Patientinnen und Patienten stets anzupassen. Bei der Einführung der einheitlichen Fallpauschalen wurde deshalb davon ausgegangen, dass Kapazitäten, für die kein Bedarf besteht, mit der Zeit vom Markt genommen werden. Die Annahme war, dass Krankenhäuser mit zu geringer Auslastung, zu niedrigen Fallzahlen bzw. zu geringer Qualität gezwungen seien, ihr Angebot anzupassen oder vollständig aus dem Markt auszutreten. Vor dem Hintergrund der sich im internationalen Vergleich vor allem quantitativ abhebenden Angebotsstruktur,¹⁴⁵ gingen viele Beobachter von einer Schließung vor allem kleinerer Häuser durch zunehmenden Wettbewerb in Deutschland aus. Tatsächlich ist – wie in Abschnitt 3.2 dargelegt – ein solcher Rückgang von Kapazitäten jedoch nur bedingt zu beobachten gewesen. Gegenüber der Monopolkommission gaben einzelne Landesbehörden an, dass sich die Erwartungen einer Konsolidierung im Sinne einer effizienten Neuausrichtung der Krankenhauslandschaft durch die Einführung der DRG-Finanzierung nicht erfüllt hätten.

4.1.3 Finanzierungsniveau bei Fallpauschalen könnte Grund für geringe Marktkonsolidierung sein

90. Eine Konsolidierung des Krankenhausangebotes durch den Wettbewerb um Patientinnen und Patienten wäre vor allem dann zu erwarten, wenn vor der Einführung tatsächlich ein Überangebot bestand, das sich auf Basis der DRG-Finanzierung nicht mehr aufrechterhalten ließ. Um diesen Zusammenhang wettbewerbstheoretisch zu überprüfen, ist zunächst die Wirkung der Fallpauschalen auf die Marktstruktur zu betrachten. In Anbetracht des weitgehend

¹⁴³ Der Fixkostendegressionsabschlag wurde mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) vom 1. Januar 2016 eingeführt. Er wurde im Rahmen der Covid-19-Pandemie befristet ausgesetzt.

¹⁴⁴ aG-DRG = German-Diagnosis-Related-Group-System. Für weitere Informationen siehe Tz. 27.

¹⁴⁵ Vergleiche hierzu Tz. 47.

fehlenden Preiswettbewerbs und der allgemeinen Präferenz von Patientinnen und Patienten für eine wohnortnahe Krankenhausversorgung bilden der Standort des Krankenhauses und die Qualität des Dienstleistungsangebotes die entscheidenden Wettbewerbsparameter im Krankenhausmarkt. Dementsprechend können wohnortnahe Krankenhäuser Patientinnen und Patienten leichter binden. Gegen eine sehr hohe Anzahl kleiner Krankenhäuser, die jeweils eine wohnortnahe Versorgung anbieten, sprechen jedoch die geringeren wirtschaftlichen Auslastungsmöglichkeiten und – soweit diese transparent sind – die mit niedrigen Fallzahlen oftmals verbundenen Qualitätsnachteile. Neben strukturellen gesetzlichen Vorgaben wie beispielsweise Mindestfallzahlen entscheidet vor diesem Hintergrund auch die Höhe der Finanzierung darüber, welche Marktstruktur sich im Wettbewerb durchsetzt.

Regulierungsökonomische Theorie spricht für Vergütung auf Basis mittlerer Kosten

91. Bei den Fallpauschalen handelt es sich um regulierte Preise, mit denen auch in anderen Bereichen – insbesondere in den regulierten Netzindustrien – international in den vergangenen Jahrzehnten viel Erfahrung gesammelt wurde. Zwar ist die Regulierung der Entgelte im Krankenhaussektor ökonomisch anders begründet als diejenige von natürlichen Monopolen. Ein reguliertes Entgelt soll jedoch in allen Fällen so festgelegt werden, dass sich eine effiziente Versorgung einstellt.¹⁴⁶ Der ökonomische Ansatz, der sich bei der Regulierung der Netzindustrien durchgesetzt hat, lässt sich vereinfacht so beschreiben, dass die Preise auf Basis der Kosten bei effizienter Betriebsführung einschließlich einer marktüblichen Rendite festgelegt werden. Im Fallpauschalensystem müssten die Pauschalen dazu das Kostenniveau der Krankenhäuser bei effizienter Betriebsführung abbilden, wobei hier im Rahmen der sog. Kapitalkosten eine marktübliche Rendite einzuschließen wäre. Da sich dieses Effizienzkostenkonzept bei Krankenhäusern nicht ohne erheblichen Aufwand umsetzen lässt, liegt eine praktikable Möglichkeit darin, die Krankenhäuser aneinander zu messen, indem das durchschnittliche Kostenniveau als Vergütungshöhe angelegt wird. Damit entstünden für Krankenhäuser stets Anreize, ihre Wirtschaftlichkeit zu verbessern. Liegen Krankenhäuser langfristig oberhalb der durchschnittlichen Kosten, müssen sie Kapazitäten reduzieren oder im Extremfall schließen. Demgegenüber können Krankenhäuser mittels besonders effizienter Organisation der eigenen Versorgungsprozesse eine Rendite erzielen, die im Folgejahr die Durchschnittskosten aller Häuser senkt. Das Konzept der Fallpauschalen ist vor diesem Hintergrund vergleichbar mit dem der sog. Anreizregulierung, der Vergleich der Kosten verschiedener Häuser durch eine einheitliche Vergütung entspricht einer Form des sog. Yardstick-Wettbewerbs¹⁴⁷.

92. Eine Vergütung auf Basis mittlerer Kosten muss nicht zwingend dem gesellschaftlich optimalen Vergütungsniveau entsprechen. So können die Durchschnittskosten z. B. aufgrund von

¹⁴⁶ In den regulierten Netzwirtschaften werden Preise auf ein (im Ziel) wettbewerbskonformes Niveau festgelegt, weil sich ohne diese Festlegung aufgrund der Marktstellung der regulierten Unternehmen ein monopolistisch überhöhter Preis einstellen würde. Bei Krankenhäusern hat die Preisregulierung verschiedene Gründe, zu denen das Marktmachtproblem ebenso gehört wie die asymmetrische Information über den Behandlungsbedarf, Transaktionskosten bei der Abrechnung mit Krankenversicherungen oder Gleichheitsfragen. Auch hier entspricht ein wettbewerbskonformes Preisniveau einer Regulierung, auf deren Basis sich die effizienteste Nutzung der im Gesundheitswesen eingesetzten Ressourcen ergibt.

¹⁴⁷ Im Yardstick-Wettbewerb dienen verschiedene Anbieter einer vergleichbaren Leistung einem Regulierer als Maßstab. Näher dazu in Tz. 251.

bestehenden Kosteneffizienzen bereits überhöht sein. Eine regelmäßige Anpassung auf die jeweils aktuellen Durchschnittskosten aller Krankenhäuser setzt jedoch Anreize, um zu einem angemessenen Vergütungsniveau zu gelangen. Würde hingegen im DRG-System eine Fallvergütung angesetzt, die oberhalb der Durchschnittskosten aller Krankenhäuser liegt, dann hätte dies zur Folge, dass Krankenhäuser allgemein zunächst eine bessere Rentabilität aufweisen. Für die Marktstruktur bedeutet dies, dass sich z. B. mehr solcher kleineren Krankenhäuser finanzieren lassen, die mit unteroptimalen Betriebsgrößen oder Auslastungsgraden arbeiten. Über alle Krankenhäuser hinweg böte ein solches Vergütungsniveau höhere Renditen. Zudem werden tendenziell kleinteilige und dafür ortsnahe Strukturen erhalten bzw. aufgebaut. Ein solches Angebot entspricht jedoch nicht unbedingt den gesellschaftlichen Versorgungszielen, die auch eine Bedarfsnotwendigkeit und finanzielle Tragfähigkeit bzw. einen effizienten Einsatz der eingesetzten Ressourcen fordern. Demnach wäre zunächst festzulegen, welches (ortsnahe) Angebot bedarfsnotwendig ist, und nur für dieses wäre eine auskömmliche Finanzierung zu gewähren. Eine ordnungspolitisch adäquate Umsetzung liegt in einer Trennung dieser Aufgaben. Das allgemeine Fallpauschalensystem ist als Marktordnung an Effizienzkriterien auszurichten, was für eine Orientierung der Vergütung an den durchschnittlichen Fallkosten spricht. Die Finanzierung der für die Versorgungssicherheit notwendigen Strukturen, die sich nicht aus den Fallpauschalen ergibt, bedürfte hingegen einer zweiten zielgerichteten Säule des Finanzierungssystems. Die dazu geschaffenen Mechanismen und die damit verbundene Diskussion um Vorhaltezuschläge wird in Abschnitt 4.3 ausführlich gewürdigt.

93. Das im deutschen Fallpauschalensystem geschaffene Vergütungsniveau lässt sich aufgrund einer kaum überschaubaren Zahl an Regelungen, Ausnahmen und Sondereffekten nur eingeschränkt empirisch daraufhin überprüfen, wie weit es sich an einem Kostenstandard orientiert.¹⁴⁸ Die nachfolgende Evaluation beschränkt sich deshalb auf die Grundelemente der Festlegung der Vergütungshöhe bei Fallpauschalen und berücksichtigt keine Sondereffekte im Rahmen der Covid-19-Pandemie. Die Höhe einer jeden Fallpauschale wird danach auf Basis zweier Faktoren ermittelt:

- Ein von der Diagnosegruppe des jeweiligen Falls abhängiger Multiplikator, der sog. **Bewertungsrelation** und
- ein fixer Eurobetrag als Grundpreis, dies ist der sog. **Basisfallwert**.

Der Grundgedanke dieses Systems ist es, dass sich die Kosten einer Krankenhausbehandlung systematisch aufgrund der zu behandelnden Diagnose bzw. der Fallschwere unterscheiden lassen, sodass das Vergütungssystem insbesondere diese Unterschiede abbilden sollte.

Ansatz bei Ermittlung der Bewertungsrelationen intransparent

94. Die Unterschiede in den Behandlungskosten zwischen verschiedenen Diagnosen werden jährlich vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) berechnet und in den Be-

¹⁴⁸ Einen Eindruck über die Komplexität geben die zahlreichen Bestimmungen zur Vergütung im Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG). Siehe hierzu beispielsweise die zu verhandelnden Vergütungsbestandteile auf der Bundesebene in § 9 KHEntgG.

wertungsrelationen ausgedrückt, die synonym auch als Relativgewichte bezeichnet werden. Dazu erhält das Institut heute von ca. 400 Krankenhäusern Kostendaten und rechnet diese den einzelnen Diagnosegruppen zu. In den meisten Ländern der Welt, in denen das DRG-System zur Anwendung kommt, erhält ein Fall, der exakt den mittleren Kosten über alle Krankenhausfälle entspricht, die Bewertungsrelation 1,0. Eine Diagnosegruppe, deren Behandlung kostenintensiver ist und z. B. exakt den dreieinhalbfachen Durchschnittskosten entspricht, erhielte ein Relativgewicht von 3,5, eine Behandlung zu den halben Durchschnittskosten entspräche demgegenüber dem Wert 0,5.

95. In den ersten Jahren nach der Einführung des DRG-Systems orientierte sich die Kalkulation der Bewertungsrelationen für die einzelnen Diagnosegruppen noch sehr strikt an diesem Ansatz. Das InEK erhob zunächst die (Betriebs-)Kosten für die Behandlung der sog. Normallieger.¹⁴⁹ Diese wurden über alle Behandlungsformen gemittelt und der Mittelwert aller Kosten als sog. Bezugsgröße bezeichnet, auf deren Basis die Relativgewichte bestimmt werden können. Die Relativgewichte der einzelnen Diagnosegruppen entsprachen dem Verhältnis der durchschnittlichen Kosten der zugehörigen spezifischen Behandlung und den Durchschnittskosten aller Behandlungen, ausgedrückt durch die Bezugsgröße. Dabei blieb zu berücksichtigen, dass die Relativgewichte für den Leistungskatalog eines Jahres aus den erhobenen Kosten aus dem vorvergangenen Jahr kalkuliert wurden.

96. Das DRG-System hat seit seiner Einführung zahlreiche Anpassungen und Korrekturen erfahren, wodurch sich auch die Bestimmung der Relativgewichte nur noch im Grundsatz an dem dargestellten Vorgehen orientiert. Eine für die Transparenz des Systems wichtige Änderung im Jahre 2006 betrifft dabei die Bemessung der Bezugsgröße, die bis dahin die durchschnittlichen Kosten über alle Fallgruppen repräsentierte. Wie das InEK in seinem Abschlussbericht im Jahr 2006 darstellt, wurde die Berechnung der Bezugsgröße damals so verändert, dass die Summe der effektiven Bewertungsrelationen (sog. „Case-Mix für Deutschland“) konstant gehalten wird.¹⁵⁰ Die Hintergründe dieser Umstellung und die genauen Kalkulationsgrundlagen sind für Außenstehende nur schwer zu erschließen, zumal über die Abschlussberichte des InEK hinaus keine genauere Dokumentation existiert. Letztlich hat die Änderung jedoch zur Folge, dass die mittlere Bewertungsrelation für alle Normallieger bei der Versorgung durch Hauptabteilungen heute nicht mehr zwingend genau bei 1,0 liegt. Nach Angaben des InEK gegenüber der Monopolkommission liegt sie derzeit oberhalb von 1,0. Die Änderung hat entsprechend auch zur Folge, dass die so berechnete Bezugsgröße nicht mehr genau den mittleren Fallkosten entspricht und die mittleren Fallkosten nicht mehr transparent ausgewiesen werden.

Absolute Höhe der Basisfallwerte nicht an Effizienzzielen ausgerichtet

97. Die Umstellung bei der Ermittlung der Bewertungsrelationen ist auch relevant für die Beurteilung der Basisfallwerte. Beim Basisfallwert handelt es sich um einen Preis, welcher der

¹⁴⁹ Dabei handelt es sich um Patientinnen und Patienten, deren Liegezeiten innerhalb der oberen und unteren Grenzverweildauern bleibt. Sie werden auch als „Inlier“ bezeichnet.

¹⁵⁰ InEK, Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2006, Siegburg, 20. Dezember 2005.

Vergütungshöhe des durchschnittlichen Behandlungsfalls entsprechen soll. Im Rahmen der Fallabrechnung wird der Basisfallwert mit dem Relativgewicht der Diagnosegruppe multipliziert, um die konkrete Vergütung des Falles zu ermitteln. Liegt das mittlere Relativgewicht bei 1,0, wird der (Durchschnitts-)Fall genau mit dem Basisfallwert vergütet. Beispielsweise besaß eine Nierentransplantation im Jahr 2021 die Bewertungsrelation 4,939 und entsprach somit etwa den fünffachen Kosten eines durchschnittlichen Krankenhausfalls. Bei einer Durchführung des Eingriffs in Nordrhein-Westfalen, das einen (Landes-)Basisfallwert von EUR 3.738,55 besitzt, ergab sich hier eine Fallpauschale von EUR 18.464,70.¹⁵¹

98. Bei der Einführung des DRG-Systems galten zunächst für jedes Krankenhaus noch individuelle Basisfallwerte, die daraufhin bis ins Jahr 2009 sukzessive in landeseinheitliche Werte überführt wurden. Die im Anschluss geplante Überführung in einen durch das InEK berechneten bundeseinheitlichen Wert (Bundesbasisfallwert) ist bis heute nicht abgeschlossen, sodass im Wesentlichen die landesindividuellen Basisfallwerte weiterhin maßgeblich sind.¹⁵² Die Landesbasisfallwerte werden gemäß § 10 KHEntgG im Rahmen von Verhandlungen zwischen den Verbänden auf Landesebene jährlich neu bestimmt. Hierbei wird nicht die absolute Höhe der Basisfallwerte jeweils neu ermittelt. Stattdessen wird der Veränderungsbedarf zum Vorjahr nach verschiedenen in der genannten Vorschrift geregelten Kriterien verhandelt. Diese umfassen insbesondere die Kostenentwicklung im Krankenhaussektor und die Möglichkeit der Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven. In Bezug auf die Kostenentwicklung wird dabei nicht auf die vom InEK ausgewerteten Kostendaten, sondern nach Absatz 6 auf einen vom Statistischen Bundesamt ermittelten Orientierungswert (zu den Kostenentwicklungen der Krankenhäuser) Bezug genommen.

Grobvergleich mit Bezugsgröße zeigt Finanzierung oberhalb der mittleren Kosten

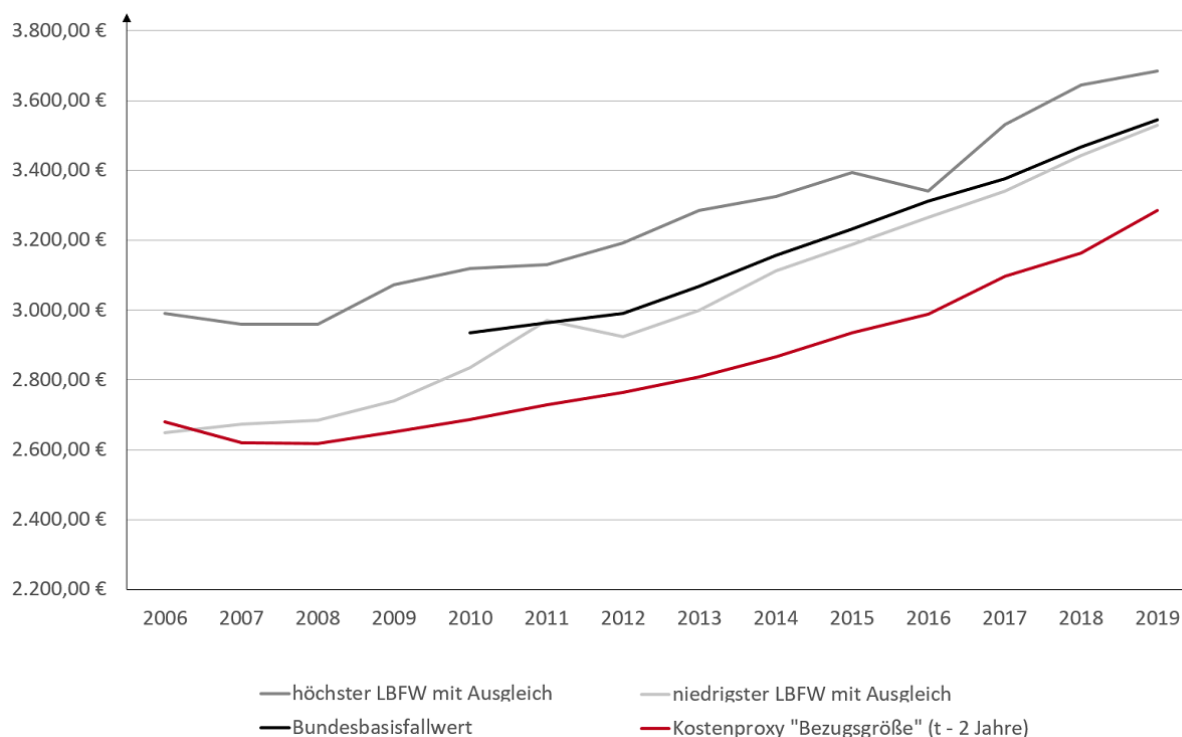
99. Trotz all dieser Komplexität zeigen diese Ausführungen, dass mit dem heutigen System zur Ermittlung der Höhe der Fallpauschalen nicht klar der Ansatz verfolgt wird, den Krankenhäusern die mittleren Fallkosten einer einschließlich marktüblichen Rendite zu vergüten. Das Vorgehen, die Kosten zwar durch das InEK zu erheben, aber für die Bestimmung der Vergütungshöhe im Rahmen der Basisfallwerte unbeachtet zu lassen, steht diesem ökonomischen Ansatz der Vergütungskalkulation sogar ganz klar entgegen. Vor der geänderten Berechnung der Bezugsgröße im Jahr 2006 gab der Wert der jährlich berechneten Bezugsgröße noch die mittleren Fallkosten wieder und konnte von daher mit den Basisfallwerten verglichen werden, um das Niveau der Kostendeckung zu prüfen. Dies ist durch die dargestellten Änderungen bei der Bezugsgröße und das Fehlen eines Ausweises der berechneten mittleren Fallkosten heute nur noch eingeschränkt möglich. Mangels eines genaueren Wertes für die Fallkosten wurde in

¹⁵¹ InEK, Fallpauschalen-Katalog 2021, https://www.g-drg.de/content/download/10016/72491/version/1/file/Fallpauschalenkatalog_2021_20201112.pdf?pk_campaign=drg19&pk_kwd=fpk19xlsx, Abruf am 5. Mai 2022; VdEK, Landesbasisfallwerte 2021, https://www.vdek.com/vertragspartner/Krankenhaeuser/landesbasisfallwerte/_jcr_content/par/download_1632690281/file.res/LBFW_2021.pdf, Abruf am 5. Mai 2022.

¹⁵² § 10 Abs. 9 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) sieht vor, dass das InEK auf Grundlage einer Gewichtung der Landesbasisfallwerte einen Bundesbasisfallwert ermittelt. Die Landesbasisfallwerte sollten an diesen Wert herangeführt werden, indem Abweichungen ab einem vorbestimmten Grad gekappt wurden.

Abbildung 4.1 die Bezugsgröße aber, als Annäherung an die mittleren Kosten, den Basisfallwerten gegenübergestellt. Weil die Bezugsgröße auf zwei Kostendaten basiert, die einen Zeitverzug von zwei Jahren aufweisen, wurden in diesem Vergleich die analogen Werte für die Bezugsgrößen um zwei Jahre versetzt, sodass die zugrunde gelegten Kosten mit dem Jahr der Basisfallwerte übereinstimmen.

Abbildung 4.1: Entwicklung Basisfallwerte und Kostenproxy (Bezugsgröße)



Anmerkung: Die Grafik zeigt die Entwicklung des Vergütungsniveaus im Krankenhaussektor im Zusammenhang mit einem Näherungswert für die Kosten. Das Vergütungsniveau wird durch die Höhe der Basisfallwerte abgebildet. Die Basisfallwerte sind in den Bundesländern unterschiedlich hoch, sodass ein unterer, ein oberer und ein bundesweiter Wert angegeben werden. Als Vergleichswert für die Kosten wird die vom InEK im Rahmen der DRG-Kalkulation genutzte Bezugsgröße verwendet. Diese bildet das gemessene durchschnittliche Kostenniveau mit zwei Jahren Zeitverzug näherungsweise ab. Um den Zeitverzug auszugleichen, wird die Bezugsgröße um zwei Jahre versetzt dargestellt. Beispielsweise entspricht die Bezugsgröße, die hier für das Jahr 2010 dargestellt wird, dem vom InEK 2012 ausgewiesenen Wert, der auf Kostendaten von 2010 beruht.

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung auf Grundlage von: Verband der Ersatzkassen, Landesbasisfallwerte 2006 bis 2019, <https://www.vdek.com/vertragspartner/Krankenhaeuser/landesbasisfallwerte.html>, Abruf am 4. Mai 2022; GKV-Spitzenverband, Bundesbasisfallwert – Vereinbarungen 2010 bis 2019, <https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/bundesbasisfallwert/bundesbasisfallwert.jsp>, Abruf am 4. Mai 2022; InEK, Abschlussberichte zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2006-2019.

100. Die Bundesbasisfallwerte lagen zwischen 2010 und 2019 durchschnittlich 9,3 Prozent oberhalb der mittels der Bezugsgröße geschätzten Fallkosten.¹⁵³ Sofern der Vergleich mit der Bezugsgröße den Abstand zwischen Kosten und Vergütung zumindest näherungsweise abbildet, kann diese Differenz nicht zwingend mit einer marktüblichen Rendite begründet werden.

¹⁵³ Hier ist zudem zu berücksichtigen, dass der durchschnittliche Fall derzeit etwas über dem Relativgewicht von 1,0 liegt und die Differenz theoretisch noch größer ausfallen könnte.

Eine Rendite in zulässiger Höhe wird in regulierten Sektoren üblicherweise durch Kapitalkosten ausgedrückt, weil sie die marktadäquate Verzinsung des betriebsnotwendigen Kapitaleinsatzes widerspiegelt. Laut dem Kalkulationshandbuch des InEK sind in den in der Bezugsgröße abgebildeten Kosten bereits Fremdkapitalkosten in Form von Zinsen für Betriebsmittelkredite oder der Beschaffung von Gebrauchsgütern enthalten.¹⁵⁴

101. Plausibel ist demgegenüber, dass der Abstand der Basisfallwerte zu den mittleren Kosten auf mindestens zwei andere Gründe zurückzuführen ist: Zum einen betrifft dies die Investitionsfinanzierung, der die Länder verschiedenen Studien zufolge nicht hinreichend nachkommen und die deshalb aus Fallpauschalen querfinanziert werden.¹⁵⁵ Zum anderen wird die Finanzierungshöhe der Fallpauschalen auch mit dem Ziel verbunden, die bestehende Versorgung zu sichern. In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass bei der Einführung des Fallpauschalensystems die Zuschlagssysteme zur Sicherstellung der örtlichen Versorgung und der Notfallversorgung (siehe Abschnitt 4.3.1.2) in anderer (und gegebenenfalls noch weniger wirksamer) Form als heute konstruiert waren. Krankenhäuser sahen und sehen sich demnach ganz überwiegend einer Finanzierung durch Fallpauschalen gegenübergestellt. Eine Finanzierung auf Höhe der mittleren Kosten hätte voraussichtlich auch bedarfsnotwendige Krankenhäuser aus dem Markt oder in das System der Defizitausgleiche getrieben (siehe Abschnitt 4.3.1.3). Diese Problematik könnte den Bedarf begründet haben, die Versorgungssicherstellung auch im Rahmen der Fallpauschalen zu gewährleisten. Eine so induzierte Erhaltungswirkung beschränkt sich damit jedoch nicht alleine auf bedarfsnotwendige Versorgungsstrukturen, sondern konserviert gegebenenfalls auch wenig effiziente Krankenhäuser in ihrem Bestand.

4.1.4 Regelmäßige Prüfung des Fallpauschalensystems durch wissenschaftlichen Beirat empfehlenswert

102. Die Monopolkommission ist der Ansicht, dass der Wettbewerb zwischen Krankenhäusern grundsätzlich zu einer effizienten Struktur der Krankenhauslandschaft beitragen kann. Ein darüber hinausgehender politisch gewünschter lokaler Umfang an Krankenhausleistungen, der nicht unterschritten werden soll, ist davon gesondert festzulegen und Teil des Auftrages einer öffentlichen Versorgungsplanung. Die daraus abzuleitende Zweiteilung zwischen Wettbewerb einerseits und Planung andererseits ist ordnungspolitisch adäquat, um entsprechend der gesellschaftlichen Ziele den verschiedenen Anforderungen an die Krankenhausstruktur Rechnung zu tragen. Die wettbewerbspolitisch konsequente Umsetzung der Finanzierungsmechanismen bleibt zugleich eine notwendige Bedingung für seine Wirksamkeit.

103. Tatsächlich sind die Finanzierungsbedingungen im deutschen aG-DRG-System jedoch nur bedingt transparent. Zudem scheint es der Entgeltberechnung nach dem Fallpauschalensystem derzeit an klar definierten Zielen zu mangeln. Hier sind beispielhaft verschiedene Aspekte zu nennen, die einer Überprüfung bedürfen:

¹⁵⁴ InEK, Kalkulation von Behandlungskosten - Handbuch zur Anwendung in Krankenhäusern, Version 4.0, 10. Oktober 2016, S. 51.

¹⁵⁵ Vgl. dazu auch Abschnitt 4.3.1.1.

- Anders als in anderen regulierten Industrien besteht kein Regulierungsstandard für das Entgeltniveau der aG-DRG-Fallpauschalen. De facto basiert die Höhe der Basisfallwerte auf Verhandlungen über tatsächliche Kostenveränderungen. Da hierbei ein bestimmtes Finanzierungsniveau im Wesentlichen aufrechterhalten wird, wohnt diesem Ansatz die Tendenz inne, auch das gegenwärtige Angebot an Krankenhausleistungen unabhängig von der Effizienz grundsätzlich beizubehalten. Problematisch ist dabei das Risiko, auch dann Strukturen aufrechtzuerhalten, wenn diese mit erheblichen Ineffizienzen (z. B. schlechte Qualität aufgrund geringer Fallzahlen, höhere Kosten aufgrund unteroptimaler Betriebsgrößen) einhergehen. Demgegenüber könnte ein wettbewerbskonformer Standard für die Entgelthöhe zu effizienteren Strukturen führen und sollte mit einer wirksamen Neugestaltung punktueller struktureller Finanzierungskomponenten (z. B. Vorhaltepauschalen) verbunden werden.
- Dem InEK liegen heute die Kostendaten von zahlreichen Kalkulationskrankenhäusern vor, die die Grundlage der Berechnung der Bewertungsrelationen darstellen. Für die wesentliche Berechnung der Basisfallwerte bleiben diese Kosten jedoch weitgehend ungenutzt. Ursächlich dafür, dass sie nicht einmal als Orientierungswert Verwendung finden, ist auch, dass durch die heutige Berechnung der Bezugsgröße die mittleren Fallkosten nicht mehr eindeutig ausgewiesen werden. Sollte diese Form der Bezugsgrößenberechnung beibehalten werden, könnte gesetzlich geregelt werden, dass das InEK in seinen Abschlussberichten zukünftig die mittleren Kosten zusätzlich ausweist.
- Wettbewerbskonforme Anpassungen des Fallpauschalensystems beinhalten z. B. die Berücksichtigung regionaler Betriebskostenunterschiede, die mit den heute einheitlichen Pauschalen nicht abgedeckt werden. Dazu zählen zuvorderst die Berücksichtigung regionaler Arbeitskosten, die etwa in den Finanzierungssystemen in den Vereinigten Staaten oder in England genutzt werden. Hier sei beispielsweise auf den Vorschlag des Sachverständigenrates Gesundheit verwiesen, den Bundesbasisfallwert mit einem regionalen Preisindex zu gewichten.¹⁵⁶

104. Grundsätzlich lösen die sukzessiven und oftmals zweckgebundenen Finanzierungswünsche und Sondereffekte, wie die Covid-19-Pandemie im Krankenhaussektor, ein schwer überschaubares Geflecht von Finanzierungsströmen aus. Auch in Bezug auf das Fallpauschalensystem sind hier regelmäßig Anpassungen vorzunehmen, die meist auf Basis politischer Beschlüsse von den Parteien der Selbstverwaltung verhandelt und durch das InEK umgesetzt werden. Auffällig ist dabei, dass nicht alle Kalkulationsgrundlagen und Beschlüsse der Selbstverwaltungspartner grundsätzlich dokumentiert und veröffentlicht werden. Zugleich ist das Wissen über diese Prozesse im InEK konzentriert. Das durch die Selbstverwaltung getragene Institut steht hier zwischen den Interessen seiner Träger, der Deutschen Krankenhausgesellschaft auf der einen Seite und den Krankenversicherungen auf der anderen Seite, sodass die Prozesse für Dritte kaum transparent zugänglich sind. Mit dem Fallpauschalensystem bleibt auf diese Weise

¹⁵⁶ SVR-Gesundheit, Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, Bonn/Berlin, Juni 2018, Tz. 383.

der zentrale Treiber des Organisationssystems Krankenhaus einer unabhängigen Kontrolle durch die Fachöffentlichkeit sowie durch Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler versperrt.

105. Eine wissenschaftsnahe, unabhängige Überprüfung und Fortentwicklung des Fallpauschalensystems ist unter diesen Bedingungen nicht ohne weiteres möglich. Hierzu sollte der Gesetzgeber oder der Bundesminister für Gesundheit geeigneteren Voraussetzungen schaffen. Die Monopolkommission empfiehlt deshalb, einen spezifischen wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des deutschen Fallpauschalensystems beim Bundesministerium für Gesundheit einzusetzen. Dieser könnte nach Vorbild des wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesamt für Soziale Sicherung aufgebaut sein, der durch einen Erlass des Bundesministeriums für Gesundheit vom 3. Mai 2007 konstituiert wurde und dessen Hauptaufgabe in § 266 Abs. 10 SGB V festgelegt ist. Der Beirat sollte Zugang zu den Daten und Verfahren des aG-DRG-Systems erhalten und regelmäßig Vorschläge zur Weiterentwicklung unterbreiten.

4.2 Einfluss der Krankenhausplanung

4.2.1 Rolle der Planung bei der Organisation der stationären Versorgung

106. Die Bundesländer sind verantwortlich für die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung. Gemäß § 6 Abs. 1 KHG stellen sie Krankenhauspläne auf. Dabei ist die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan eines Landes für den Krankenhausträger von zentraler Bedeutung. So wird mit der Aufnahme eines Krankenhauses und einem entsprechenden Feststellungsbescheid die Zulassung des Krankenhauses erteilt. Das Krankenhaus erhält damit einen gesetzlichen Versorgungsauftrag für einen bestimmten Standort, ein bestimmtes medizinisches Fachgebiet sowie für eine bestimmte Anzahl von Betten.¹⁵⁷ Mit dem Versorgungsauftrag erhalten die Krankenhäuser eine finanzielle Förderung nach dem KHG und das Recht, stationäre Behandlungsleistungen mit den Krankenkassen abzurechnen.¹⁵⁸ Das KHG gibt im Hinblick auf die Krankenhausplanung lediglich einen weitgefassten Rahmen vor. Nähere Regelungen zu Inhalt und Form des jeweiligen Krankenhausplans treffen die Bundesländer gemäß § 6 Abs. 4 KHG im jeweiligen Landesrecht.

107. Diese länderspezifischen Regelungen haben zur Folge, dass die Modalitäten der Krankenhausplanungen zwar Gemeinsamkeiten aufweisen, z. B. führen die Länder regelmäßig Bedarfsanalysen durch, um den Stand und die vorhersehbare Entwicklung der für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Mindestkapazitäten zu ermitteln. Dennoch unterscheiden sich die Krankenhausplanungen oft in zentralen Bereichen.¹⁵⁹ Dies gilt etwa im Hinblick auf die Ausrichtung und Methodik der Kapazitäts- und Leistungsplanung, das Planungsverfahren und die Umsetzung planerischer Entscheidungen. Zentrale Unterschiede bestehen außerdem in Bezug auf die zu planenden Versorgungsstrukturen und die jeweilige

¹⁵⁷ §§ 108 Abs. 1 Nr. 2, 109 Abs. 4 Satz 1, 2 SGB V.

¹⁵⁸ § 8 Abs. 1 Satz 1 KHG.

¹⁵⁹ Für einen Überblick der verschiedenen Planungskonzepte siehe Deutsche Krankenhausgesellschaft, Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, Stand: Dezember 2019, S. 39 ff.

Planungstiefe, d. h. in Bezug darauf, wie detailliert die Versorgungsstrukturen von staatlicher Stelle vorgeplant und im Krankenhausplan ausgewiesen werden.

108. Der überwiegende Teil der Länder nimmt bei der Krankenhausplanung eine detaillierte Festlegung von Versorgungskapazitäten einzelner Krankenhäuser vor. Krankenhauspläne, die auf eine solche Detailplanung angelegt sind, umfassen in der Regel konkrete Vorgaben zu Standortwahl, Trägervielfalt, Bettenzahlen und Fachabteilungen. Die staatlichen Stellen weisen dann z. B. einzelne Krankenhäuser mit medizinischen Fachrichtungen aus und treffen standort- und krankenhausbetogene Festlegungen zur Anzahl der Krankenhausbetten.¹⁶⁰ Ebenso werden häufig die Schwerpunktsetzungen einzelner Fachabteilungen vorgeplant und Regelungen zur Abstimmung benachbarter Versorgungsangebote in den Krankenhausplan aufgenommen.

109. Demgegenüber gibt es auch Länder, die bei der Krankenhausplanung zunächst eine allgemeine Rahmenplanung vornehmen und tiefergehende Planungsprozesse auf die regionalen Ebenen des Landes verlagern.¹⁶¹ In solchen Fällen verzichten die Länder grundsätzlich darauf, den Versorgungsauftrag von Krankenhäusern bis ins Detail vorzuplanen. Sie stellen lediglich allgemeine Rahmenbedingungen und Planungsgrundsätze für das gesamte Bundesland auf. Diese Vorgaben umfassen z. B. abschließende Regelungen zur Sicherstellung einer wohnortnahen, regionalen Notfallversorgung oder zur langfristig zu sichernden medizinischen Qualität eines Landes.¹⁶² Konkrete Angebotsstrukturen und Bettenkapazitäten einzelner Krankenhäuser werden dann gemeinsam von Versorgungsverantwortlichen in den Regionen eines Landes – zumeist sind dies Krankenhausträger und Krankenkassenverbände – in regionalen Planungskonzepten vereinbart. Diese regionalen Planungskonzepte werden abschließend den zuständigen Landesbehörden vorgelegt und als Bestandteil des Krankenhausplans eines Landes festgeschrieben. Folglich treffen die Länder auch bei einer Rahmenplanung die Letztentscheidung über die Versorgungsstrukturen einzelner Krankenhäuser und weisen diese in ihren Krankenhausplänen aus. Generell sind alle Länder bei der Aufstellung der Krankenhauspläne gemäß § 7 Abs. 1 KHG dazu verpflichtet, mit den an der Krankenhausversorgung im Land Beteiligten zusammenzuarbeiten und einvernehmliche Regelungen anzustreben. Zumeist handelt es sich in der Praxis um einen engen Abstimmungsprozess mit den von der Planung unmittelbar betroffenen Krankenhausträgern sowie den Verbänden der Krankenkassen.

110. Unabhängig von dem länderspezifischen Planungsprozess – Detail- oder Rahmenplanung – werden die in einem Krankenhausplan festgelegten Versorgungsstrukturen in der Regel für den gesamten Planungszeitraum eines Landes für bindend erklärt. Die Länge der Planungsintervalle beträgt dabei üblicherweise mehrere Jahre. Dabei können Krankenhäuser, die in diesem Zeitraum von ihrem Versorgungsauftrag, z. B. in Bezug auf ihr medizinisches Leistungsangebot oder ihre Bettenzahlen, abweichen, unter Umständen ganz oder teilweise von

¹⁶⁰ Eine solche Detailplanung sehen z. B. Berlin, Brandenburg oder Bayern vor.

¹⁶¹ Eine solche Rahmenplanung erfolgt z. B. in Nordrhein-Westfalen, Hessen oder Baden-Württemberg.

¹⁶² Das Krankenhausgestaltungsgesetz Nordrhein-Westfalens (KHGG NRW) sieht z. B. vor, dass die Rahmenvorgaben abschließende Regelungen für die notwendig aufeinander abzustimmenden Versorgungsangebote nach ihrer regionalen Art, Zahl und Qualität enthalten, vgl. hierzu § 13 Abs. 1 Satz 1 KHGG NRW.

dem Krankenhausplan eines Landes ausgeschlossen werden.¹⁶³ Infolgedessen würde das betroffene Krankenhaus den gesetzlichen Anspruch auf die wirtschaftliche Sicherung und die Abrechnung stationär erbrachter Behandlungsleistungen mit den Krankenkassen verlieren. Allerdings besteht jederzeit die Möglichkeit eines neuen Antrags auf Aufnahme in den Krankenhausplan bzw. auf Änderung des Versorgungsauftrags. Dann ist von der Landesbehörde eine neue Versorgungsentscheidung zu treffen. Es kann insoweit von einer dynamischen Krankenhausplanung gesprochen werden. Um dieser Planungsaufgabe gerecht zu werden, sind die Landesbehörden unabhängig von der Planungstiefe verpflichtet, die Bedarfsdeckung in den einzelnen Fachbereichen zu beobachten.¹⁶⁴

111. Vor dem Hintergrund, dass der Wettbewerb einen wertvollen Beitrag zur Sicherstellung einer flächendeckenden und zugleich finanziell tragfähigen Krankenhausversorgung leisten kann, stellt sich die Frage, ob und inwieweit im Rahmen der Krankenhausplanung noch Raum für Wettbewerb bleibt. Insgesamt zeigt sich, dass die Bundesländer im Rahmen der Krankenhausplanung die Versorgungskapazitäten in der Regel sehr umfassend und detailliert für einzelne Krankenhäuser ausweisen. Dies gilt unabhängig davon, ob der eigentliche Planungsprozess als Detail- oder Rahmenplanung angelegt ist. Die Krankenhausplanung könnte damit theoretisch die gesamte Planung der Krankenhausstrukturen in Bezug auf die Bettenkapazitäten und Leistungsangebote übernehmen. Eigenverantwortliche Entscheidungen der Krankenhäuser, die ihr Angebot im Wettbewerb auf den Bedarf ausrichten, würde in diesem Fall keine Rolle mehr spielen. In der Praxis ist es jedoch unklar, inwieweit sich nicht auch wirtschaftliche Interessen und wettbewerbliche Anreize auf den Krankenhausplan und die Krankenhausstruktur auswirken. Dies bedeutet, dass trotz einer umfassenden staatlichen Krankenhausplanung wettbewerbliche Elemente von zentraler Bedeutung sein könnten. So verfügen Krankenhäuser in Rahmen ihres Versorgungsauftrags beispielsweise häufig über einen gewissen Spielraum, ihr Leistungsangebot oder ihren Behandlungsschwerpunkt eigenständig anzupassen.¹⁶⁵ Anpassungen der Versorgungsstrukturen sind in der Praxis grundsätzlich häufig zu beobachten. So haben laut einer Untersuchung des Bundeskartellamts in den Jahren 2012 bis 2015 insgesamt 14 Prozent aller deutschlandweit befragten Krankenhäuser neue Fachabteilungen eröffnet oder bestehende geschlossen.¹⁶⁶ Die Krankenhausplanung kann die Ergebnisse wettbewerblicher Kräfte – Patientinnen und Patienten wählen etwa bei elektiven Behandlungen manche Krankenhäuser öfter oder weniger oft; schlecht wirtschaftende Krankenhäuser häufen Verluste an – berücksichtigen. Nach Einschätzung der Monopolkommission ist es realistisch anzunehmen, dass die Länder derzeit mit der Krankenhausplanung oftmals wettbewerb-

¹⁶³ Vgl. z. B. § 16 Abs. 2 KHGG NRW, § 19 Abs. 1 Satz 4 HKHG. Demgegenüber wird in Rheinland-Pfalz den Krankenhäusern ein gewisser Gestaltungsspielraum eingeräumt. Diese haben die Möglichkeit, umfassende strukturelle Änderungen an ihrem im Krankenhausplan vorgegebenen Versorgungsauftrag vorzunehmen; Änderungen sind lediglich der zuständigen Behörde vorab anzuzeigen, vgl. § 10 Abs. 2 LKG Rheinland-Pfalz.

¹⁶⁴ BVerwG, 3 C 6.20, 11. November 2021, openJur 2022, 5374, Rz. 12.

¹⁶⁵ BKartA, Sektoruntersuchung Krankenhäuser, a. a. O., S. 4.

¹⁶⁶ Sektoruntersuchung Krankenhäuser – Wettbewerb im Krankenhaussektor in Deutschland und Schutz durch die Fusionskontrolle, Abschlussbericht gemäß § 32e GWB, Bonn, 2021, Rn. 317.

liche Prozesse nachzeichnen, d. h. in den (dynamischen) Krankenhausplänen die sich im Wettbewerb einstellenden Versorgungsstrukturen bindend festschreiben.

112. Die Sicherstellung einer flächendeckenden und zugleich finanziell tragfähigen Versorgung mit stationären Krankenhausleistungen ist ein Hauptziel der Krankenhausplanung. Zur Verwirklichung dieser gesellschaftlich sowie gesundheitspolitisch angestrebten Versorgungsstrukturen muss die Krankenhausplanung mit geeigneten Handlungs- und Durchsetzungskompetenzen ausgestattet sein. Wie an späterer Stelle noch genau ausgeführt wird, sehen die Planungsbehörden derzeit nur unzureichende Möglichkeiten, gegen Unterversorgungen vorzugehen und so gesundheitspolitisch gewünschte Versorgungsstrukturen durchzusetzen.

113. Um eine Überversorgung zu vermeiden, könnten die Landesbehörden theoretisch Krankenhäuser bzw. einzelne Abteilungen entweder nicht in den Krankenhausplan aufnehmen oder aus dem Plan herausnehmen. In der Praxis ist die Durchsetzung einer solchen Entscheidung gegen die Interessen von Beteiligten jedoch sehr schwierig.¹⁶⁷ So würden Krankenhausträger nach Auffassung vieler Landesbehörden häufig gegen entsprechende Entscheidungen wegen Verletzung ihrer Berufsfreiheit vor Gericht klagen. Aus Sorge vor gerichtlichen Auseinandersetzungen sowie wegen generell begrenzter Handlungsmöglichkeiten versuchen die Planungsbehörden daher häufig, von vornherein unilaterale Planungsentscheidungen zu vermeiden. Dies führt dazu, dass anstelle von planerischen Entscheidungen verstärkt auf Kooperationen mit den betroffenen Krankenhausträgern gesetzt wird. Zugleich bestärken die Planungsbehörden die betroffenen Krankenhausträger regelmäßig auch darin, zur Sicherstellung flächendeckender Versorgungsstrukturen untereinander zu kooperieren.

114. Solche Kooperationen können jedoch problematisch sein. Die Akteure könnten dabei einen bedeutenden Einfluss auf die (wettbewerbliche) Gestaltung der Krankenhauspläne ausüben. Es liegt nahe anzunehmen, dass die am Planungsverfahren beteiligten Akteure dabei vor allem wirtschaftliche Interessen verfolgen. Zwar könnten die eingebrachten wirtschaftlichen Interessen einerseits eine wettbewerbliche Wirkung entfalten und damit effizienzsteigernden Anreize entsprechen. Andererseits können sie zu direkten Absprachen von Leistungsangeboten zwischen Krankenhausträgern führen und dadurch wettbewerbsbehindernd wirken.

115. Insgesamt zeigt sich, dass die Planungsbehörden der Länder bei der Aufstellung und Durchsetzung von Krankenhausplänen mit einigen Herausforderungen konfrontiert sind. Aktuell dürfte ihr Einfluss auf die Krankenhausstrukturen jedenfalls eher gering sein. Ein wesentlicher Grund dafür ist, dass die Rolle und die Aufgabenbereiche der Planungsbehörden nicht klar und transparent (gesetzlich) definiert sind. In den nachfolgenden Abschnitten sollen die zentralen Herausforderungen der Krankenhausplanungen bei der Bedarfsbestimmung, der Entscheidungsdurchsetzung und dem Planungsprozess daher näher beleuchtet werden. Dabei soll insbesondere der Frage nachgegangen werden, welche Aufgaben die Planungsbehörden zur Sicherstellung einer flächendeckenden und zugleich finanziell tragfähigen Versorgung ide-

¹⁶⁷ Angaben von Landesbehörden gegenüber der Monopolkommission.

alerweise erfüllen sollten und wie die praktische Umsetzung zielführend ausgestaltet werden könnte.

4.2.2 Bestimmung des Versorgungsbedarfs als technischer Kern der Krankenhausplanung

116. Die Ermittlung des konkreten Bedarfs an Versorgungsleistungen und dessen Abgleich mit dem bestehenden Angebot in einem Bundesland oder einer Zielregion durch die Krankenhausplanung der Länder stellt ein im Gesetz angelegtes Instrument dar, um eine Steuerung der Krankenhausleistungen in Richtung der gesellschaftlichen Ziele des § 1 KHG zu erreichen. Sowohl eine regionale Unterversorgung mit Krankenhausleistungen einer bestimmten Qualität als auch eine ineffiziente Überversorgung kollidieren mit den gesellschaftlichen Zielen, die für die stationäre Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen gelten.

117. Die Methodik, nach der der Bedarf durch die Krankenhausplanungen der Länder festzustellen ist, ist derzeit nicht bundesgesetzlich geregelt. Die Bedarfsfeststellung wird von den Bundesländern in eigener methodischer Verantwortung¹⁶⁸ sehr unterschiedlich umgesetzt. Hierbei bildet die quantitative Ermittlung der Bedarfe den technischen Kern der Krankenhausplanung. Naheliegend ist jedenfalls, dass eine zu exakte Vorgabe des von den Krankenhäusern vorzuhaltenden Angebotes der in § 1 KHG angelegten Eigenverantwortlichkeit der Krankenhäuser zuwiderlaufen und den Spielraum für Versorgungsalternativen von Patientinnen und Patienten einengen kann. Daraus ergibt sich ein möglicher Zielkonflikt zwischen Planung und Wettbewerb. Wesentliche Stellschrauben bilden hierbei die Bestimmung mit welchen Zielen (Über-/Unterversorgung) und für welche Versorgungsbereiche Bedarfe geplant werden sowie der Grad an Verbindlichkeit, der im Rahmen der Bedarfsplanung angestrebt wird.

4.2.2.1 Vorgehen der Länder bei der Bedarfsermittlung

118. Die Bestimmung eines jeweiligen Bedarfs als Maßstab für das festgelegte Versorgungsangebot stellt einen verpflichtenden Inhalt der Landeskrankhauspläne dar. Nach einem grundlegenden Urteil des Bundesverwaltungsgerichtes aus dem Jahr 1985 werden in einem Krankenhausplan stets die gesetzten Versorgungsziele aufgeführt, eine Bedarfsanalyse entwickelt und schließlich die Beschreibung und Festlegung der Versorgungsbedingungen dargestellt.¹⁶⁹ Dieses naheliegende Vorgehen wurde in neueren Urteilen zum Inhalt der Krankenhauspläne bestätigt.¹⁷⁰

119. Die Bestimmung eines konkreten Bedarfs ist abhängig von den jeweiligen Versorgungszielen in einem Bundesland. Im ersten Schritt ist es die Aufgabe eines Bundeslandes, zur Bedarfsplanung solche Versorgungsziele zu definieren, aus denen sich im zweiten Schritt dann rechtssichere Bedarfsanforderungen ableiten lassen. Sind die Zusammenhänge zwischen Zie-

¹⁶⁸ BVerwG, 3 B 17/11, 25. Oktober 2011, openJur 2012, 138343, Rn. 4.

¹⁶⁹ BVerwG, 3 C 25/84, 25. Juli 1985, BVerwGE 72, 38, Rn. 49 ff.

¹⁷⁰ Z. B. BVerwG, 3 C 6/15, 8. September 2016, BVerwGE 156, 124-136, Rn. 23.

len und konkretem Bedarf nicht eindeutig, so ist es auch schwieriger für die Krankenhausplanung, die so berechneten Bedarfe rechtssicher durchzusetzen.

120. Die Versorgungsziele sind zum Teil in Landesgesetzen festgehalten; sie sind aber vor allem in den jeweiligen Krankenhausplänen zu finden. Typischerweise sind dabei sowohl in den Landeskrankenhausgesetzen als auch in den Krankenhausplänen zahlreiche sehr allgemeine Ziele genannt, die sich im Wesentlichen auf die gesellschaftlichen Grundziele (Abschnitt 2.1) beziehen und kaum weitere Anhaltspunkte für die Bedarfsplanung liefern. Für die Bedarfsplanung sind insbesondere solche landesspezifischen Ziele relevant, die sich auf die Details zur Flächendeckung (Erreichbarkeit von Krankenhäusern), auf die erforderlichen Netzwerke in der Notfallversorgung (z. B. Schlaganfallversorgung, Herzinfarkt, Schädel-Hirn-Trauma) und Strukturvorgaben (infrastrukturelle und medizinische Ausstattung) beziehen. Strukturvorgaben betreffen vorrangig auch Maßnahmen zur Qualitätssicherung; sie werden deshalb in Kapitel 5 ausführlicher behandelt. Die Genauigkeit der im Krankenhausplan festgehaltenen Vorgaben zur Notfallversorgung, etwa zur Beschaffenheit von Versorgungsnetzwerken, unterscheidet sich deutlich zwischen den Bundesländern. Einige Bundesländer legen hierzu detaillierte Kriterien fest und berufen sich dabei auch auf Anforderungen, die entsprechende Verbände und Fachgesellschaften (z. B. G-BA, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Notfallmedizinische Fachgesellschaft) aufgestellt haben. Hierbei finden sich zum Teil auch indirekte Erreichbarkeitsanforderungen für Krankenhäuser, indem Zeiten vorgegeben werden, die zwischen Symptombeginn und dem Eingriff nicht überschritten werden sollen.¹⁷¹

121. Grundsätzlich stellen die Erreichbarkeitsanforderungen ein zentrales Kriterium für die flächendeckende Versorgung in einem Bundesland dar. Ohne möglichst eindeutige Erreichbarkeitsanforderungen bleibt unklar, ob die Versorgung als flächendeckend gelten kann, wenn z. B. die stationäre Versorgung in einem Gebiet durch andere Teile des Bundeslandes gesichert wird. Festzustellen ist, dass sich auch in Bezug auf die Erreichbarkeit in den Bundesländern sehr unterschiedliche und meist ungenau bestimmte Ziele unterscheiden lassen. Teilweise wird auf allgemeine Angaben wie „möglichst flächendeckend“ oder „wohnortnah“ zurückgegriffen.¹⁷² Ein Beispiel für eine genauere Ausführung bietet Nordrhein-Westfalen. In diesem Bundesland wird in § 12 Landeskrankenhausgesetz das Ziel der „Ortsnähe“ definiert. Im Landeskrankenhausplan aus 2015 wurde der Begriff der „Wohnortnähe“ eingeführt und weiter definiert. Die Wohnortnähe ist demnach erreicht, wenn „ein Krankenhaus grundsätzlich nicht weiter als 15 bis 20 Kilometer entfernt ist“. Dieser Anspruch wird weiter auf die sog. „örtliche Versorgung“ begrenzt, deren Definition auch durch unscharfe Begriffe wie „überwiegend“ und

¹⁷¹ Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin, Krankenhausplan 2016 des Landes Berlin, Berlin, 2015, S. 58; Hessisches Ministerium für Soziales und Integration (HMSI), Krankenhausplan 2020, Wiesbaden, 2020, S. 31 ff.

¹⁷² Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg, Krankenhausplan 2010 Baden-Württemberg, S. 6; Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport des Landes Mecklenburg-Vorpommern, Krankenhausplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern, S. 9; Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin, Krankenhausplan 2016 des Landes Berlin, a. a. O., S. 9; Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz Brandenburg, Vierter Krankenhausplan des Landes Brandenburg, 2021, Kapitel 9.1.

„Prinzip der Gemeindenähe“ unkonkret bleibt.¹⁷³ Im bayerischen Krankenhausplan heißt es ebenso unbestimmt zur Wohnortnähe, dass ein „effizient strukturiertes Netz möglichst gleichmäßig über das Staatsgebiet verteilter, einander ergänzender Krankenhäuser zu gewährleisten“ ist.¹⁷⁴ Andere Krankenhauspläne konkretisieren die Bestimmung der „Erreichbarkeit“ durch eine bestimmte Anreisezeit im Individualverkehr und nennen teilweise die entsprechenden notwendigen Fachabteilungen.

122. Bei der Bestimmung des von den gesetzten Zielen abhängigen Versorgungsbedarfs wird in den meisten Bundesländern weiterhin auf die sog. Bettenplanung zurückgegriffen. Dies bedeutet, dass die Versorgungskapazitäten an den Betten der Krankenhäuser bemessen werden. Ein mögliches Problem der Bestimmung des Versorgungsbedarfs kann bei einer von vielen Bundesländern fachabteilungsspezifisch vorgenommenen Bettenplanung entstehen, weil die Ausweisung eines Planbettes in einer spezifischen Fachabteilung nur bedingt zur Versorgung eindeutig zuordenbarer Fälle dient. Vielmehr wird in der Praxis ein relevanter Teil der medizinischen Versorgungsfälle in unterschiedlichen Fachabteilungen versorgt. Dadurch verliert der Schluss von prognostischen Morbiditätsannahmen auf den Bedarf fachabteilungsspezifischer Planbetten an Genauigkeit. Evidenz zur Frage der dargestellten Leistungsüberschneidung hat zuletzt das Bundeskartellamt geschaffen.¹⁷⁵ Es wurde gezeigt, dass nach Fallgruppen spezifizierte Fälle, die ganz überwiegend durch bestimmte Fachabteilungen erbracht werden, vor allem in den Bereichen Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Augenheilkunde vorkommen, während in allen anderen Fachbereichen deutlich höhere Überschneidungen vorliegen (Tabelle 4.1).

Tabelle 4.1: Überschneidung des Leistungsspektrums von Fachabteilungen

Fachabteilung	AUG	CHI	ORT	GUG	GER	HNO	HUG	INN	KIN	NCH	NEU	URO
Anteil Spezialisierung	89,2	44,9	0,3	89,8	32,1	60	33,6	74,5	13,7	19,9	35	72,8
Anteil an Gesamtfallzahlen	2	20,8	3,8	12,4	1	3,3	1,3	37,4	5,2	1,1	4,6	4,7

Anmerkungen: Der Anteil Spezialisierung umfasst den Anteil behandelter Fälle nach dem DRG-System, die entweder zu 80 Prozent oder zu 50 bis 80 Prozent nur in dieser Fachabteilung behandelt werden und keine andere einzelne Fachabteilung mindestens 20 Prozent der Behandlungen durchführt. Abkürzungen der Fachabteilungen: AUG Augenheilkunde, CHI Chirurgie, ORT Orthopädie, GUG Gynäkologie und Geburtshilfe, GER Geriatrie, HNO Hals- Nasen- Ohrenheilkunde, HUG Haut- und Geschlechtskrankheiten, INN Innere Medizin, KIN Kinderheilkunde, NCH Neurochirurgie, NEU Neurologie, URO Urologie.

Quelle: BKartA, Sektoruntersuchung Krankenhäuser, a. a. O.

¹⁷³ Die örtliche Versorgung umfasst danach „überwiegend die allgemeine Innere Medizin und die allgemeine Chirurgie, mit Einschränkungen Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Das Prinzip der Gemeindenähe gilt außerdem für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung sowohl in Fachkrankenhäusern als auch Fachabteilungen.“

¹⁷⁴ Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, Krankenhausplan des Freistaates Bayern, 2021, S. 4 f.

¹⁷⁵ Siehe hierzu BKartA, Sektoruntersuchung Krankenhäuser, a. a. O.

123. Die mit einer Bettenplanung verbundenen Probleme haben Nordrhein-Westfalen als bisher erstes Bundesland dazu bewogen, sein Konzept zukünftig auf eine sog. morbiditätsbezogene Krankenhausplanung umzustellen. Auf Basis eines vom Land in Auftrag gegebenen Gutachtens¹⁷⁶ wird die Krankenhausplanung zukünftig zu einer Ausweisung konkreter Behandlungskapazitäten übergehen. In Nordrhein-Westfalen soll dazu zukünftig bei der Aufstellung des Krankenhausplanes direkt von der erwarteten Morbidität auf die zur Versorgung erforderlichen Fallkapazitäten in den Krankenhäusern geschlossen werden.¹⁷⁷ Dazu legt das Land die erforderlichen Kapazitäten im Rahmen von Behandlungsmengen von im DRG-System kodierten und in sog. Leistungsgruppen zusammengefassten Falltypen fest. Mehrere dieser Leistungsgruppen bilden ihrerseits die sog. Leistungsbereiche. Die Krankenhausplanung kann dann im Rahmen von Fallzahlen der Leistungsgruppen den Versorgungsumfang planen und die Zwischengröße Bett außer Acht lassen. Welche Bettenkapazitäten die Krankenhäuser zur Bedienung des Versorgungsumfanges zu welchen Zeiten vorhalten wird nicht mehr geplant. Das neue Konzept steht erst am Anfang. In den ersten Umsetzungsentwürfen wird die Bettenzahl durch Ergänzung weiterer Planparameter in Anlehnung an die bei der klassischen Bettenplanung üblicherweise zur Anwendung kommende Hill-Burton-Formel – mehr dazu nachfolgend – weiterhin berechnet und nachrichtlich ausgewiesen.¹⁷⁸ Die Möglichkeit einer zukünftig klareren Abgrenzung und Planung der tatsächlichen Behandlungsmöglichkeiten erscheint schlüssig.

124. Um den Kapazitätsbedarf in Betten zu ermitteln, greifen die meisten Bundesländer auf das aus den Vereinigten Staaten stammende Hill-Burton-Konzept oder dessen Variationen zurück. Dabei handelt es sich um eine einfache Kalkulationsgleichung. Diese zeigt auf, wie durch den Zusammenhang bestimmter Parameter auf den Bedarf an Krankenhausbetten in einer vorgegebenen Region geschlossen werden kann, der erforderlich ist, um das Fallaufkommen zu versorgen. Um den Bedarf an vorzuhaltenden Planbetten zu berechnen, wird zunächst die im Planungszeitraum erwartete Anzahl an Krankenhausfällen innerhalb eines jeden Jahres ermittelt¹⁷⁹ und mit der durchschnittlichen Verweildauer der Patientinnen und Patienten in einem Krankenhaus, in Tagen, multipliziert. Daraus ergibt sich die Anzahl der Bettenbelegungstage, die innerhalb eines Kalenderjahres zu erwarten sind. Durch Division mit den Jahrestagen (365) kann dann die durchschnittliche Belegung pro Tag festgestellt werden. Unter der An-

¹⁷⁶ PD– Berater der öffentlichen Hand, Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen, Gutachten im Auftrag des Landes NRW, Berlin, August 2019.

¹⁷⁷ Ein Grund für die Umstellung ist die geringe Genauigkeit der Bettenplanung bei der Zuordnung von Behandlungsmengen zu erforderlichen Betten. Beispielsweise muss bei einer Bettenplanung auf Fachabteilungsebene berücksichtigt werden, dass derselbe Falltyp zum Teil in unterschiedlichen Abteilungen versorgt werden kann. Die Umrechnung der prognostizierten Morbidität auf die vorzuhaltenden Betten bringt deshalb eine zusätzliche Unsicherheit in die Planung.

¹⁷⁸ Ministerium für Arbeit Gesundheit und Soziales NRW, Neuaufstellung der Rahmenvorgaben des Krankenhausplans für das Land Nordrhein-Westfalen, Ausschussvorlage 17/5764, 24. September 2021, S. 74 ff, MAGS, Krankenhausplanung Nordrhein-Westfalen 2022, https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/krankenhausplan_nrw_2022.pdf, Abruf am 5. Mai 2022, S. 79 f.

¹⁷⁹ In der typischen Darstellung der Hill-Burton-Formel wird dazu die (prognostizierte) Bevölkerungszahl mit deren Krankenhaushäufigkeit multipliziert. Die Krankenhaushäufigkeit berechnet sich ihrerseits als Relation der Krankenhausfallzahl eines Jahres zur Bevölkerungszahl. Hier kürzt sich jedoch die Bevölkerungszahl weg, sodass direkt von den Fallzahlen innerhalb eines Jahres ausgegangen werden kann.

nahme, dass sich der Bedarf über das Jahr gleichmäßig verteilt, gibt dieses Ergebnis den Bedarf an vorzuhaltenden Betten an, d. h. die Anzahl von benötigten Betten in dem Krankenhaus, um das erwartete Fallzahlenaufkommen zu decken.

125. Tatsächlich sind Fallaufkommen und Bettennutzung innerhalb eines Jahres jedoch in aller Regel nicht konstant. Um auch bei einer schwankenden Auslastung der Betten hinreichend Kapazitäten vorzuhalten, wird in der Hill-Burton-Formel zusätzlich ein sog. Bettennutzungsgrad berücksichtigt. Der Bettennutzungsgrad drückt aus, welchen Anteil an den Tagen eines Jahres ein Bett tatsächlich belegt sein darf, damit auch in Belastungsphasen hinreichende Kapazitäten zur Verfügung stehen. Als Zielwert für die Auslastung geht er in die Hill-Burton-Formel ein, indem der Bettenbedarf bei gleichmäßiger Verteilung der Auslastung durch den avisierten Bettennutzungsgrad dividiert wird. Wird zum Beispiel ein durchschnittlicher Bedarf von 1.000 Planbetten in einer Region berechnet, so ergäbe ein Bettennutzungsgrad von 80 Prozent, dass insgesamt 1.250 Planbetten (1.000 dividiert durch 0,8) vorzuhalten sind. Dies bedeutet wiederum, dass in Hochlastphasen gegenüber dem durchschnittlichen Fallaufkommen 25 Prozent zusätzliche Patientinnen und Patienten versorgt werden können.

126. Auf Basis der Hill-Burton-Formel sind von den Krankenhausplanungsbehörden insbesondere die Entwicklung der Krankenhausfälle, der Verweildauer und der benötigte Bettenauslastungsgrad zu prognostizieren. Im einfachsten Fall werden dazu Vergangenheitsdaten vollständig fortgeschrieben. Die Fortschreibung führt jedoch zu erheblichen Ungenauigkeiten in der Bedarfsermittlung, sobald sich die zugrundeliegenden Charakteristika des Behandlungsbedarfs absehbar verändern. Solche Veränderungen sind meistens anzunehmen und fallen tendenziell stärker aus, je länger der Zeitraum ist, für den der Krankenhausplan ausgelegt wird. Es ist anzunehmen, dass eine Vielzahl von Faktoren auf die zukünftige Morbidität und Verweildauer einwirkt. Eine Veränderung der Morbidität (und damit der Fallzahlen) kann zum Beispiel durch die relative Alterung der Bevölkerung Deutschlands ausgelöst werden. Auch die sich verändernden Behandlungsmöglichkeiten könnten sowohl den tatsächlichen Behandlungsbedarf als auch die durchschnittliche Verweildauer in Zukunft verändern.

4.2.2.2 Angewandte Methodik ermittelt Bedarf oft nur ungenau

127. Je präziser sich der aus den Versorgungszielen abzuleitende Versorgungsbedarf bestimmen lässt und je präziser Abweichungen vom Versorgungsniveau belegt werden können, desto eher ist es auch einer Krankenhausplanung möglich, auf das bestehende Versorgungsangebot einzuwirken. Heute wird dazu bei den Krankenhausplanungen ein regionaler Bedarf von Versorgungsleistungen berechnet und zugrunde gelegt, bei dem es sich konzeptionell um die Berechnung eines singulären, zur Zielerreichung eines funktionalen Kapazitätsniveaus handeln muss. Dies bedeutet, dass die Krankenhausplanung bei einem von diesem errechneten Bedarf abweichenden Versorgungsangebot gezielte Maßnahmen einleiten kann.

128. Ein Umsetzungsproblem bei der Bedarfsermittlung ergibt sich zunächst, wenn die länderspezifischen Versorgungsziele in die Bedarfsermittlung Eingang finden sollen. Die Ziele zur Erreichung einer flächendeckenden Versorgung erfordern es in aller Regel, den Gesamtbedarf an Versorgungskapazitäten aufzuschlüsseln, sodass mehrere Bedarfe für unterschiedliche Versorgungsbereiche zu planen sind. Gewöhnlich nehmen die Krankenhausplanungen eine Unter-

scheidung z. B. nach Fachrichtung oder Versorgungsform für die bestimmaren Versorgungskapazitäten vor. Ferner unterscheiden sie bei der räumlichen Bedarfsermittlung oftmals verschiedene Regionen des Bundeslandes, um den Erreichbarkeitsanforderungen nachzukommen (vgl. auch Tz. 108 f.). Aufgrund der Vielzahl der gegebenenfalls zu berücksichtigenden Anforderungen stellt sich die Übersetzung dieser Anforderungen in quantitative Versorgungsziele mitunter als schwieriges und vielschichtiges Optimierungsproblem dar. So kann etwa die Abdeckung mit notfall- und intensivmedizinischen Kapazitäten eine Bedarfsplanung in einem deutlich kleineren lokalen Raum erfordern als die Bedarfsplanung für Angebote elektiver und hoch spezialisierter Leistungen. Bei der Planung sowohl nach Fachabteilungen als auch nach getrennten Versorgungsregionen sind ferner Interdependenzen zwischen den Planungsbereichen zu erwarten, weil z. B. die Versorgung in Teilen einer Planungsregion durch Angebote in der Nachbarregion oder im angrenzenden Bundesland sichergestellt wird. Grundsätzlich wird die Genauigkeit bei der quantitativen Ermittlung der Bedarfe zudem dadurch verringert, dass die zugrunde gelegten Versorgungsziele – insbesondere in Bezug auf die Erreichbarkeit und die Abdeckung bestimmter Leistungen in einzelnen Teilen eines Bundeslandes – nur unkonkret bestimmt sind bzw. sich diese nicht direkt aus den gesetzlichen Normen ableiten lassen.

129. Auf Seite der dann notwendigen Schätzung der Parameter zur Ermittlung des Kapazitätsbedarfs für jeden vorstrukturierten Planungsbereich haben mehrere Bundesländer in den vergangenen Jahren versucht, vor allem die Prognose von Morbidität und Verweildauern zu verbessern. Mehrere Gutachten befassen sich mit verschiedenen Prognosemöglichkeiten.¹⁸⁰ Dabei werden überwiegend zwei Ansätze verfolgt. Zum einen wird auf Basis verschiedener statistischer Modelle eine genaue Schätzung über die weitere Entwicklung der beiden Parameter, Morbidität und Verweildauer, vorgenommen. Zum anderen wird in einigen Expertisen versucht, die Modellprognosen durch Befragung von medizinischen Expertinnen und Experten zu prüfen und gegebenenfalls zu korrigieren.

130. Beide Ansätze sind grundsätzlich begrüßenswert. Allerdings ergibt sich ein weiteres Prognoseproblem daraus, dass die als Ausgangspunkt verwendeten vergangenheitsbezogenen Morbiditätsdaten nicht notwendigerweise den tatsächlichen Bedarf zu diesem Zeitpunkt widerspiegeln. Ursächlich dafür ist, dass die Fallzahlen nicht danach unterscheiden, ob der Behandlungsbedarf angebots- oder nachfrageseitig ausgelöst wurde. Angebotsseitig induzierte Bedarfe können z. B. daraus entstehen, dass bestimmte Behandlungen sowohl ambulant als auch stationär erfolgen können und eine Verzerrung bei der Zuordnung zu den Sektoren bestehen kann. Solche Ineffizienzen sind anzunehmen, weil in beiden Sektoren unterschiedliche Vergütungssysteme zur Anwendung kommen.¹⁸¹ Eine Verzerrung kann ferner begünstigt werden, wenn das Vergütungssystem den Krankenhäusern Anreize setzt, die Zahl der abgerechneten Fälle auszuweiten. Die Befragung der medizinischen Fachgesellschaften bei der Bedarfsbestimmung kann dann ebenso wie eine Verkürzung der Verweildauern, ausgelöst durch frühere

¹⁸⁰ Für eine Übersicht zu den veränderten Methoden in den Gutachten von Dornier/IGES (Hamburg), IGSF/Beske, Rüschemann, BASYS/I+G und Gebera vgl. DKG, Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2020, Stand April 2021, S. 27 ff.

¹⁸¹ Siehe hierzu auch Abschnitt 3.5 dieses Sondergutachtens.

Entlassung und Wiedereinweisungen zu einer ineffizienten Ausweitung der Fallzahlen führen.¹⁸² Diese angebotsinduzierten Effekte lassen sich jedoch oft nicht eindeutig abschätzen und deshalb schwer quantifizieren. Bleiben die Effekte jedoch unberücksichtigt, so begünstigen sie tendenziell die Ausweisung von Überkapazitäten.

131. Ein besonders relevantes methodisches Defizit der Bedarfsplanung zeigt sich zudem in der Bestimmung des Bettennutzungsgrades, der für den Umfang der vorzuhaltenden Versorgungskapazitäten eine hohe Relevanz besitzt. Da sich der Kapazitätsbedarf nicht über das Jahr einheitlich verteilt, ist es in aller Regel notwendig, je nach Fachbereich bestimmte Kapazitäten über den durchschnittlichen Bedarf hinaus vorzuhalten.¹⁸³ Die Bestimmung dieses zur Abdeckung von Bedarfsspitzen nötigen Angebotes erfordert grundsätzlich eine eigene vorgeschaltete Analyse. Sollen Bettennutzungsgrade realistisch angenähert werden, müssten die bestimmenden Faktoren wie z. B. die typische Verteilung von Fällen über ein Kalenderjahr, der Anteil planbarer Leistungen im relevanten medizinischen Fachbereich, notwendige Sicherheitskapazitäten (z. B. für Pandemien) und Verlagerbarkeit von Kapazitäten zwischen Fachabteilungen in die Bestimmung einbezogen werden.

132. In der Praxis wird bei der Krankenhausplanung der gewöhnlich fachabteilungsspezifisch ausgewiesene Bettennutzungsgrad meist nur grob in Abhängigkeit zu der durchschnittlichen Verweildauer der Patientinnen und Patienten eines Fachbereiches normativ vorgegeben und in aller Regel fortgeschrieben.¹⁸⁴ Die von der jeweiligen Krankenhausplanung angenommenen Bettennutzungsgrade unterscheiden sich zwischen den Bundesländern, wobei sie meist zwischen 75 und 95 Prozent liegen.¹⁸⁵ Über die politische Vorgabe des Bettennutzungsgrades könnte die Bedarfsplanung allerdings so gesteuert werden, dass nicht die zur Versorgung notwendige Krankenhauskapazität als bedarfsgerecht ausgewiesen wird, sondern ein Kapazitätsniveau, das politisch aus anderen Gründen gewünscht ist.¹⁸⁶

¹⁸² SVR-Gesundheit, Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, a. a. O., Tz. 201 f., insbes. 203.

¹⁸³ Weil die Krankenhausplanung in NRW nicht mehr den Bettenbedarf plant, gibt es hier die Größe des Bettennutzungsgrades nicht mehr. Die Normvorhaltung von Versorgungskapazitäten zu jedem Zeitpunkt (in Betten) wird in der Planung von Leistungsgruppen nicht mehr berücksichtigt. Bei der Planung der Fallzahlen wird in Nordrhein-Westfalen künftig eine gewisse Schwankungsbreite berücksichtigt.

¹⁸⁴ Die Anknüpfung an die Verweildauer wird mit einem statistischen Effekt begründet. Weil die Belegung der Betten üblicherweise um Mitternacht registriert wird, kann es dazu kommen, dass an einem Tag zwei Fälle stationär therapiert werden aber nur ein Bett belegt wurde. Bei kurzen Verweildauern tritt dieser Effekt stärker auf. Vgl. DKG, Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2020, S. 27; Nordrhein-Westfalen Krankenhausplan 2001, S. 36.

¹⁸⁵ Niedrige Bettennutzungsgrade von 70 (Bayern) oder 75 Prozent (Andere) sind etwa in der Kinderheilkunde üblich, hohe Werte von 90 (Verschiedene) oder 95 Prozent (Saarland) in der psychotherapeutischen Medizin bzw. Psychiatrie. In einzelnen Fachbereichen gibt es relevante Abweichungen zwischen den Bundesländern, so etwa in der Augenheilkunde die in Berlin mit einem Bettennutzungsgrad von 77,5 und in Thüringen mit 85 Prozent geplant wird. Werden allgemeine Bettennutzungsgrade im Krankenhausplan vorgesehen, sind diese oft an die durchschnittliche Verweildauer geknüpft. In Rheinland-Pfalz besteht hier eine breite Spanne, zwischen 75 und 95 Prozent, während Niedersachsen oder Nordrhein-Westfalen (hier vor der Umstellung auf Leistungsgruppen) zwischen 77,5 bis 87,5 Prozent differenzieren. Vgl. Krankenhauspläne der Bundesländer.

¹⁸⁶ Vgl. mit gleichem Ergebnis bereits SVR-Gesundheit, Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, a. a. O., Tz. 208.

133. Schließlich lässt sich auch feststellen, dass die meisten Krankenhauspläne nicht so aufgebaut sind, dass sie das Ergebnis von konkret ermittelten Bedarfen für die flächendeckende Versorgung dem Versorgungsangebot gegenüberstellen. Vielmehr enthalten sie in der Regel eine allgemeine Darstellung von Zielen und Kriterien, die durch die im Krankenhausplan ermittelten Angebote als erfüllt angesehen werden. Ein methodisch nachvollziehbarer Zusammenhang zwischen den dargestellten Versorgungszielen eines Bundeslandes, – z. B. konkrete Erreichbarkeitskriterien –, einem daraus hergeleiteten regionalen Bedarf und der daraus folgenden Planung des Angebotes, wird in den Krankenhausplänen gewöhnlich nicht hergestellt.

134. Die Abwägung zwischen Zielen, Bedarf und möglichen Konsequenzen ist somit in den Krankenhausplänen nicht unmittelbar transparent. Sie erfolgt zuvor im Rahmen des Entscheidungsprozesses, d. h. auf Ebene der prozeduralen Strukturen, die in Abschnitt 4.2.3 und 4.2.4 näher betrachtet werden. Dieser ist damit auch politischen Einflüssen unterworfen.¹⁸⁷ Gleichwohl gehen einige Krankenhausplanungen auch den Weg, Bedarfe auf Basis der landesspezifischen Ziele transparent herzuleiten. Ein Beispiel ist das Saarland, das zur Vorbereitung des Krankenhausplanes für 2018 bis 2025 den Bedarf gutachterlich hat ermitteln lassen und das Gutachten im Anschluss auf seiner Webseite veröffentlicht hat. In der Expertise wurden neben der Morbiditätsentwicklung auch Faktoren wie Erreichbarkeit, Substitution durch den ambulanten Sektor und Wanderungsbewegungen zwischen den Bundesländern konkret geprüft und die ausgewiesenen fachabteilungsspezifischen Bedarfe sowie bestehende Unterdeckungen kenntlich gemacht.¹⁸⁸

4.2.2.3 Heutige Bedarfsplanung mit begrenzter Wirksamkeit

135. Obwohl die methodischen Herausforderungen sich in allen Bundesländern ähnlich stellen, unterscheidet sich die konkrete Umsetzung der Bedarfsplanung zwischen den Ländern und betrachteten Zeiträumen deutlich. Nur im Einzelfall wird durch die Krankenhausplanung bzw. durch eine von ihr beauftragte Gutachterin oder einen Gutachter eine wissenschaftsnahe multifaktorielle Bedarfsbestimmung vorgenommen. Von daher ist eine Zielungenauigkeit zahlreicher praktischer Krankenhausplanungsprozesse anzunehmen, von der auch eine strukturkonservierende Wirkung ausgehen kann, wenn im Ergebnis Ziele und Angebot nur scheinbar in Einklang stehen.

136. Hierbei dürfte auch eine Rolle spielen, dass eine möglichst konkrete Bestimmung des Versorgungsbedarfs mit erheblichen, politisch gegebenenfalls auch unerwünschten Konsequenzen verbunden ist. Wird örtlich eine konkrete Bedarfsunterdeckung eindeutig ausgewiesen, müsste die Krankenhausplanung auf die gegebenenfalls mit erheblichen Kosten für die Kommunen verbundene zusätzliche Ausweitung von Versorgungskapazitäten bis hin zum Bau zusätzlicher stationärer Kapazitäten hinwirken. Politische Widerstände dürfte auch der Abbau von Überkapazität hervorrufen. In diesem Fall könnte die Krankenhausplanung gezwungen

¹⁸⁷ Die hier getroffenen konkreten Abwägungen werden allerdings im Einzelfall auch detailliert hergeleitet und veröffentlicht. Vgl. auch Fn. 188.

¹⁸⁸ Vgl. aktiva, Gutachten zur Vorbereitung des Saarländischen Krankenhausplans 2018 – 2025 für das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, 2017.

sein, eine womöglich unpopuläre Reduzierung oder Schließung bestimmter Versorgungsangebote zu veranlassen.

137. In der Praxis könnten die Unschärfen in der quantitativen Ermittlung des Bedarfs zudem Defizite bei dessen Durchsetzung zur Folge haben. Hinweise auf solche Durchsetzungsdefizite geben die tatsächlichen Auslastungsgrade von Krankenhausbetten verschiedener Fachabteilungen, die teilweise signifikant unterhalb der von den Bundesländern im Bettennutzungsgrad definierten Soll-Auslastung liegen.¹⁸⁹ Beispielsweise liegen im Bereich der Augenheilkunde die in den Bundesländern vorgegebene Soll-Auslastungsgrade der Betten (Bettennutzungsgrad) zwischen 77,5 (Berlin) und 85 Prozent (Thüringen). Demgegenüber wird die tatsächliche bundesweite Ist-Auslastung vom Statistischen Bundesamt mit 65,4 Prozent angegeben.

138. Ein zentrales Problem der bestehenden Bedarfsbestimmung kann auch in ihrem zugrundeliegenden Anspruch gesehen werden, einen singulären Bedarf auszuweisen, durch den sich alle gesellschaftlichen Ziele am besten erreichen lassen. Jede Abweichung zu diesem Versorgungsniveau stellt sich dann als Unter- bzw. Überangebot dar. Aus wettbewerbspolitischer Perspektive steht diese Form der Ermittlung eines fixen Bedarfs durch eine Planungsbehörde in einem grundsätzlichen Widerspruch zu einer effizienten Bedarfsdeckung, die einer fortwährenden Anpassung unterliegt. Demgegenüber muss das Versorgungsangebot im Wettbewerb nicht vorbestimmt werden. Es ergibt sich flexibel aus der Nachfrage der Patientinnen und Patienten, die – zumindest bei elektiven Leistungen – zudem zwischen Krankenhäusern mit der besten Versorgungsqualität wählen können. Dabei schwankt das Angebot fortwährend auf Basis von Veränderungen bei Angebot und Nachfrage. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn ein Krankenhaus seine Qualität und Versorgungskapazitäten in Konkurrenz zu anderen Versorgungsangeboten ausweiten will, sodass es zeitweise zu einem höheren Angebot kommt.

4.2.2.4 Empfehlung zur Weiterentwicklung hin zu einer Sicherstellungsgrenze

139. Dass die Bedarfsplanung heute in vielen Bundesländern nur begrenzte Wirksamkeit entfaltet, ist jedoch vor dem Hintergrund ihrer Aufgabe zur Erfüllung spezifischer Versorgungsziele problematisch. Um die Bedarfsplanung als wirksames Korrektiv gesellschaftlicher Zielstellungen zusätzlich zu einem wettbewerblichen Krankenhausmarkt zu etablieren, sollte das Instrument konkreter auf die Ermittlung spezifischer Bedarfe ausgerichtet werden. Dabei könnte vornehmlich auf solche Bedarfe abgestellt werden, die das Ziel der Sicherstellung der Versorgung und den dahinterstehenden Wunsch betreffen, ein bestimmtes Versorgungsniveau, unabhängig von den betriebswirtschaftlichen Gegebenheiten, vorzuhalten. Die Monopolkommission empfiehlt deshalb, zukünftig einen speziell auf dieses Ziel der flächendeckenden Versorgung zugeschnittenen (Mindest-)Bedarf auszuweisen, der als „Sicherstellungsgrenze“ bezeichnet werden soll.

140. Mit dem Vorschlag einer Sicherstellungsgrenze wird adressiert, dass im Rahmen der Daseinsvorsorge auf Krankenhausmärkten ein politisch gewünschter, flächendeckender lokaler

¹⁸⁹ Statistisches Bundesamt, Gesundheit - Grunddaten der Krankenhäuser 2019, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, 2021, S. 25; Krankenhauspläne der Bundesländer.

Umfang an Krankenhausleistungen existiert, der auch außerhalb eigenwirtschaftlicher Aktivitäten nicht unterschritten werden soll. Im Unterschied zu der derzeit angewendeten Bedarfsermittlung, würde die Überschreitung dieser Sicherstellungsgrenze hingegen keinen Handlungsbedarf auslösen. Auf diese Weise könnten politische Hürden reduziert werden, die einer möglichst konkreten Herleitung der zur Sicherstellung notwendigen Bedarfe heute zum Teil entgegenstehen. Die an Wertvorstellungen anknüpfenden Zielsetzungen und lokalen Präferenzen, die beim Umfang der Sicherstellung eine Rolle spielen, könnten von den Bundesländern deutlicher als bisher, im Rahmen der Landeskrankenhausgesetze demokratisch vorgegeben werden. Dazu könnten die gesetzlichen Regeln mögliche Entscheidungsgesichtspunkte vorzeichnen, die bei der Sicherstellung zu beachten sind. Ausgehend von diesen Zielvorgaben ließen sich von Seiten der Landeskrankenhausplanung möglichst konkretisierende Anforderungen aufstellen, an die – im Unterschied zu heute – die Anforderung zu stellen wäre, dass sie einer quantitativen Herleitung von Bedarfen zugänglich sein müssen. In Bezug auf die flächendeckende Versorgung betrifft dies insbesondere die Erreichbarkeitsziele. Diese sollten die Fachabteilungen oder Leistungsgruppen, auf die sich diese beziehen, klar benennen, maximale Distanzen jeweils genau spezifizieren und Bedarfe aus Programmen der Notfallversorgung klar beschreiben. Ein daraus abgeleiteter Bedarf entspräche dann der jeweiligen demokratisch ermittelten Vorstellung von flächendeckender Versorgung als Daseinsvorsorge. Er böte der Krankenhausplanung geeignete Voraussetzungen für rechtssichere Maßnahmen.

141. Eine von der Ausweisung einer Sicherstellungsgrenze zu trennende Frage wäre, ob die Krankenhausplanung auch einer Überversorgung mit Krankenhäusern entgegenwirken sollte. Der Bedarf, im Rahmen der Krankenhausplanung gegen ein Überangebot vorzugehen, ergibt sich dann, wenn es für die Krankenhäuser aus dem Finanzierungssystem heraus finanzielle (Fehl-)Anreize dafür gibt, Kapazitäten vorzuhalten, auch wenn diese die erwartbare Nachfrage mittelfristig überschreiten.¹⁹⁰ Zumindest in der derzeitigen Form der Krankenhausfinanzierung ist davon auszugehen, dass solche Anreize vorliegen können (siehe hierzu Abschnitt 4.1.3). Eine Bedarfsplanung, die nur die nach unten wirkende Sicherstellungsgrenze im Blick behielte, könnte in dieser Situation vernachlässigen, dass in einzelnen Regionen Überkapazitäten ausgewiesen würden. In diesem Zusammenhang bestehen auch Überschneidungen zur Sicherstellung der Versorgungsqualität, die in Abschnitt 5.2 näher behandelt werden. Vor diesem Hintergrund kann – zumindest soweit bzw. solange die Finanzierungssysteme Anreize zur Ineffizienz enthalten – eine zusätzliche Ausweisung einer Bedarfsobergrenze durch die Krankenhausplanung angezeigt sein. Problematisch bleibt dabei jedoch die Ermittlung, ab welchem Angebot die Kapazitäten über das erforderliche Niveau hinausgehen. Jedes hier – wie auch immer – hergeleitete Niveau muss zu einem gewissen Grad als willkürlich erscheinen und dürfte deshalb an rechtliche Umsetzungsgrenzen stoßen. Aus Sicht der Monopolkommission erscheint es daher zweckdienlich, die Bedarfsobergrenze in den Bundesländern als Relation zur Sicherstellungsgrenze (z. B. immer 20 Prozent über dieser) einmalig gesetzlich festzulegen. Insoweit verbleibt zwischen Sicherstellungsgrenze und Bedarfsobergrenze ein hinreichender Korridor für wettbewerbliche Aktivitäten.

¹⁹⁰ Zudem müssen angebotsinduzierter Nachfrageeffekte bereinigt werden, siehe hierzu Tz. 130.

142. Die Vorgaben des SGB V stünden einer solchen Regelung nicht entgegen. Nach den §§ 2 Abs. 4, 12 Abs. 1, 70 Abs. 1 Satz 2 SGB V sind lediglich solche Leistungen von den Krankenkassen zu vergüten, die notwendig, ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind. Zudem ist gemäß § 70 Abs. 1 Satz 1 SGB V eine bedarfsgerechte und gleichmäßige Versorgung zu gewährleisten. Auf dieser Grundlage könnte argumentiert werden, dass eine regional abweichende quantitative Versorgungsdichte rechtlich nicht zulässig sei. Allerdings betreffen die §§ 2 Abs. 4, 12 Abs. 1 SGB V lediglich den Umfang des Leistungsanspruchs der versicherten Person. Die Anzahl der Standorte, die eine bestimmte Leistung anbieten, ist hingegen nicht gemeint.¹⁹¹ Das Merkmal der Gleichmäßigkeit (§ 70 Abs. 1 Satz 1 SGB V) bedeutet seinerseits nicht, dass allorts eine exakt gleiche Versorgung bereitzustellen ist. Stattdessen ist im Bundesgebiet allgemein ein einheitliches Niveau zu gewährleisten.¹⁹² Hieraus folgt, dass kein systematisches „Gefälle“ in der Versorgung zwischen den einzelnen Bundesländern entstehen soll. Es ist nicht ersichtlich, dass ein solches Ungleichgewicht durch den von der Monopolkommission vorgeschlagenen Korridor entstehen könnte. Stattdessen würde die vorgesehene Obergrenze funktional bundesweit gleichermaßen Wirkung entfalten. Das Gebot der bedarfsgerechten Versorgung in § 70 Abs. 1 Satz 1 SGB V bezieht sich auf die Bedarfsgerechtigkeit im Sinne der §§ 1, 6 Abs. 1 KHG.¹⁹³ Der quantitative Umfang der angebotenen stationären Leistungen richtet sich folglich hauptsächlich nach dem KHG und somit nach den Planungsentscheidungen der Landesbehörden. Die Vorgaben des SGB V spielen in diesem Zusammenhang hingegen höchstens eine untergeordnete Rolle. Darüber hinaus spricht viel dafür, dass das vorgeschlagene Vorgehen auch nicht gegen das Ziel der Bedarfsgerechtigkeit (§ 1 Abs. 1 Satz 1 KHG) verstieße. Das Bundesverwaltungsgericht entschied kürzlich, dass die Duldung einer vorübergehenden Überversorgung durch die Planungsbehörden im Einklang mit den Vorschriften des KHG stehe.¹⁹⁴ Dies zeigt, dass positive Abweichungen des Angebots vom Bedarf nicht per se untersagt sein dürften.

143. Im Ergebnis schlägt die Monopolkommission vor, von der derzeitigen Bestimmung eines singular errechneten Bedarfs als Grundlage für eine langfristige Fixierung des Angebotes Abstand zu nehmen und die Bedarfsbestimmung nach dem Zweck des Eingriffs zu differenzieren. Die Bundesländer könnten sich so darauf konzentrieren, konkrete Ziele für die flächendeckende Versorgung auszuweisen und den dafür notwendigen Versorgungsumfang in Form einer Sicherstellungsgrenze zu ermitteln. Da ein Überschreiten der Sicherstellungsgrenze in einzelnen Regionen keine unmittelbaren Konsequenzen für das Versorgungsangebot mehr hätte und der Krankenhausplan diese Kapazitäten weiterhin ausweisen könnte, würden die damit zusammenhängenden politischen Hürden abgebaut, diese Grenze möglichst eindeutig und rechtssicher zu bestimmen. Da zugleich auch angenommen werden muss, dass sich in einzelnen Regionen ineffiziente Überangebote einstellen, könnten die Bundesländer zudem eine

¹⁹¹ Vergleiche hierzu Abschnitt 2.1, Tz. 10 f.

¹⁹² Schuler, R., in: Hänlein, A./Schuler, R. (Hrsg.), LPK SGB V, 6. Aufl. 2022, Baden-Baden, § 70 Rz. 3.

¹⁹³ Ebenda.

¹⁹⁴ BVerwG, 3 C 6/20, a. a. O., Rz. 17.

Bedarfsobergrenze festlegen, indem sie definieren, in welchem Umfang die Sicherstellungsgrenze überschritten werden darf.

Die vorgeschlagene Struktur der Krankenhauspläne könnte dazu in einem neu aufzunehmenden Absatz 1b in § 6 KHG wie folgt angelegt werden:

(1b) Zur Gewährleistung einer patienten- und bedarfsgerechten Versorgung wird im Krankenhausplan die Grenze ausgewiesen, die zur Sicherstellung des dafür lokal notwendigen Versorgungsniveaus nicht unterschritten werden soll. Ein mit den Zielen des § 1 vereinbar maximaler Versorgungsumfang kann ferner gesondert in Form einer Bedarfsobergrenze ausgewiesen werden.

4.2.3 Defizite und Herausforderungen bei der Entscheidungsdurchsetzung

144. Die Schwierigkeiten bei der Bedarfsermittlung haben erhebliche Auswirkungen auf die praktische Arbeit der Landesbehörden. Die Unschärfe der Bedarfsdefinition führt dazu, dass für die Behörden nicht klar sein dürfte, unter welchen Umständen sie aktiv planerisch tätig werden sollen. Diese Problematik setzt sich in der rechtlichen und tatsächlichen Umsetzung von Planungsentscheidungen fort. Dies zeigt sich zum einen, falls eine Landesbehörde eine Unterversorgung feststellen sollte. Sollte kein Krankenhausträger freiwillig die Versorgungsleistung bereitstellen, sind die Handlungsmöglichkeiten der Planungsbehörden begrenzt. Grund dafür ist, dass Versorgungsleistungen im Grundsatz nicht durch die Planungsbehörden erzwungen werden können. Zum anderen ist auch die Vermeidung von einem zu großen Angebot an stationären Leistungen häufig erschwert. Da die Ablehnung oder Herausnahme aus dem Krankenhausplan immer auch einen Eingriff in die Berufsfreiheit der Krankenhausträger bedeutet, dürfen solche Maßnahmen nur erfolgen, wenn sie auch tatsächlich notwendig sind. Die Planungsbehörden müssten also begründen, warum eine konkrete Maßnahme der Durchsetzung der Planungsziele dient. Wenn aber die Definition der Planungsziele – und insbesondere die Bedarfsermittlung – schwierig ist, fällt auch die Begründung schwer. Hinzu kommt, dass die Rechtsgrundlagen in Bezug auf die Handlungsmöglichkeiten der Planungsbehörden zum Teil unklar zu sein scheinen. Dies dürften gewichtige Gründe sein, weshalb in einigen Bundesländern der Krankenhausplan lediglich fortgeschrieben und aktive Planungsmaßnahmen vermieden werden. Im folgenden Abschnitt sollen beide Themenkomplexe näher beleuchtet werden. Dabei werden die konkreten Möglichkeiten der Planungsbehörden erörtert, die ihnen offenstehen, um eine sowohl flächendeckende als auch finanziell tragfähige Krankenhausversorgung sicherzustellen.

4.2.3.1 Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung durch Ausschreibungen ermöglichen

145. Die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung mit Krankenhäusern ist eine der Kernaufgaben der Krankenhausplanung. Die Planungsbehörde evaluiert zunächst, ob die angebotene stationäre Versorgung ausreichend für den bestehenden Bedarf ist. Mögliche Auslöser für eine prognostizierbare Diskrepanz zwischen Angebot und Bedarf können sowohl durch Veränderungen auf der Angebots- als auch der Nachfrageseite ausgelöst werden. Ein möglicher Faktor auf der Nachfrageseite wäre z. B. ein erhöhter Zu- oder Wegzug von Menschen

aus einer Region oder Bedarfsänderungen, die durch den demografischen Wandel verursacht werden. Zum anderen kann sich das Angebot von Krankenhausleistungen verändern, weil ein Krankenhaus Betten abbaut oder eine Abteilung schließt. Ein spezieller Grund für eine Unterversorgung kann sich zudem aus der Gestaltung des Krankenhausplans ergeben. Dies ist darin begründet, dass in den meisten Bundesländern anhand von Betten und/oder Abteilungen geplant wird. Einzelne Behandlungsleistungen sind hingegen meist nicht Gegenstand der Planung.¹⁹⁵ Generell sind Krankenhäuser nicht verpflichtet, sämtliche abrechnungsfähigen Behandlungen eines Fachgebiets in ihrer Abteilung anzubieten. Es ist daher denkbar, dass Krankenhäuser aufgrund von Spezialisierungsbestrebungen oder Rentabilitätsüberlegungen nur ein Teilspektrum in einer Abteilung anbieten. Somit kann es sein, dass aufgrund einer allgemein gehaltenen Planung für manche Unterfachgebiete kein ausreichendes Angebot besteht.

146. Wenn eine Planungsbehörde feststellt, dass der zuvor berechnete Bedarf nicht durch die aktuell angebotenen Kapazitäten gedeckt werden kann, muss sie tätig werden. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, welche Handlungsoptionen die Planungsbehörde hat, um den festgestellten Missstand zu beseitigen. Die Beantwortung dieser Frage ist maßgeblich vom Spannungsfeld zwischen der staatlichen Aufgabe der Daseinsvorsorge und der Autonomie der Krankenhausträger abhängig. Dies äußert sich darin, dass die Planungsbehörden die Krankenhausträger grundsätzlich nicht verpflichten können, bestimmte Versorgungsleistungen anzubieten. Die Behörden haben also keine Möglichkeit, Krankenhausträgern Versorgungsaufträge gegen deren Willen zu erteilen. Darüber hinaus können die Krankenhausträger erteilte Versorgungsaufträge grundsätzlich auch wieder zurückgeben.

147. Der rechtliche Weg zur Beseitigung einer Unterversorgung führt zur Zeit – zumindest in den meisten Bundesländern¹⁹⁶ – über den sog. Sicherstellungsauftrag der Landkreise bzw. Kommunen. Demnach ist die betroffene Kommune oder der Landkreis zum Betrieb eines eigenen öffentlichen Krankenhauses, einer bestimmten Abteilung oder einer vorzuschreibenden Anzahl an Betten verpflichtet, falls sich kein anderer Krankenhausträger für diese Aufgabe findet.¹⁹⁷ Es ist nicht klar ersichtlich, wie häufig ein aktiv von der Planungsbehörde gegenüber einer Kommune gefordertes Eingreifen im Rahmen der Sicherstellungsverpflichtung gegenüber einer Kommune oder einem Landkreis in der Praxis zum Tragen kommt. Allerdings gibt es Anhaltspunkte dafür, dass dies selten der Fall ist. In einigen Ländern wie zum Beispiel Mecklenburg-Vorpommern und Baden-Württemberg ist sie noch nie zur Anwendung gekommen.¹⁹⁸ Einige Landesbehörden gaben gegenüber der Monopolkommission an, dass in der Regel das Angebot groß genug sei, um den tatsächlich bestehenden Bedarf zu decken. Dies kann mehre-

¹⁹⁵ Eine Ausnahme bildet Nordrhein-Westfalen, wo sog. Leistungsgruppen und -bereichen ausgewiesen werden.

¹⁹⁶ So in § 3 Abs. 1 LKHG Ba-Wü; Art. 51 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 BayLKrO; § 1 Abs. 3 BbgKHEG; § 3 Abs. 4 BremKrHG; § 1 Abs. 2 Satz 4 LKHG M-V; § 1 Abs. 1 S. 2 NdsKHG, § 1 Abs. 3 Satz 2 KHGG NRW; § 2 Abs. 2 Satz 2 LKG R-P; § 3 Abs. 3 SaarSKHG; § 1 Abs. 3 Satz 2 SächsKHG.

¹⁹⁷ Die praktische Umsetzung erfolgt beispielsweise in Baden-Württemberg, indem das Regierungspräsidium gegenüber dem Stadt- oder Landkreis die erforderlichen Anordnungen zur Erfüllung der Pflichtträgerschaft trifft, § 40 LKHG Ba-Wü.

¹⁹⁸ Schriftliche Äußerung des Ministeriums für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern gegenüber der Monopolkommission; Trefz, U./Dietz, O./Krauskopf D., in: Dietz, O. (Hrsg.), Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg, 3. Aufl., 2016, § 3 LKHG Satz 1.

re Ursachen haben. Denkbar ist, dass die aktuellen Finanzierungsmechanismen ausreichend sind, um die flächendeckende Versorgung sicherzustellen. Viel wahrscheinlicher ist es aber, dass das Nichtvorhandensein einer Unterversorgung auf eine informelle Bedarfsplanung zurückzuführen ist. Sofern keine abstrakten Planungskriterien definiert wurden, ist es unwahrscheinlich, dass formell eine konkrete Unterversorgung festgestellt wird.

148. Ein Rückgriff auf die Sicherstellungsverpflichtung kann zwar die Herstellung flächendeckender Versorgungen fördern. Allerdings greift dieser in die Rechtsposition der Kommune bzw. des Landkreises ein, weshalb er als ultima ratio angesehen werden sollte. Schließlich kann es erforderlich sein, dass ein Krankenhaus erst erbaut oder zumindest baulich vergrößert werden muss. Spiegelbildlich könnte der öffentliche Krankenhausträger daran gehindert werden, den Betrieb bestimmter Betten oder Abteilungen einzustellen. Generell kann die Erfüllung der Sicherstellungsverpflichtung finanzielle Defizite bei den Krankenhäusern verursachen. Es kann daher erforderlich sein, dass die Kommunen ggfs. finanzielle Unterstützung leisten. Dies erfolgt in der Praxis regelmäßig über den sog. Defizitausgleich, welcher vor allem aus wettbewerblicher Sicht kritisch zu sehen ist.¹⁹⁹ Zudem ist die Durchsetzung einer Sicherstellungsverpflichtung oft auch politisch schwierig. Vor diesem Hintergrund ist es im Grundsatz zu begrüßen, dass die Planungsbehörden in der Praxis zunächst den Dialog mit den Krankenhausträgern suchen.

149. Das Ziel solcher Gespräche sind freiwillige Angebote der Krankenhausträger. Ein möglicher finanzieller Anreiz seitens des Krankenhausträgers zum Angebot zusätzlicher Betten könnte sich aus der pauschalen Investitionskostenförderung der Länder ergeben. So ist die pauschale Investitionskostenförderung in einzelnen Bundesländern gegenwärtig so konzipiert, dass Krankenhäuser für eine Erhöhung der Bettenzahl auch mehr Investitionsfördermittel erhalten. Deshalb kann es gegebenenfalls aus finanzieller Sicht für die Krankenhausträger auch vorteilhaft sein, zusätzliche Betten anzubieten. Dies gilt selbst für Betten, die leer stehen und nicht betrieben werden.²⁰⁰ Auf der anderen Seite ist zu berücksichtigen, dass die Investitionskostenförderung mit relativ geringen Mitteln verbunden ist. Insoweit ist zumindest fraglich, ob sie aus Sicht der Krankenhäuser in der Praxis tatsächlich einen ausschlaggebenden Grund für eine Einigung mit der Planungsbehörde darstellt. Ergebnis des Dialoges zwischen den Akteuren können praktische Lösungen sein, z. B. Kooperationen oder eine Aufteilung von Versorgungsleistungen zwischen den Krankenhausträgern, die allerdings aus wettbewerbsrechtlicher Sicht ambivalent zu beurteilen sind.²⁰¹

150. Insgesamt zeigt sich, dass die Planungsbehörden kaum rechtliche Durchgriffsmöglichkeiten besitzen, um das Angebot einer konkreten stationären Leistung zu erwirken. Daher ist zu überprüfen, ob die Krankenhausplanungen durch eine institutionelle Stärkung aufgewertet werden können, um die Aufgabe der Sicherstellung zielsicherer ausüben zu können.

¹⁹⁹ Siehe hierzu Abschnitt 4.3.1.3 dieses Sondergutachtens.

²⁰⁰ SVR-Gesundheit, Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, a. a. O., Tz. 210; Neubauer, G./Gmeiner, A., Krankenhausplanung am Scheideweg, in: Klauber, J. u. a. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2015 – Schwerpunkt: Strukturwandel, Stuttgart, 2015, S. 176.

²⁰¹ Siehe dazu im Detail Abschnitt 4.2.3.

151. Eine Grundvoraussetzung für eine durchsetzungsfähige Krankenhausplanung ist zunächst eine systematische Ermittlung des Bedarfs. Es muss klar erkennbar sein, wann für die Planungsbehörde Handlungsbedarf besteht und wann ein Eingreifen deshalb nicht angezeigt ist, weil die Wettbewerbsmechanismen für die Verfolgung der planerischen Ziele vorteilhaft sind. Die Definition der planerischen Aufgaben könnte aus Sicht der Monopolkommission sowohl sachgerechter als auch wettbewerbskonformer erfolgen, wenn bei der Bedarfsermittlung einen konkrete Sicherstellungsgrenze ausgewiesen würde.²⁰² Da die Sicherstellungsgrenze nur konkret bei einer Bedarfsunterschreitung wirksam würde, könnte dies überdies zu einer weniger großzügigen Auslegung des Bedarfs führen, sodass sich der Eingriffsbedarf auf Fälle beschränkte, bei denen ein dringender Bedarf relativ klar nachgewiesen werden kann. Allerdings verbliebe auch mit einer Sicherstellungsgrenze die Problematik, dass die Krankenhausplanungsbehörde gegenwärtig nur über die Sicherstellungsverpflichtung zur Durchsetzung des festgestellten Bedarfes verfügt.

152. Eine geeignete Möglichkeit, die Durchsetzungsmöglichkeiten planerischer Ziele zu verbessern, könnte in der öffentlichen Ausschreibung von als versorgungsnotwendig angesehenen Kapazitäten liegen. Dies bedeutet, dass die Krankenhausplanungsbehörde oder eine von ihr dazu beauftragte Kommune nach einem klar geregelten System einen vordefinierten Versorgungsauftrag ausschreibt. Zu empfehlen wäre es, ein solches Ausschreibungssystem im Landesrecht anzulegen und im Rahmen verschiedener Eingriffsoptionen vorzustrukturieren. Dazu könnte das Landesrecht das Vorgehen zur Sicherstellung der Versorgung festlegen und klar mit den Aufgaben der Planung verknüpfen. Danach soll die Krankenhausplanung verpflichtet sein, den Bedarf regelmäßig quantitativ zu überprüfen. Zur Deckung einer Bedarfslücke könnten in nachfolgender Reihenfolge die Optionen geprüft werden: 1. Absprache und Zusammenarbeit mit den Krankenhausträgern unter Wahrung wettbewerbsrechtlicher Anforderungen, 2. Ausschreibungen des Fehlbedarfs in einer Region, 3. Rückgriff auf den Sicherstellungsauftrag der Kommunen (Eigenleistungen wie Neubau, Defizitausgleich). Die Ausschreibungen blieben somit auf den objektiven Umfang der zur Deckung des berechneten Bedarfes fehlenden Leistungen beschränkt. Der auszuschreibende Versorgungsauftrag hätte eine feste Laufzeit. In der Folge könnte geprüft werden, ob die Krankenhäuser der Region anbieten, den Bedarf ohne Förderung zu decken. Ist dies nicht der Fall, könnte eine Folgeausschreibung erfolgen. Der Rückgriff auf Eigenleistungen der Kommunen nach deren Sicherstellungsauftrag bliebe dabei als nachrangige Lösung erhalten, auf die im Ausnahmefall zurückgegriffen würde, z. B. wenn eine Bedarfserhöhung sehr kurzfristig erfolgen muss, der Bedarf sich nicht für eine Ausschreibung eignet oder die Marktstruktur in der betreffenden Region überhöhte Gebote von Krankenhausträgern erwarten ließe.

153. Die Ausschreibungsmöglichkeit (bzw. ihre Veranlassung, sofern die Ausschreibungen auf Kommunalebene erfolgen) eröffnete der Planungsbehörde zugleich die Möglichkeit, gegebenenfalls mehrere Angebote unterschiedlicher Krankenhäuser zu erhalten und miteinander zu vergleichen. Es entstünde ein Wettbewerb zwischen den Krankenhausträgern um den Versorgungsauftrag. Im Ergebnis würde die Versorgung durch dasjenige Krankenhaus erbracht wer-

²⁰² Siehe hierzu Abschnitt 4.2.2.4 dieses Sondergutachtens.

den, welches den Bedarfsanforderungen der Planungsbehörde am besten nachkommt. Das Ausschreibungsverfahren wäre an transparente, klare Ausschreibungskriterien zu knüpfen und sollte insbesondere genaue Qualitätsanforderungen vorsehen. Darüber hinaus wäre es erforderlich, dass das Verfahren diskriminierungsfrei durchgeführt wird. Insbesondere müssten sämtliche Krankenhausträger eine faire Chance haben, den Versorgungsauftrag zu erhalten.

154. Derzeit sind viele Krankenhausplanungen der Bundesländer nur vereinzelt der Situation ausgesetzt, unteroptimale Versorgungsangebote bekämpfen zu müssen. Zwar ließe sich annehmen, dass das vorgeschlagene Ausschreibungssystem in der aktuellen Situation entsprechend selten zur Anwendung käme. Tatsächlich böte es der Krankenhausplanung aber Handlungsalternativen, da es sie bei der Bedarfsplanung unabhängiger von Vereinbarungen mit den Krankenhausträgern macht, sollten hier mögliche Lösungen nicht zu finden sein oder Nachteile (z. B. wettbewerblicher Art) mit sich bringen. Eine Hürde für die Einführung eines solchen Systems könnte zudem im noch zu klärenden Finanzierungsmechanismus eines Ausschreibungssystems liegen. Der Vorschlag der Versorgungsausschreibungen ließe sich daher besonders geeignet im Rahmen der Einführung der in Abschnitt 4.3.2 diskutierten Vorhaltezuschläge umsetzen. Ausgeschrieben würde in diesem Fall ein Sondervorhaltezuschlag, der zum Tragen käme, wenn die Finanzierung über allgemeine Zuschläge nicht möglich wäre.

4.2.3.2 Rechtssichere Handlungsmöglichkeiten zur Verhinderung einer Überversorgung schaffen

155. Auch die Vermeidung einer Überversorgung stellt die Krankenhausplanung in der Praxis vor große Herausforderungen. Stellt ein Krankenhausträger einen Antrag auf Aufnahme eines Krankenhauses, einer Abteilung oder auf die Aufnahme weiterer Betten in den Krankenhausplan eines Landes,²⁰³ hat die Planungsbehörde diesen Antrag zu prüfen. Hierzu müssen zunächst die Kriterien der Bedarfsgerechtigkeit, Leistungsfähigkeit und Kostengünstigkeit erfüllt sein (sog. Krankenhausanalyse). Ist dies der Fall und wird der zuvor festgelegte Bedarf noch nicht anderweitig gedeckt, ist das Krankenhaus in den Krankenhausplan aufzunehmen. Falls andere Krankenhäuser den Bedarf aktuell decken, ist eine Auswahlentscheidung zu treffen (§ 8 Abs. 2 Satz 2 KHG). Konsequenterweise müsste eine Ablehnung oder Herausnahme eines Krankenhauses aus dem Plan erfolgen, wenn die Aufnahmekriterien nicht (mehr) vorliegen oder die Auswahlentscheidung zu Ungunsten dieses Krankenhauses ausfällt. Mehrere Planungsbehörden berichten allerdings, dass dies in der Praxis schwierig umzusetzen sei. Insbesondere würden Adressaten von für sie nachteiligen Bescheiden häufig Klage einreichen. Da solche Klagen kosten- und zeitintensiv sein können, gäben die Planungsbehörden den Aufnahmeanträgen in der Regel statt und vermieden nach Möglichkeit sämtliche Entscheidungen, die einen Krankenhausträger benachteiligen. Zum einen besteht die Gefahr, dass Planungsbehörden die Berechnung des Bedarfs derart anpassen, dass eine Auswahlentscheidung nicht mehr erforderlich ist. Zum anderen könnten die Planungsbehörden auch ein starkes Interesse besitzen, mithilfe von Kooperationen zwischen Krankenhäusern nach einvernehmlichen Lö-

²⁰³ Der Einfachheit halber wird in diesem Abschnitt lediglich von der Aufnahme oder Herausnahme eines Krankenhauses gesprochen.

sungen zu suchen.²⁰⁴ Durch diese Vermeidung von planerischen Entscheidungen in Bezug auf die Ablehnung bzw. Herausnahme von Krankenhäusern aus dem Plan besteht das Risiko, dass Überkapazitäten geschaffen werden. Insofern Überkapazitäten planerisch begegnet werden sollen,²⁰⁵ ist es daher unerlässlich, dass die Landesbehörden ihre Entscheidungen in der Praxis auch faktisch durchsetzen können.

156. In diesem Kontext ist zu beachten, dass die Ablehnung eines Aufnahmeantrags bzw. die unfreiwillige Herausnahme aus dem Plan einen Eingriff in die Berufsfreiheit des privaten oder freigemeinnützigen Trägers (Art. 12 GG i. V. m. Art. 19 Abs. 3 GG) bzw. bei kommunalen Krankenhausträgern in das Recht der kommunalen Selbstverwaltung (Art. 28 Abs. 2 GG)²⁰⁶ darstellt. Der Grund dafür ist, dass es nicht (mehr) im Plan aufgenommenen Krankenhäusern in der Folge verwehrt bliebe, mit den Krankenkassen Leistungen abzurechnen. Außerdem hat der Krankenhausträger keinen Anspruch mehr auf die Investitionskostenfinanzierung durch das jeweilige Bundesland. Es sind deshalb erhöhte rechtliche Anforderungen an Ablehnungs- oder Herausnahmeentscheidungen zu stellen. Gleichwohl sind solche Entscheidungen nicht von vornherein ausgeschlossen. Stattdessen kann ein solcher Eingriff in die Berufsfreiheit gerechtfertigt sein. So urteilte das Bundesverfassungsgericht, dass die stationäre Versorgung einen unverzichtbaren Teil der Gesundheitsversorgung darstelle und deshalb als ein besonders wichtiges Gemeinschaftsgut angesehen werden könne.²⁰⁷ In der Praxis kann somit ausschlaggebend sein, dass die Planungsentscheidung den Zielen der Krankenhausplanung in Deutschland dient.

157. Demgegenüber dienen die Auswahlentscheidungen aber auch der Chancengleichheit für die antragstellenden Krankenhausträger.²⁰⁸ Nur wenn eine Entscheidung über den Antrag auf Aufnahme in den Krankenhausplan auch die bereits aufgenommenen Krankenhäuser umfasst, hat der Antragsteller eine reelle Chance auf einen Aufnahmebescheid.²⁰⁹ Dieses Vorgehen ist nicht zuletzt Voraussetzung dafür, dass es zu einem wirksamen Wettbewerb um Versorgungsangebote kommen kann und einzelne Krankenhäuser den zulässigen Versorgungsumfang nicht dauerhaft mittels sog. „Großvaterrechte“ blockieren. Die Möglichkeit, dass durch einen Markteintritt gegebenenfalls Bestandsinvestitionen abgeschrieben werden müssen, steht dem dann ökonomisch nicht mehr entgegen.²¹⁰ Auch die Rechtsprechung hat bestätigt, dass sich

²⁰⁴ Siehe dazu und insbesondere zu den negativen Implikationen auf den Wettbewerb Abschnitt 4.2.4.

²⁰⁵ Siehe dazu Abschnitt 4.2.2.4.

²⁰⁶ VG Chemnitz, 6 K 110/12, 6.12.2016, ECLI:DE:VGHEMN:2016:1206.6K110.12.0A; Friedrich, U. /Leber, G., in: Huster, S./Kaltenborn, M. (Hrsg.), Krankenhausrecht, 2. Aufl., München, 2017 S. 605 ff.; Bezugnahmen auf die Berufsfreiheit umfassen im Folgenden auch das Recht auf die kommunale Selbstverwaltung der kommunalen Träger.

²⁰⁷ BVerfG, 1 BvR 1190/93, 26. Juni 1997 (zit. nach Juris).

²⁰⁸ Siehe dazu auch Wissenschaftlicher Dienst des Bundestages, Die Herausnahme von Krankenhäusern, S. 29 f.

²⁰⁹ BVerfG, 1 BvR 88/00, 4. März 2004, BVerfGK 3, 39, Rn. 26.

²¹⁰ Bei den abzuschreibenden Bestandsinvestitionen handelt es sich in aller Regel um sog. „versunkene Kosten“. Diese haben ex post keinen Einfluss mehr darauf, ob der Markteintritt eines Dritten gesamtwirtschaftlich effizienter ist.

die Träger der Plankrankenhäuser nicht auf ihr Vertrauen in den Bestand des Krankenhausplans berufen können.²¹¹

158. Vor diesem verfassungsrechtlichen Hintergrund ist zu klären, wie die Handlungsoptionen der Krankenhausplanung zur Erfüllung ihrer Aufgaben effektiv gestaltet werden können. Von grundlegender Bedeutung ist insofern die gesetzliche Konkretisierung und Stärkung der behördlichen Aufgaben und der praktischen Durchsetzungsmöglichkeiten. Der Gesetzgebung steht ein großer Gestaltungsspielraum zu, wie die betroffenen Belange abzuwägen sind.²¹² Aufgrund des Grundsatzes der Gewaltenteilung ist die Entscheidung der Legislative nur begrenzt gerichtlich überprüfbar.²¹³ Im Folgenden soll deshalb erörtert werden, inwiefern gesetzliche Festlegungen der Durchsetzung der Krankenhausplanung in der Praxis dienen und gleichzeitig die Interessen der Krankenhausträger angemessen berücksichtigt werden können. Dies betrifft sowohl die Ablehnung eines Aufnahmeantrages als auch die Herausnahme eines Krankenhauses aus dem Krankenhausplan.

Mehr Rechtssicherheit für die Ablehnung eines Aufnahmeantrags erforderlich

159. Laut Aussagen der Planungsbehörden werden Ablehnungen von Aufnahmeanträgen besonders häufig gerichtlich angefochten. Dies betrifft – neben der Bedarfsbestimmung²¹⁴ – die weiteren Planungsschritte der Krankenhausanalyse und der Auswahlentscheidung. Die behördliche Einschätzung bezüglich der Krankenhausanalyse unterliegt der vollen gerichtlichen Kontrolle.²¹⁵ Die drei Kriterien Bedarfsgerechtigkeit, Leistungsfähigkeit und Kostengünstigkeit sind als unbestimmte Rechtsbegriffe im Lichte der gesetzlichen Zielsetzung auszulegen. Deshalb muss nachvollziehbar sein, dass die drei Kriterien von den Planungsbehörden in einer die gesetzlichen Ziele fördernden Weise definiert wurden. Wenn allerdings die Zielsetzung gerade im Bereich der quantitativen Bedarfsdeckung unpräzise ist, ist der Nachweis der Legitimität eines Verwaltungsaktes schwieriger. Dies könnte eine Ursache dafür sein, weshalb es den Planungsbehörden zufolge insbesondere in der Praxis kaum möglich sei, den Nachweis zu führen, dass ein Krankenhaus nicht bedarfsgerecht oder leistungsfähig.

160. Falls mehrere Krankenhäuser für die Deckung eines Bedarfs infrage kommen, hat die Planungsbehörde nach Vorstellung der Rechtsprechung das Krankenhaus auszuwählen, welches am besten den Planungszielen gerecht wird (§ 8 Abs. 2 Satz 2 KHG). Voraussetzung dafür, dass es überhaupt zu einer Auswahlentscheidung kommt, ist, dass das (potenzielle) Angebot größer als die Bedarfsobergrenze ist. Ansonsten wird – falls ein Krankenhaus die drei Aufnahmekriterien erfüllt – der Ablehnungsbescheid vor Gericht keinen Bestand haben.

²¹¹ BVerwG, 3 C 35/07, 25. September 2008, BVerwGE 132, 64-79, Rn. 21; OVG NRW, 13 A 733/15, 19. Oktober 2015, , openJur 2015, 19886, Rn. 36 ff.

²¹² Ständige Rechtsprechung; zuletzt BVerfG, 1 BvR 971/21, 1 BvR 1069/21, 19. November 2021, openJur 2021, 44356.

²¹³ Ebenda.

²¹⁴ Siehe dazu Abschnitt 4.2.2.

²¹⁵ BVerwG, 3 C 25/84, 25. Juli 1985, BVerwGE 72, 38, Rn. 60.

161. Für die Auswahlentscheidung selbst wird der Planungsbehörde ein gewisser Beurteilungsspielraum zugestanden.²¹⁶ Das bedeutet, dass nur eine eingeschränkte gerichtliche Kontrolle stattfindet. Es kann lediglich überprüft werden, ob von einem korrekten Sachverhalt ausgegangen wurde, ob die gesetzlichen Vorgaben eingehalten wurden und ob keine sachfremden Erwägungen Eingang in die Entscheidung gefunden haben.²¹⁷ Speziell im Hinblick auf die flächendeckende Versorgung wurden bisher beispielsweise das vorgehaltene Spektrum an Fachabteilungen,²¹⁸ die Fallzahlen²¹⁹ oder die regionale Erreichbarkeit als Auswahlkriterien gerichtlich anerkannt.²²⁰ Allerdings kommt es auf den konkreten Einzelfall an. Eine abstrakte Festlegung, dass beispielsweise größere Krankenhäuser immer vorrangig zu behandeln seien, ist nicht zulässig.²²¹ Es zeigt sich also, dass die Auswahlentscheidung der Verwirklichung der Planungsziele dienen muss. Kriterien, die dieses Erfordernis nicht reflektieren, sind nicht zulässig. Wenn die Planungsziele allerdings nur oberflächlich formuliert sind, könnte der Nachweis der Zulässigkeit eines Kriteriums erschwert sein.

162. Insgesamt zeigt sich, dass die Planungsbehörden dann größere Erfolgchancen vor Gericht haben, wenn aus dem ablehnenden Bescheid hervorgeht, dass er der Verwirklichung der Planungsziele dient. Wenn die Planungsziele allerdings nur vage formuliert wurden, ist es angesichts des weitreichenden Eingriffs in die Grundrechte der Krankenhausträger folgerichtig, dass die Gerichte einem ablehnenden Bescheid in der Tendenz kritisch gegenüberstehen. Dies führt dazu, dass die Durchsetzungsmöglichkeiten der Planungsbehörden faktisch stark eingeschränkt sind. Es ist daher empfehlenswert, die im Rahmen der Krankenhausplanung verfolgten Versorgungsziele konkret in den Landesgesetzen abzubilden. Insofern ist eine Festlegung unabdingbar, unter welchen Voraussetzungen eine flächendeckende Versorgung angenommen werden soll. Es ist also eine klare Definition des Bedarfs erforderlich. Dies betrifft sowohl die Definition einer Sicherstellungsgrenze als auch die Bestimmung einer Bedarfsobergrenze. Vornehmlich sollten Faktoren, wie die Ziele der geografischen Erreichbarkeit bestimmter Versorgungseinrichtungen oder eine gemäß dem Vorschlag der Monopolkommission zu definierende Bedarfsobergrenze Eingang in die landesgesetzlichen Regelungen finden.²²² Dadurch könnten die Behörden ihre Planungsaktivitäten zielgenauer ausrichten und durchsetzen. Insbesondere könnte vor Gericht beispielsweise leichter nachgewiesen werden, ob ein Krankenhaus bedarfsgerecht ist. Somit würde die Transparenz und Rechtssicherheit erhöht. Ferner ist zu empfehlen, dass in sämtliche Landesgesetze abstrakte Auswahlkriterien aufgenommen werden. Dies gilt insbesondere auch für qualitative Auswahlkriterien.²²³ Den Ländern stünde

²¹⁶ Ebenda, Rn. 67.

²¹⁷ Ebenda.

²¹⁸ VG Arnsberg, 11 K 1626/12, 2. Dezember 2014, openJur 2015, 1116.

²¹⁹ OVG NRW, 13 B 1712/10, 25. Januar 2011, openJur 2011, 76904.

²²⁰ OVG Lüneburg, 13 ME 170/13, 28. April 2014, openJur 2014, 9556; Aufzählung übernommen aus Würtenberger, T./Altschwager, M./Gerhard, T. in: Dettling, H.-U./Gerlach, A. (Hrsg.), Krankenhausrecht, 2. Aufl., München, 2018, § 6 KHG Rn. 30a.

²²¹ BVerfG, 1 BvR 88/00, 4. März 2004, NJW 2004, 1648.

²²² Siehe dazu im Detail Abschnitt 4.2.2.4.

²²³ Zur Bestimmung von geeigneten qualitativen Auswahlkriterien siehe Abschnitt 5.2.3.3.

es insofern frei, die Aufzählung nicht abschließend zu gestalten. Dies hätte den Vorteil einer flexibleren Handhabung durch die Planungsbehörden. In manchen Ländern sind solche Auswahlkriterien bereits gesetzlich festgehalten. So heißt es beispielsweise in § 12 Abs. 5 KHGG NRW:

Bei der Aufstellung des Krankenhausplans und seinen Einzelfestlegungen haben Krankenhäuser Vorrang, die eine zeitlich und inhaltlich umfassende Vorhaltung von Leistungen der Notfallversorgung sicherstellen. Zudem soll die – auch kommunale Gebietsgrenzen überschreitende – Zusammenarbeit der Krankenhäuser mit dem Ziel der Bildung und Sicherung von Behandlungsschwerpunkten im Einzugsbereich zu einer bevorzugten Berücksichtigung führen. Dies gilt auch für die Kooperation der Krankenhäuser mit der niedergelassenen Ärzteschaft, mit niedergelassenen approbierten Leistungserbringern im Bereich der Psychotherapie, mit den Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen sowie den übrigen an der Patientenversorgung beteiligten ambulanten und stationären Einrichtungen.

Eine Auflistung möglicher Auswahlkriterien hätte ebenfalls den Vorteil der erhöhten Transparenz und Rechtssicherheit.

Ausdrückliche Ermächtigungsgrundlage für Herausnahme erforderlich

163. Ein weiterer Faktor für das zögerliche Verhalten der Planungsbehörden könnte sein, dass für die Herausnahme eines Krankenhauses aus dem Krankenhausplan in kaum einem Bundesland eine ausdrückliche Ermächtigungsgrundlage vorhanden ist.²²⁴ Selbst die ausdrücklichen Landesregelungen sehen lediglich den Fall vor, dass die Gründe für die Aufnahme nicht mehr vorliegen. Die Situation, dass eine Auswahlentscheidung zum Nachteil eines Krankenhauses ergeht, ist hingegen nicht abgebildet. Insofern ist unklar, ob diese Konstellation ebenfalls von den Landesvorschriften erfasst wäre. In kaum einem Bundesland wurde zudem der Fall speziell geregelt, dass die Aufnahmekriterien bei oder nach der Aufnahme nicht vorlagen.²²⁵ Dies ist vor dem oben beschriebenen verfassungsrechtlichen Hintergrund kritisch zu sehen. Außerdem besteht für die Krankenhausträger und Behörden eine erhebliche Rechtsunsicherheit.

164. Zunächst ist der Fall zu beleuchten, dass die Aufnahmekriterien nach der Aufnahme nicht mehr erfüllt werden oder eine spätere Auswahlentscheidung zu Ungunsten eines bereits aufgenommenen Krankenhausträgers ausfällt (sog. Widerruf).²²⁶ Als Ermächtigungsgrundlage werden – abgesehen von den speziellen Landesregelungen – insbesondere § 8 Abs. 1 Satz 3 KHG und die landesgesetzliche Entsprechung des § 49 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 VwVfG (im Folgenden: LVwVfG) diskutiert. § 8 Abs. 1 Satz 3 KHG adres-

²²⁴ Ausnahmen z. B. in Art. 5 Abs. 2 Satz 3, 4 BayKrG; § 8 BremKrHG; § 7 Abs. 3 SächsKHG. Außerdem bestimmt § 8 Abs. 1b KHG, dass Plankrankenhäuser, die nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweisen, insoweit durch Aufhebung des Feststellungsbescheides ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herauszunehmen sind.

²²⁵ Ausnahmen zum Beispiel in § 8 BremKrHG, § 15b HmbKHG und § 7 Abs. 3 SächsKHG.

²²⁶ Im Gegensatz dazu betrifft die sog. Rücknahme den Fall, dass die Aufnahmekriterien bereits im Zeitpunkt der Aufnahme nicht vorgelegen haben. Siehe dazu sogleich Tz. 167.

siert allerdings nur die Nichtaufnahme in den Krankenhausplan, nicht aber die Herausnahme eines Plankrankenhauses. Eine analoge Anwendung des § 8 Abs. 1 Satz 3 KHG auf den Fall der Herausnahme ist hingegen gerade im Hinblick auf den Eingriff in die Berufsfreiheit der Krankenhausträger (Art. 12 GG) problematisch. Bei § 49 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 LVwVfG handelt es sich um eine allgemeinere Vorschrift, die bei fehlender spezialgesetzlicher Regelung grundsätzlich anwendbar ist. Allerdings hat § 49 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 LVwVfG zusätzliche Voraussetzungen. So bedürfte es zusätzlich einer Gefährdung eines öffentlichen Interesses. Zudem müsste die Landesbehörde eine Frist von einem Jahr ab Bekanntwerden der neuen Tatsachen einhalten.²²⁷ Wird § 49 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 LVwVfG als Ermächtigungsgrundlage herangezogen, könnte dem betroffenen Krankenhausträger außerdem möglicherweise eine Entschädigung zustehen.²²⁸ Die Wahl der Ermächtigungsgrundlage hat daher auch praktische Auswirkungen.

165. Insbesondere dürfte bei der Anwendung des § 49 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 LVwVfG das Merkmal der Gefährdung eines öffentlichen Interesses zu größerer Rechtsunsicherheit führen. Die Volksgesundheit, der Gesundheitsschutz und die Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung wurden bereits vom Bundesverfassungsgericht als überragend wichtige Gemeinschaftsgüter anerkannt.²²⁹ Dieses Interesse könnte gefährdet sein, wenn zu viele Plankrankenhäuser finanziert werden müssten. Allerdings ist nicht klar, ab wann eine tatsächliche „Gefährdung“ eines öffentlichen Interesses anzunehmen ist. Insofern könnte sich die zusätzliche Voraussetzung des § 49 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 LVwVfG als Hürde für einen Widerruf herausstellen. Es erscheint sinnvoller, wenn der Gesetzgeber selbst in einem speziellen Gesetz festlegt, unter welchen materiellrechtlichen Voraussetzungen er eine Aufhebung der Einstufung für sachgerecht hält. Darüber hinaus könnten Krankenhausträger im Falle eines Widerrufs einen Entschädigungsanspruch haben.²³⁰ Voraussetzung für eine Entschädigung wäre ein schutzwürdiges Vertrauen auf den Bestand des Aufnahmebescheids. Die Schutzwürdigkeit wäre allerdings in vielen Fällen wohl zu verneinen. Insbesondere müssen die Krankenhausträger damit rechnen, dass die Auswahlentscheidung im Rahmen der Prüfung eines Aufnahmeantrags durch einen anderen Krankenhausträger zu ihrem Nachteil ausfällt.²³¹ Deshalb können die Krankenhausträger nicht darauf vertrauen, dass die Aufnahme in den Krankenhausplan dauerhaft ist.

166. Da § 8 Abs. 1 Satz 3 KHG seinem derzeitigen Wortlaut nach nicht auf den Fall der Herausnahme anwendbar ist und § 49 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 LVwVfG zu Rechtsunsicherheit führen kann, empfiehlt die Monopolkommission – falls noch nicht vorhanden – eine Ergänzung des jeweiligen Landesrechts. Es würde sich insbesondere anbieten, gesetzlich eine Widerrufsmöglichkeit im Sinne von § 49 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 Var. 1 LVwVfG in den Landeskrankengesetzen vorzusehen. Dies würde der Rechtsposition der betroffenen Krankenhausträger angemessen

²²⁷ § 49 Abs. 2 Satz 2 i. V. m. § 48 Abs. 4 LVwVfG.

²²⁸ § 49 Abs. 6 LVwVfG.

²²⁹ BVerfG, 1 BvR 596/56, 11. Juni 1958, Apothekenurteil, BVerfGE 7, 377; BVerfG, 1 BvR 163/89, 15. März 1990, NJW 1990, 1668; BVerfG, 2 BvF 2/03, 13. September 2005, Apothekenrabatt, BVerfGE 114, 196; BVerfG, 1 BvR 1054/01, 28. März 2006, Sportwettenmonopol, BVerfGE 115, 276.

²³⁰ § 49 Abs. 6 i. V. m. § 48 Abs. 3 Satz 3-5 LVwVfG.

²³¹ BVerwG, 3 C 35/07, 25. September 2008, BVerwGE 132, 64, Rn. 21; OVG NRW, 13 A 733/15, 19. Oktober 2015, openJur 2015, 19886, Rn. 36 ff.

Rechnung tragen. Außerdem würde durch die erhöhte Rechtssicherheit die Durchsetzungsfähigkeit der Landesbehörden gestärkt. Darüber hinaus wäre ein Entschädigungsanspruch nach § 49 Abs. 6 LVwVfG explizit ausgeschlossen, weil dieser nicht auf die Widerrufsmöglichkeit nach § 49 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 LVwVfG anwendbar ist. In der Vorschrift sollten die möglichen Gründe für einen Widerruf aufgelistet sein. Dies ist für die Gewährleistung der Rechtssicherheit unabdingbar.

167. Neben dem soeben beschriebenen Fall des Widerrufs ist grundsätzlich auch eine sog. Rücknahme des Aufnahmebescheids denkbar. Diese betrifft den Fall, dass die Voraussetzungen für die Aufnahme zum Zeitpunkt des Erlasses nicht vorgelegen haben. Auch eine Rücknahme hätte zur Folge, dass das Krankenhaus aus dem Krankenhausplan wieder herausgenommen würde. Die Rücknahme ist ebenfalls nicht auf Bundesebene spezialgesetzlich geregelt. Auf Landesebene findet sich lediglich in manchen Bundesländern eine solche ausdrückliche Vorschrift. Beispiele finden sich hierfür in Sachsen, Bremen und Hamburg.²³² In Abwesenheit einer spezialgesetzlichen Ermächtigungsgrundlage käme deshalb – außerhalb dieser Bundesländer – die allgemeine Regel des § 48 LVwVfG in Betracht. Demnach kann ein rechtswidriger Verwaltungsakt grundsätzlich ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft oder die Vergangenheit zurückgenommen werden (Abs. 1). Allerdings stellt der Aufnahmebescheid einen begünstigenden Verwaltungsakt dar, weil die Krankenhausträger dadurch unter anderem einen Anspruch auf die Investitionskostenförderung der Länder erhalten. Hierbei handelt es sich um Geldleistungen, weshalb die weitergehenden Voraussetzungen des § 48 Abs. 2 LVwVfG für eine Rücknahme erfüllt sein müssen. Demnach darf eine Rücknahme nicht erfolgen, soweit der Begünstigte auf den Bestand des Verwaltungsaktes vertraut hat und sein Vertrauen unter Abwägung mit dem öffentlichen Interesse an einer Rücknahme schutzwürdig ist. Das Vertrauen ist in der Regel schutzwürdig, wenn der Begünstigte gewährte Leistungen verbraucht oder eine Vermögensdisposition getroffen hat, die er nicht mehr oder nur unter unzumutbaren Nachteilen rückgängig machen kann. Auf Vertrauen kann sich der Begünstigte nicht berufen, wenn er erstens den Verwaltungsakt durch arglistige Täuschung, Drohung oder Bestechung erwirkt hat; zweitens den Verwaltungsakt durch Angaben erwirkt hat, die in wesentlicher Beziehung unrichtig oder unvollständig waren; drittens die Rechtswidrigkeit des Verwaltungsaktes kannte oder infolge grober Fahrlässigkeit nicht kannte. In diesen drei Fällen wird der Bescheid im Grundsatz mit Wirkung für die Vergangenheit zurückgenommen.

168. Im Kontext der Krankenhausplanung sind auch hier mehrere Fragen offen. So müsste im Streitfall erörtert werden, inwiefern das öffentliche Interesse überwiegt, sodass das Vertrauen des begünstigten Krankenhausträgers nicht schutzwürdig ist. Da der Krankenhausträger die ihm zugewiesenen Mittel vermutlich zeitnah für den Betrieb des Krankenhauses einsetzt, könnte dieser Nachweis schwierig werden. Die Folge können langwierige Prozesse sein, die die Durchsetzungsfähigkeit der Planungsbehörden in der Praxis weiter einschränkt. Davon abgesehen erscheint die Berücksichtigung dessen, ob der Krankenhausträger beispielsweise vorsätzlich oder grob fahrlässig gehandelt hat, sinnvoll. Dies betrifft vor allem die Bestimmung,

²³² § 8 Abs. 1 BremKrhG, § 15b Abs. 1 HmbKHG und § 7 Abs. 3 Satz 1 SächsKHG.

dass die Rücknahme bei einem solchen Fehlverhalten auch mit Wirkung für die Vergangenheit erfolgen soll. Nur in diesen Fällen scheint es angemessen, dass der Krankenhausträger bereits erhaltene Geldleistungen wieder zurückzahlen muss.

169. Deshalb sollte – falls noch nicht vorhanden – in sämtliche Landesgesetze klarstellend aufgenommen werden, dass der Feststellungsbescheid zurückgenommen werden soll, wenn die Aufnahmekriterien zum Zeitpunkt des Erlasses nicht vorgelegen haben. Durch die klare Formulierung der Voraussetzungen werden die aufgeworfenen Unklarheiten beseitigt. Zudem würde deutlich, dass die für den Aufnahmeantrag eingereichten Konzepte auch wirklich zu realisieren sind. Falls eine Realisierung nicht stattfinden sollte, hätte die Planungsbehörde mit der rechtlichen Klarstellung ein effektives Mittel zur Verfügung, um reagieren zu können. Gleichzeitig sollten die Besonderheiten des Einzelfalls berücksichtigt werden können. Hierzu zählt insbesondere die Frage, ob der Krankenhausträger den rechtswidrigen Erlass des Aufnahmebescheids zu vertreten hat. Deshalb sollte die Entscheidung darüber, ob bereits ausgezahlte Gelder wieder zurückgezahlt werden müssen, an das (subjektive) Verhalten des Krankenhausträgers geknüpft werden.²³³

170. Eine solche landesrechtliche Vorschrift könnte somit lauten:

(1) Der Feststellungsbescheid über die Aufnahme in den Krankenhausplan soll zurückgenommen werden, wenn und soweit die Voraussetzungen für die Aufnahme nicht vorgelegen haben. Die Rücknahme erfolgt in der Regel mit Wirkung für die Vergangenheit, wenn 1. der Aufnahmebescheid durch arglistige Täuschung, Drohung oder Bestechung erwirkt wurde; 2. der Aufnahmebescheid durch Angaben erwirkt wurde, die in wesentlicher Beziehung unrichtig oder unvollständig waren; 3. der Antragsteller die Rechtswidrigkeit des Verwaltungsaktes kannte oder infolge grober Fahrlässigkeit nicht kannte. In sonstigen Fällen erfolgt die Rücknahme in der Regel mit Wirkung für die Zukunft.

(2) Der Feststellungsbescheid soll widerrufen werden, wenn 1. die Kriterien der Bedarfsgerechtigkeit, Leistungsfähigkeit oder Kostengünstigkeit nicht mehr erfüllt werden, oder 2. eine planerische Auswahlentscheidung zu Ungunsten des Krankenhausträgers ausfällt.

(3) Die Rücknahme oder der Widerruf der Aufnahme in den Krankenhausplan kann sich auf einzelne Fachbereiche oder Betten beziehen, wenn die Voraussetzungen für die Rücknahme bzw. den Widerruf nur insoweit erfüllt sind.

171. Durch die Formulierung „soll“ würde den Landesbehörden ein sog. gebundenes Ermessen ermöglicht. Das bedeutet, dass die Behörden nur in begründeten Ausnahmefällen vom vorgesehenen Normalfall – der Aufhebung des Feststellungsbescheids – abweichen dürften. Dies hat im konkreten Kontext zwei Funktionen. Zum einen ermöglicht dies den Behörden eine passgenaue Reaktionsmöglichkeit im Einzelfall. Zum anderen sollen durch die Begründungspflicht bei einer Abweichung lokalpolitische Einflüsse, die der Realisierung der krankenhauplanerischen Ziele entgegenstehen können, minimiert werden. Darüber hinaus ermög-

²³³ Für den Widerruf ergibt sich dies bereits aus § 49 Abs. 3 LVwVfG, der auch bei spezialgesetzlicher Regelung unmittelbar Anwendung findet.

licht die Option, einen Feststellungsbescheid nur teilweise zurückzunehmen, den Planungsbehörden angemessen auf eine konkrete Situation zu reagieren. Es könnte sein, dass ein Aufnahmebescheid ein vollständiges Krankenhaus betrifft, die Voraussetzungen für eine Rücknahme bzw. einen Widerruf aber beispielsweise nur für einen Fachbereich vorliegen. In diesem Fall kann es entsprechend des Gebots der Verhältnismäßigkeit erforderlich sein, die Aufhebung auf diese Teile des Aufnahmebescheids zu begrenzen.

172. Es spricht viel dafür, dass eine solche Klarstellung im Landesrecht auch der verfassungsrechtlichen Kompetenzordnung entspricht. Gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG darf vorrangig der Bund zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser Gesetze erlassen. In diesem Zusammenhang ist zwar zu berücksichtigen, dass die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser auch die Entscheidung umfasst, dass nicht sämtliche Krankenhäuser gefördert werden sollen. Stattdessen sollen nur diejenigen Krankenhäuser finanzielle Unterstützung erhalten, die den Zielen der Krankenhausplanung dienen.²³⁴ Damit in unmittelbarem Zusammenhang steht die Möglichkeit, Krankenhäusern eine Aufnahme in den Krankenhausplan zu verweigern oder sie gegebenenfalls wieder aus den Krankenhausplan herauszunehmen. Nur so kann eine gezielte Einsetzung der finanziellen Mittel sichergestellt werden. Es ist somit grundsätzlich denkbar, dass der Bund auch für die Ablehnung und Herausnahme eines Krankenhauses die Gesetzgebungskompetenz hat. Allerdings ist dieser Grundsatz gemäß Art. 72 Abs. 2 GG eingeschränkt. Demnach besteht die Bundeskompetenz nur, *„wenn und soweit die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet oder die Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse eine bundesgesetzliche Regelung erforderlich macht.“* Für die Annahme einer Gefährdung der Rechtseinheit aus Bundesperspektive ist es aber nicht ausreichend, dass verschiedene Regelungen auf Landesebene getroffen würden. Es müssen weitere Faktoren hinzukommen, die eine Rechtszersplitterung als nicht hinnehmbar erscheinen lassen.²³⁵ Es deutet einiges darauf hin, dass eine solche bedenkliche Rechtszersplitterung im vorliegenden Fall nicht auftreten dürfte. Insbesondere erfolgt die Ablehnung oder Herausnahme eines Krankenhauses aus dem Krankenhausplan auf lokaler Ebene. Weitere Faktoren, die eine einheitliche Regelung rechtfertigen würden, sind nicht erkennbar. Dies spricht eher dafür, dass keine Abweichung vom Grundsatz der Gesetzgebungskompetenz der Länder erforderlich ist.

4.2.4 Möglichkeiten und Grenzen der Koordination im Entscheidungsprozess

173. Um trotz der aktuell bestehenden Schwierigkeiten bei der Entscheidungsdurchsetzung handlungsfähig zu bleiben, setzen viele Planungsbehörden auf den Dialog mit den Krankenhausträgern. Um den Planungszielen gerecht zu werden, wirken viele Planungsbehörden in der Praxis auf Kooperationen zwischen den Krankenhausträgern hin. Zum Beispiel soll so erreicht werden, dass sich die Krankenhäuser auf verschiedene Fachgebiete spezialisieren. Zweck dessen könnte beispielsweise sein, dass die Behandlungsqualität gesteigert und/oder

²³⁴ Bundestag, Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) BT-Drs. 18/5372 vom 30. Juni 2015, S. 38 f.

²³⁵ Degenhart, C., in: Sachs, M. (Hrsg.), Grundgesetz, 8. Aufl. 2018, München, Art. 72 Rn. 16.

eine zielgenaue Einsetzung der finanziellen Mittel erreicht werden soll. Die Vermittlungs- und Überzeugungsarbeit der Planungsbehörden erfolgt vornehmlich im Rahmen der Planaufstellung und bei der Prüfung eines Antrags auf Aufnahme in den Krankenhausplan. Für die Entscheidungsfindung wird im jeweiligen Bundesland ein Planungsausschuss berufen, in dem die Beteiligten zusammenkommen. Wer konkret zu den Beteiligten zählt, wird durch Landesrecht bestimmt. Hierzu gehören beispielsweise die Krankenhausgesellschaften, die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen, die Landesärztekammer, der Marburger Bund, der jeweilige Landkreistag sowie der Gemeinde- und Städtebund des Bundeslandes und die Gewerkschaften. Der Grad der Mitwirkung variiert dabei von Bundesland zu Bundesland. Variierungen zeigen sich auch in den landesrechtlichen Ausgestaltungen des Entscheidungsprozesses. Zum Beispiel haben die unmittelbar Beteiligten²³⁶ in Schleswig-Holstein ein Veto-Recht. Wird dieses geltend gemacht, sind erneut Gespräche zu führen. Sollten die Bedenken nicht beseitigt werden können, kann die Behörde dennoch einen formalen Letztentscheid vornehmen (§ 6 Abs. 3 LKHG S-H). Auch in Nordrhein-Westfalen hat die Behörde nach geltendem Landesrecht ein Letztentscheidungsrecht (§ 15 Abs. 3 KHGG NRW). Hingegen ist beispielsweise in Bremen, Sachsen und Niedersachsen ein solches ausdrückliches Recht der Behörden nicht vorgesehen. Allerdings ergibt sich auch aus diesen Landesvorschriften implizit ein Letztentscheidungsrecht der Planungsbehörden. So heißt es beispielsweise in § 7 Abs. 1 BremKrhG und § 3 Abs. 3 NKHG, dass mit den unmittelbar Beteiligten ein Einvernehmen *anzustreben* sei. Daraus ergibt sich im Umkehrschluss, dass dennoch Entscheidungen gegen den Willen der unmittelbar Beteiligten möglich sind.

174. In vielerlei Hinsicht kann die Mitwirkung der verschiedenen Interessensgruppen sinnvoll sein. So werden durch ihre Beteiligung der Entscheidungsprozess transparenter und eine Erörterung der verschiedenen Standpunkte ermöglicht. Dabei liegt es nahe anzunehmen, dass die am Planungsverfahren beteiligten Krankenhausträger vor allem wirtschaftliche Interessen verfolgen. Ihre Einflussnahme dürfte sich daher in erster Linie auf die Ausweisung der für sie optimalen und gewinnbringenden Leistungsangebote im Krankenhausplan richten. Dies ist für sie besonders wichtig, da spätere Abweichungen von einem einmal festgeschriebenen Versorgungsauftrag für die Krankenhausträger nicht mehr ohne weiteres möglich sind. Diese von den Krankenhausträgern in den Entscheidungsprozess eingebrachten wirtschaftlichen Interessen können eine wettbewerbliche Wirkung entfalten und damit effizienzsteigernden Anreizen entsprechen.

175. In der Praxis werden im Rahmen dieses Entscheidungsprozesses regelmäßig Kooperationen zwischen Krankenhausträgern gefördert, um die flächendeckende stationäre Versorgung sicherzustellen. Grundsätzlich können Krankenhäuser durch Kooperationen oftmals Synergie- und Skaleneffekte erzielen, etwa durch die gemeinsame Beschaffung von Arzneimitteln oder medizintechnischen Geräten, die Nutzung von Laborräumlichkeiten oder in der Verwaltung

²³⁶ Mit den unmittelbar Beteiligten ist gem. § 7 Abs. 1 Satz 2 KHG eine einvernehmliche Regelung anzustreben. Davon zu unterscheiden sind die mittelbar Beteiligten, mit denen die Landesbehörden eng zusammenarbeiten sollen (§ 7 Abs. 1 HS 1 KHG). Die Zuordnung der Beteiligten zu einer dieser Gruppen variiert in den verschiedenen Bundesländern.

und Logistik.²³⁷ Neben diesen, der Kostensenkung dienenden, produktiven Effizienzen sind Kooperationen unverzichtbar, um eine hohe Versorgungsqualität z. B. in der Notfallversorgung zu gewährleisten. Insgesamt ist deshalb auch unbestritten, dass in vielen Fällen die Zusammenarbeit sinnvoll ist, um bestimmte Verbesserungen in der Versorgung erreichen zu können. Allerdings sind Kooperationen aufgrund ihres inhärent wettbewerbsbegrenzenden Charakters dennoch nicht immer und unbeschränkt von gesellschaftlichem Vorteil, sondern bedürfen einer Bewertung jedes Einzelfalls.

176. Manche Planungsbehörden berichten allerdings in den Gesprächen mit der Monopolkommission, dass sie faktisch keine Entscheidungen gegen den Willen der Beteiligten treffen könnten. Um überhaupt Veränderungen bewirken zu können, seien deshalb beispielsweise Vereinbarungen zwischen den Krankenhausträgern zur Aufteilung von Fachabteilungen erforderlich. Häufig könnten nur auf diesem Wege Kompromisse erreicht werden. Grund für diese Situation seien insbesondere Schwierigkeiten bei der Entscheidungsdurchsetzung.²³⁸ Ist eine Landesbehörde auf das Einvernehmen der Beteiligten faktisch angewiesen, kann die Durchsetzung der eigentlichen Planungsziele erschwert sein. Außerdem kann es sehr lange dauern, bis das Einvernehmen hergestellt und somit eine Entscheidung getroffen werden kann.²³⁹

177. Die Einbindung der beteiligten Krankenhausträger darf jedoch nicht dazu führen, dass wettbewerbsbeschränkende Absprachen getroffen werden. Insbesondere Vereinbarungen über die Zuteilung von bestimmten Abteilungen oder Betten können in diesem Zusammenhang problematisch sein. Eine Einbindung der Landeskartellbehörden, um die Vereinbarkeit mit dem Kartellrecht zu erörtern, findet allerdings kaum statt. Ein konkretes Beispiel für eine Kooperation, die weit über das gesellschaftlich zielführende Maß hinausgeht, ereignete sich in Flensburg.²⁴⁰ Dort teilten zwei Krankenhausträger unter anderem auf Vorschlag der Landesbehörde die Fachgebiete und die entsprechenden Betten untereinander auf. Zudem fand ein weitreichender Informationsaustausch statt. Dieser betraf unter anderem die umfassenden Datensätze zu sämtlichen stationären Behandlungsfällen. Darüber hinaus wurden vertraglich Sanktionszahlungen vereinbart, falls eine Patientin oder ein Patient entgegen den Vereinbarungen dem „falschen“ Krankenhaus zugeordnet wurde.²⁴¹ Diese Art der Kooperation zeigt deutlich den Charakter strategischer Marktabsprachen einschließlich einem vereinbarten Sanktionsmechanismus. Durch diese Art der Marktaufteilung werden in erster Linie Auswahlalternativen der Patientinnen und Patienten reduziert und daraus entstehende Qualitätsanreize untergraben.

178. Tatsächlich können Absprachen und Kooperationen bereits ohne derart klare Signale nicht nur aus ökonomischer, sondern auch aus rechtlicher Sicht problematisch sein. Sie führen

²³⁷ Streckel, S., in: Bechtold, S./Jickeli, J./Rohe, M. (Hrsg.), *Recht, Ordnung und Wettbewerb – Festschrift zum 70. Geburtstag von Wernhard Möschel*, Baden-Baden 2011, S. 663-674, 664 f.

²³⁸ Zu den Herausforderungen in der Entscheidungsdurchsetzung, siehe Abschnitt 4.2.4.

²³⁹ Schriftliche Anmerkung einer Planungsbehörde gegenüber der Monopolkommission.

²⁴⁰ Vgl. BKartA, B3-33/20, 30. Juli 2020, Rn. 64 ff.

²⁴¹ BKartA, Vermerk vom 25. Februar 2019 zu den Sachen B 3 - 71/18 und B 3 - 1/17-80. Die Kooperationen wurden nach Hinweis des BKartA weitgehend eingestellt.

dann nicht nur zu einem Rechtsverstoß durch die beteiligten Krankenhausträger, sondern auch zu einem rechtswidrigen Handeln der Bundesländer. Insofern ist festzustellen, dass in diesen Fällen heute nur selten ein hinreichendes Bewusstsein für die Relevanz des geltenden Kartellrechts vorliegt. Im Folgenden wird deshalb analysiert, wie der Planungsprozess gestaltet werden kann, damit er der Realisierung der gesellschaftlichen Ziele dient und nicht gegen geltendes Recht verstößt. Dafür wird zunächst die Relevanz des Kartellrechts für Kooperationen zwischen Krankenhausträgern erörtert. Im Anschluss erfolgt eine unionsrechtliche Einordnung der Rolle der Planungsbehörden im Kontext dieser Kooperationen. Abschließend spricht die Monopolkommission Empfehlungen aus.

4.2.4.1 Absprachen zwischen Krankenhausträgern sind kartellrechtlich relevant

179. Falls Krankenhausträger kartellrechtswidrige Absprachen treffen, hat dies weitreichende Folgen. Gemäß Art. 101 Abs. 2 AEUV bzw. § 1 GWB i. V. m. § 134 BGB sind Verträge bzw. Vertragsteile, die unter das Kartellverbot fallen, nichtig. Darüber hinaus kann die zuständige Kartellbehörde unter anderem die Parteien verpflichten, die Zuwiderhandlung abzustellen (Art. 7 Abs. 1 VO 1/2003)²⁴² bzw. § 32 Abs. 1 GWB) und bei einer ernststen Gefahr einer Schädigung des Wettbewerbs einstweilige Maßnahmen anordnen (Art. 8 VO 1/2003 bzw. § 32a GWB). Zusätzlich können die Kartellbehörden Geldbußen (Art. 23 VO 1/2003 bzw. § 81 GWB) verhängen.

180. Voraussetzung für einen Verstoß gegen das Kartellrecht ist zunächst, dass die Krankenhäuser Unternehmen im Sinne des Kartellrechts sind (Art. 101 Abs. 1 AEUV bzw. § 1 GWB). Dies ist anzunehmen, weil sie eine wirtschaftliche Tätigkeit ausüben, also auf einem Markt agieren.²⁴³ Während ein Preiswettbewerb auf dem Krankenhausmarkt nur sehr begrenzt stattfinden kann, ist der Qualitätswettbewerb durchaus von Relevanz.²⁴⁴ Im Übrigen besteht die Anwendbarkeit des Kartellrechts unabhängig von der Art der Krankenhausträgerschaft. Eine fehlende Gewinnerzielungsabsicht allein – wie es bei den öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhausträgern der Fall ist – ist ebenfalls unbeachtlich.²⁴⁵ Stattdessen kommt es darauf an, dass diese Krankenhausträger im Wettbewerb mit den privaten Krankenhausträgern stehen, welche durchaus einen Erwerbszweck verfolgen.²⁴⁶

181. Auch das Urteil des EuGH *AOK Bundesverband u.a.* bietet keine Grundlage dafür, von einer Nichtanwendbarkeit des Kartellrechts auf die Krankenhausmärkte auszugehen. Das Urteil betraf das System der Krankenkassen und ist nicht auf die Krankenhausträger übertragbar. In *AOK Bundesverband u.a.* führte der EuGH aus, dass das Kartellrecht nicht auf die Festset-

²⁴² Verordnung (EG) Nr. 1/2003 des Rates zur Durchführung der in den Artikeln 81 und 82 des Vertrags niedergelegten Wettbewerbsregeln vom 16. Dezember 2002, Abl. L 1 vom 4. Januar 2003, 1.

²⁴³ Sog. Funktionaler Unternehmensbegriff, vgl. EuGH, C-41/90, 23. April 1991, Höfner und Elser, ECLI:EU:C:1991:161, Rz. 21; EuGH, C-222/04, 10. Januar 2006, Cassa di Risparmio di Firenze, ECLI:EU:C:2006:8, Rz. 108.

²⁴⁴ Siehe ausführlich Abschnitt 5.1.

²⁴⁵ EuGH, C 113/07, 26. März 2009, P – SELEX, ECLI:EU:C:2009:191, Rz. 116; EuGH, C-237/04, 23. März 2006, Enirisorse, ECLI:EU:C:2006:197, Rz. 34.

²⁴⁶ EuGH, C-1/12, 28. Februar 2013, Ordem dos Técnicos Oficiais de Contas / Autoridade da Concorrência, ECLI:EU:C:2013:127, Rn. 57.

zung von Festbeträgen für Medikamente durch die Krankenkassen anwendbar sei.²⁴⁷ Der Grund dafür sei, dass die Krankenkassen untereinander einen Kosten- und Risikoausgleich vornehmen können und deshalb nicht in Konkurrenz miteinander stehen könnten.²⁴⁸ Außerdem entspräche die Festsetzung der Festbeträge für Medikamente lediglich der gesetzlichen Pflicht aus § 35 SGB V, solche Absprachen zu treffen.²⁴⁹ Beide Aspekte treffen auf die Situation der Krankenhausträger nicht zu. Zum einen stehen sie im Wettbewerb um die Patientinnen und Patienten, ohne dass es Ausgleichsmechanismen gäbe. Zum anderen werden den Krankenhausträgern in den meisten Bundesländern das Treffen von Absprachen nicht gesetzlich vorgeschrieben. Eine solche Pflicht ergibt sich auch nicht aus den Landesvorschriften über Kooperationen zwischen Krankenhäusern. Häufig sind die dort verwendeten Formulierungen ohnehin nicht zwingend ausgestaltet. Zum Beispiel sollen Kooperationen gemäß § 2 Abs. 2 BremKHG lediglich erleichtert werden. Selbst zwingende landesrechtliche Formulierungen²⁵⁰ können das (bundesrechtliche) Kartellrecht – und insbesondere §§ 1, 2 GWB – nicht überlagern. Dies ergibt sich aus dem Grundsatz „Bundesrecht bricht Landesrecht“ (Art. 31 GG). Im Übrigen hat § 69 SGB V keinen Einfluss auf die Anwendbarkeit des GWB, weil sich dieser lediglich auf das Verhältnis zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen bezieht.²⁵¹

182. Der Kontext der behördlichen Planungsentscheidung führt ebenfalls nicht dazu, dass die Unternehmenseigenschaft der Krankenhausträger zu verneinen ist. Nur bei der Ausübung einer hoheitlichen Aufgabe wäre der Sachverhalt anders zu beurteilen.²⁵² Die Beteiligung der Krankenhausträger am Prozess der Krankenhausplanung stellt indes keinen Hoheitsakt dar. Obwohl einvernehmliche Regelungen mit den unmittelbar Beteiligten anzustreben sind (§ 7 Abs. 1 Satz 2 KHG), wird die finale Planungsentscheidung von den Krankenhausbehörden getroffen. Dieses Prinzip wird auch darin deutlich, dass allein die Länder die hoheitliche Gewährleistungsverantwortung haben. Diese erfüllen sie, indem sie den Krankenhausträgern einen spezifischen Versorgungsauftrag erteilen.

183. Eine weitere Voraussetzung für einen Verstoß gegen das Kartellverbot ist, dass eine Wettbewerbsbeschränkung bezweckt oder bewirkt wird.²⁵³ Kooperationen, die positive Effekte haben, können im Übrigen vom Kartellverbot ausgenommen sein (Art. 101 Abs. 3 AEUV bzw. § 2 GWB). Demnach ist das Kartellverbot nicht anwendbar, wenn eine Vereinbarung unter angemessener Beteiligung der Verbraucher an dem entstehenden Gewinn zur Verbesserung der Warenerzeugung oder -verteilung oder zur Förderung des technischen oder wirt-

²⁴⁷ EuGH, C-264/01, 16. März 2004, AOK Bundesverband u. a., ECLI:EU:C:2004:150.

²⁴⁸ Ebenda, Rn. 53 ff.

²⁴⁹ Ebenda, Rn. 61 ff.

²⁵⁰ Z. B. § 6 Abs. 1 LKHG Baden-Württemberg, wonach die Zusammenarbeit im Krankenhausplan festgelegt werden kann.

²⁵¹ Siehe ausführlich zur Überlagerung des Wettbewerbsrechts durch konkurrierende Normen im Gesundheitssektor: Monopolkommission, XVII. Hauptgutachten, Weniger Staat, mehr Wettbewerb, Baden-Baden, 2008, Tz. 530 ff.

²⁵² Vgl. dazu EuGH, C-35/99, 19. Februar 2002, Arduino, ECLI:EU:C:2002:97.

²⁵³ Zur Unterscheidung zwischen Bezwecken und Bewirken, siehe Zimmer, D. in: Immenga, U./Mestmäcker, E.J. Wettbewerbsrecht, Bd. 1: Europäisches Kartellrecht, 6. Aufl., München 2019, Art. 101 Abs. 1 AEUV Rn. 128 ff.

schaftlichen Fortschritts beiträgt, solange die auferlegten Beschränkungen für die Verwirklichung dieser Ziele unerlässlich sind und keine Möglichkeit einer Ausschaltung des Wettbewerbs besteht. Die Anforderungen an die Erfüllung der Voraussetzungen sind aufgrund des Ausnahmecharakters der Norm streng. Zudem liegt die Beweislast bei den Unternehmen (hier bei den Krankenhausträgern).²⁵⁴

184. Falls das Unionskartellrecht auf einen konkreten Fall anwendbar ist,²⁵⁵ gibt es gemäß Art. 106 Abs. 2 Satz 1 AEUV eine weitere Ausnahmemöglichkeit. Diese kommt in Fällen zum Tragen, in denen die Anwendung des Wettbewerbsrechts die Durchführung öffentlicher Aufgaben verhindern würde. Krankenhausleistungen werden in diesem Sinne allgemein als sog. Dienstleistung von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse (sog. DAWI) eingeordnet.²⁵⁶ Allerdings bräuchte es zusätzlich einen Betrauungsakt, also die Verpflichtung eines Unternehmens durch den Staat, die DAWI zu erbringen.²⁵⁷ Bei den meisten (insbesondere freigemeinnützigen und privaten) Krankenhausträgern wird die Anwendung des Art. 106 Abs. 2 AEUV schon daran scheitern. Darüber hinaus müsste die zweite Voraussetzung des Art. 106 Abs. 2 Satz 1 AEUV erfüllt sein, also die Anwendung des Unionskartellrechts (Art. 101 AEUV) die besondere Aufgabe der Krankenhausversorgung rechtlich oder tatsächlich einschränken. Selbst wenn ein Betrauungsakt vorliegen sollte, ist zweifelhaft, ob eine solche Einschränkung grundsätzlich vorliegt. Nach der Rechtsprechung des EuGH ist dies dann der Fall, wenn die Erfüllung der Aufgabe erheblich gefährdet ist.²⁵⁸ Da es sich bei Art. 106 Abs. 2 AEUV um eine Ausnahmeregelung handelt, sind hieran hohe Anforderungen zu stellen. Es genügt deshalb nicht, dass die Aufgabenerfüllung lediglich erschwert würde.²⁵⁹ Zudem müsste die Ausnahme vom Kartellverbot geeignet, erforderlich und angemessen sein.²⁶⁰ Hierbei ist festzustellen, dass der Wettbewerb selbst den gesellschaftlichen Versorgungszielen zuträglich ist und daher eine Beschränkung, die ebenfalls im Sinne dieser Ziele erfolgt, nicht deshalb pauschal als angemessen gelten kann. Es ist deshalb nur in absoluten Ausnahmefällen davon auszugehen, dass eine Konkurrenzsituation die Krankenhausversorgung gefährdet. Zudem ist festzuhalten, dass sich die DAWI mit dem von der Krankenhausbehörde erteilten Versorgungsauftrag decken muss. Die allgemeine Gewährleistungsverantwortung obliegt hingegen den Ländern. Deshalb können von der Ausnahme des Art. 106 Abs. 2 AEUV lediglich Absprachen erfasst sein, die der Erfüllung des spezifischen Versorgungsauftrags dienen. Absprachen, die eine Verteilung der Krankenhausbetten oder -abteilungen betreffen, fallen grundsätzlich nicht darunter. Dies ist

²⁵⁴ Art. 2 der VO 1/2003, a. a. O.

²⁵⁵ Siehe hierzu unten Tz. 187 ff.

²⁵⁶ Insbesondere wurde in einigen Landesgesetzen deklariert, dass es sich bei der Versorgung mit Krankenhausleistungen um eine öffentliche Aufgabe, bzw. um eine DAWI handele: § 1 Abs. 1 Satz 3 KHG Ba-Wü, § 1 Abs. 2 LKHG M-V, § 3 Satz 1 BremKrHG, § 3 Abs. 1 HKHG, § 2 Abs. 1 LKG R-P, § 3 Abs. 1 SKHG, § 1 Abs. 3 SächsKHG, § 2 ThürKHG.

²⁵⁷ Gundel, J. in: Münchener Kommentar zum Wettbewerbsrecht, Bd. 1: Europäisches Wettbewerbsrecht, 3. Aufl., München 2020, Art. 106 AEUV Rn. 83 ff.

²⁵⁸ Kapp in: Jaeger, W./Kokott, J./Pohlmann, P./Schroeder, D. (Hrsg.), Frankfurter Kommentar zum Kartellrecht, 98. Lieferung 12.2021, Köln, Art. 106 AEUV Rn. 132.

²⁵⁹ Ebenda, Art. 106 AEUV Rn. 126.

²⁶⁰ Ebenda, Art. 106 AEUV Rn. 125.

darin begründet, dass die Verteilung Aufgabe der Landesbehörden ist. Zudem geht es bei solchen Absprachen um die Aufnahme in den Krankenhausplan, sodass die Erteilung und nicht die Erfüllung der DAWI betroffen ist.

4.2.4.2 Verstoß der Landesbehörden gegen das sog. Loyalitätsgebot möglich

185. Falls die Gestaltung des Planungsprozesses dazu führt, dass kartellrechtswidrige Absprachen erleichtert oder die Krankenhausträger zu solchen Kooperationen sogar ermutigt werden, ist darüber hinaus ein Rechtsverstoß durch die Landesbehörden denkbar. Laut der ständigen Rechtsprechung des EuGH liegt ein Verstoß gegen das Loyalitätsgebot (Art. 4 Abs.3 EUV i. V. m. Art. 101 AEUV) vor, „wenn ein Mitgliedstaat gegen Art. 101 AEUV verstoßende Kartellabsprachen vorschreibt oder erleichtert oder die Auswirkungen solcher Absprachen verstärkt oder wenn er seiner eigenen Regelung dadurch ihren staatlichen Charakter nimmt, dass er die Verantwortung für in die Wirtschaft eingreifende Entscheidungen privaten Wirtschaftsteilnehmern überträgt.“²⁶¹ Weitere Voraussetzung ist zudem, dass tatsächlich ein Verstoß der Krankenhäuser gegen Art. 101 AEUV vorliegt und die staatliche Maßnahme damit im Zusammenhang steht.²⁶²

186. Mit Blick auf die Konstellation der Krankenhausplanung könnten Parallelen zum EuGH-Fall *Asjes* gezogen werden.²⁶³ Dort waren Fluggesellschaften in Frankreich gesetzlich verpflichtet, ihre Tarife bei einer Behörde genehmigen zu lassen. Im Vorfeld dieser Genehmigung duldeten und förderte die Behörde, dass die Unternehmen ihre Tarife absprachen. Der EuGH urteilte, dass der Mitgliedstaat gegen Art. 4 Abs. 3 EUV i. V. m. Art. 101 AEUV verstößt, wenn er diese abgesprochenen Flugtarife genehmigt und damit Verstöße der Fluggesellschaften gegen das Kartellverbot verstärkt. In einem ebenfalls Preisvereinbarungen betreffenden Fall urteilte der EuGH sogar, dass die „Luftverkehrsbehörden alles zu unterlassen haben, was als Ermutigung der Luftfahrtunternehmen zum Abschluss von gegen [Art. 101 AEUV] verstoßenden Tarifvereinbarungen angesehen werden könnte.“²⁶⁴

187. Grundlegende Voraussetzung für einen Verstoß gegen das Loyalitätsgebot ist allerdings, dass das europäische Kartellrecht anwendbar ist. Dafür muss die Vereinbarung dazu geeignet sein, den Handel zwischen den Mitgliedstaaten zu beeinträchtigen (Art. 101 Abs. 1 AEUV). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Rechtsprechung ein weites Verständnis dieser Zwischenstaatlichkeitsklausel etabliert hat.²⁶⁵ Zudem ist ein Nachweis tatsächlicher Auswirkungen

²⁶¹ EuGH, C-184/13 u.a., 4. September 2014, *API u.a.*, ECLI:EU:C:2014:2147, Rz. 29; ausführlich Monopolkommission, VIII. Hauptgutachten, Wettbewerbspolitik vor neuen Herausforderungen, Baden-Baden 1990, Tz. 1103 ff.

²⁶² EuGH, C-221/15, 21. September 2016, *Établissements Fr. Colruyt*, ECLI:EU:C:2016:704, Rz. 40 ff.; ausführlich zur Akzessorietätsthese: Wagner, F., Die Verantwortlichkeit des Staates für Wettbewerbsbeschränkungen durch Gesetz in föderalen Systemen, WuW 2003, S. 454, 458.

²⁶³ EuGH, C-209/84 u. a., 30. April 1986, – *Asjes u. a.*, ECLI:EU:C:1986:188, Rn. 70 ff.; GA Lenz, C. O., Schlussanträge vom 24. September 1985, C-209/84 u. a., *Asjes u. a.*, ECLI:EU:C:1985:360, S. 1446 ff.

²⁶⁴ EuGH, 66/86, 11. April 1989, *Flugtarifstruktur*, ECLI:EU:C:1989:140 Rn. 48 f.

²⁶⁵ EuGH, 56/65, 30. Juni 1996, *Société Technique Minière / Maschinenbau Ulm GmbH*, ECLI:EU:C:1966:38.

auf den zwischenstaatlichen Handel nicht erforderlich.²⁶⁶ Dennoch muss zumindest theoretisch die Möglichkeit bestehen, dass der zwischenstaatliche Handel beeinträchtigt wird. Insofern sind die Art der Dienstleistung, der Zuschnitt der beteiligten Unternehmen sowie mögliche natürliche Handelsschranken in der Prüfung zu berücksichtigen.²⁶⁷ Im Falle der Krankenhausmärkte könnte der Handel beispielsweise die Behandlung von Patientinnen und Patienten oder die Beschaffung von medizinischen Geräten jeweils aus dem europäischen Ausland betreffen. In einem Beihilfefall hat der Bundesgerichtshof (BGH) bezüglich der Prüfung einer Beeinträchtigung des zwischenstaatlichen Handels auf die Anwendungspraxis der Europäischen Kommission hingewiesen. Demnach sollen der Prüfung der Ströme der Patientinnen und Patienten verschiedene Aspekte zugrunde gelegt werden.²⁶⁸ So soll es vornehmlich darauf ankommen, welchen Spezialisierungsgrad das Krankenhaus im betreffenden Leistungsbereich aufweist. Je höher dieser sei, desto eher sei anzunehmen, dass Patientinnen und Patienten weitere Wege aus dem (europäischen) Ausland auf sich nehmen. Handele es sich hingegen um eine Behandlung, die der Grundversorgung zuzuordnen sei, sei tendenziell davon auszugehen, dass sich das Angebot an die lokale Bevölkerung richte. Im diesem Fall seien weitere Aspekte, wie die Behandlungssprache und das nationale Krankenversicherungssystem, stärker zu gewichten. Allein die Entfernung eines Krankenhauses zur Landesgrenze kann somit nicht ausschlaggebend sein. Im Sinne einer einheitlichen Rechtsordnung ist anzunehmen, dass diese Kriterien für die Prüfung der Zwischenstaatlichkeitsklausel des Art. 101 Abs. 1 AEUV ebenfalls sachdienlich sind. Allerdings wäre es für den BGH im Fall *Kreiskliniken Calw* angezeigt gewesen, die Frage zur Anwendbarkeit des Unionsrechts dem EuGH vorzulegen. Dies wäre im Sinne des Gebots der Rechtssicherheit erforderlich gewesen.

188. Darüber hinaus ist die Auffassung der Europäischen Kommission kritisch zu sehen. So konnte zu Beginn der vorherigen Textziffer herausgearbeitet werden, dass die Hürden für die Anwendbarkeit des Unionskartellrechts allgemein eher niedrig sind. Es erscheint daher verwunderlich, dass die Europäische Kommission im Bereich des Krankenhaussektors vergleichsweise strenge Voraussetzungen annimmt. Insbesondere scheinen Kapitalverkehrsströme bislang außer Betracht zu bleiben. Dies ist inkonsistent mit der allgemeinen Praxis in anderen Sektoren.

189. Insbesondere wenn der Ansicht der Kommission gefolgt wird, werden in vielen Fällen lediglich lokale Effekte der Vereinbarungen anzunehmen sein. Anderes könnte aber dann gelten, wenn mehrere Krankenhausträger auf der Ebene eines Bundeslandes Absprachen über die Bettenverteilung für das gesamte Gebiet treffen. Beispielsweise erarbeiten gemäß § 14 KHGG NRW die Krankenhausträger und die Verbände der Krankenkassen sog. regionale Planungskonzepte. Diese beinhalten unter anderem Vereinbarungen über die Gestaltung der

²⁶⁶ Zimmer, D. in: Immenga, U./Mestmäcker, E.J., Wettbewerbsrecht, Bd. 1: Europäisches Kartellrecht, a. a. O., Art. 101 Abs. 1 AEUV Rn. 180.

²⁶⁷ Bekanntmachung der Kommission – Leitlinien über den Begriff der Beeinträchtigung des zwischenstaatlichen Handels in den Artikeln 81 und 82 des Vertrags vom 27. April 2004, ABl. C 101, 81.

²⁶⁸ BGH, I ZR 263/14, 24. März 2016, *Kreiskliniken Calw*, ECLI:DE:BGH:2016:240316UIZR263.14.0, Rz. 98 ff.

Angebotsstrukturen. Da mehrere lokale Märkte gebündelt von diesen Absprachen betroffen wären,²⁶⁹ könnte in diesen Fällen eine sog. Abschottungswirkung eintreten.²⁷⁰

190. Außerdem muss die Beeinträchtigung des zwischenstaatlichen Handels *spürbar* sein.²⁷¹ Mit diesem Merkmal sollen bloße Bagatellfälle ausgeschlossen werden. Die Europäische Kommission hat insofern in ihren Leitlinien verschiedene Kriterien festgelegt, wann in der Regel keine spürbare Beeinträchtigung anzunehmen ist.²⁷² So ist die Frage zu stellen, ob die Vereinbarung ihrem Wesen nach den grenzüberschreitenden Handel betrifft. Zudem sind die Marktanteile der beteiligten Unternehmen im betroffenen Markt sowie deren Umsatz mit dem relevanten Produkt bzw. der relevanten Dienstleistung zu berücksichtigen. All das ist im wirtschaftlichen und rechtlichen Kontext der Vereinbarung zu betrachten. Laut der Kommission ist im Falle einer Abschottungswirkung erforderlich, dass ein *bedeutender Teil* des mitgliedstaatlichen Gebietes abgeschottet wird.²⁷³ In diesem Falle werde der Handel spürbar beeinträchtigt, „wenn der betreffende Umsatz einen erheblichen Anteil am Gesamtumsatz der fraglichen Ware innerhalb des betreffenden Mitgliedstaats ausmacht“.²⁷⁴ Aus der Rechtsprechung des EuGH geht bisher nicht hervor, wie groß ein abgeschottetes Gebiet in der Bundesrepublik sein müsste, um als *bedeutend* zu gelten. Es könnte aber ein Anhaltspunkt sein, dass er in *Ambulanz Glöckner* bereits Rheinland-Pfalz als wesentlichen Teil des Binnenmarktes i. S. v. Art. 102 Abs. 1 AEUV eingeordnet hat.²⁷⁵ Deshalb spricht viel dafür, dass ein Bundesland erst recht einen bedeutenden Teil des mitgliedstaatlichen Gebietes darstellt.

191. Zusätzlich muss die Vereinbarung oder abgestimmte Verhaltensweise eine *spürbare Wettbewerbsbeschränkung* bezwecken oder bewirken. Die De-minimis-Bekanntmachung der Europäischen Kommission²⁷⁶ stellt insofern klar, dass es an der Spürbarkeit fehlt, wenn die beteiligten Unternehmen zusammen einen Marktanteil haben, der kleiner als 10 Prozent ist (Rn. 8 lit. a). Bei einem kumulativen Marktabschottungseffekt muss der Marktanteil sogar kleiner als 5 Prozent sein (Rn. 10). Ein kumulativer Abschottungseffekt wird allerdings in der Regel abgelehnt, wenn weniger als 30 Prozent des relevanten Marktes durch die in Frage stehenden Kooperationen abgedeckt werden (Rn. 10). Die Schwellenwerte der De-minimis-Bekanntmachung gelten indes nur, wenn die Wettbewerbsbeschränkung nicht bezweckt ist

²⁶⁹ Zur sog. Bündelungswirkung s. EuGH, C-234/89, 28. Februar 1991, Delimitis, ECLI:EU:C:1991:91, Rz. 14 ff.

²⁷⁰ Bekanntmachung der Kommission – Leitlinien über den Begriff der Beeinträchtigung des zwischenstaatlichen Handels in den Artikeln 81 und 82 des Vertrages, a. a. O., Rz. 89.

²⁷¹ Zum Merkmal der Spürbarkeit, s. EuGH, 13. Dezember 2012, Rs. C-226/11, Expedia.

²⁷² Bekanntmachung der Kommission – Leitlinien über den Begriff der Beeinträchtigung des zwischenstaatlichen Handels in den Artikeln 81 und 82 des Vertrags, a. a. O., Rz. 50 ff.

²⁷³ Ebenda, Rz. 89.

²⁷⁴ Ebenda, Rz. 90 ff.

²⁷⁵ EuGH, C-475/99, 25. Oktober 2001, Ambulanz Glöckner, ECLI:EU:C:2001:577, Rz. 38.

²⁷⁶ Mitteilung der Kommission – Bekanntmachung über Vereinbarungen von geringer Bedeutung, die im Sinne des Artikels 101 Absatz 1 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union den Wettbewerb nicht spürbar beschränken (De-minimis-Bekanntmachung) vom 30. August 2014, Abl. C 291, 1.

(Rn. 13).²⁷⁷ Ob diese Schwellenwerte von den beteiligten Krankenhausträgern überschritten werden, hängt vom Einzelfall ab. Eine Überschreitung ist jedoch durchaus denkbar.

192. Insgesamt zeigt sich, dass der Verstoß einer Landesbehörde (bzw. aus Unions Sicht der Bundesrepublik Deutschland) gegen das Loyalitätsgebot durchaus möglich erscheint. Auch aus diesem Grunde sollten die Planungsbehörden sich der kartellrechtlichen Dimension ihres Handelns bewusst sein. Insofern könnte eine enge Zusammenarbeit mit den Landeskartellbehörden angezeigt sein, um Verstöße gegen das Kartellrecht und/oder das unionsrechtliche Loyalitätsgebot zu unterbinden.

4.2.4.3 Entscheidungsprozesse transparenter gestalten

193. Es zeigt sich, dass in der Praxis regelmäßig weder von den Krankenhausträgern noch von den Planungsbehörden die Relevanz des Kartellrechts erkannt wird. Deshalb sollten die Entscheidungsprozesse in der Krankenhausplanung transparenter ausgestaltet werden. Um die Erreichung der Ziele des § 1 KHG nicht zu gefährden, ist es unabdingbar, dass kritische Kooperationen unterbunden werden. Die Monopolkommission empfiehlt daher der Bundesregierung, im Rahmen der im Koalitionsvertrag vorgesehenen Gespräche mit den Bundesländern über die stationäre Versorgung²⁷⁸ auf eine Ergänzung der Landesgesetze hinzuwirken. Konkret sollte vorgeschrieben werden, dass Sitzungsprotokolle der Krankenhausplanungsausschüsse zur Überprüfung bei der zuständigen Landeskartellbehörde vorzulegen sind. Dadurch würde der Informationsfluss zwischen den beiden Behörden gewährleistet. Möglicherweise wird hierfür eine Aufstockung des Personals in den Landeskartellbehörden erforderlich. Die Verpflichtung der Planungsbehörde zur Vorlegung sollte im jeweiligen Landesgesetz verankert werden, um die Durchführung zu gewährleisten. Eine entsprechende Ergänzung könnte lauten:

Über die Sitzungen des Krankenhausplanungsausschusses sind Protokolle anzufertigen. Diese sind der Landeskartellbehörde unverzüglich zur kartellrechtlichen Überprüfung vorzulegen.

194. Darüber hinaus sollten die Krankenhausträger verpflichtet werden, jedem Antrag auf Aufnahme in den Krankenhausplan oder in das Investitionsprogramm eine kartellrechtliche Unbedenklichkeitserklärung beizufügen. Darin sollen die Krankenhausträger bestätigen, dass dem Aufnahmeantrag keine kartellrechtswidrige Handlung zugrunde liegt. Dadurch würden die Krankenhausträger verpflichtet, selbst zu prüfen, ob insbesondere Kooperationen mit anderen Trägern im Einklang mit dem Kartellrecht stehen. Eine ähnliche Regelung findet sich bereits in § 12a Abs. 1 Satz 4 KHG, wonach die finanzielle Förderung durch den Bund zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen teilweise an die wettbewerbsrechtliche Unbedenklichkeit des Projekts geknüpft ist. Parallel dazu würde nach dem Vorschlag der Monopolkommissi-

²⁷⁷ Für die Definition des relevanten Marktes speziell im Kontext von Wettbewerb zwischen Krankenhäusern, siehe BKartA, Sektoruntersuchung Krankenhäuser, a. a. O.

²⁷⁸ Mehr Fortschritt wagen: Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit, Koalitionsvertrag 2021-2025 zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP, 2021, S. 66.

on auch die generelle finanzielle Förderung mit den Anforderungen des Kartellrechts verknüpft werden. Die kartellrechtliche Unbedenklichkeit könnte als Aufnahmevoraussetzung festgelegt werden. Falls sich herausstellen sollte, dass die Erklärung nicht der Wahrheit entspricht, würde dem betroffenen Krankenhausträger eine Rücknahme des Aufnahmebescheids drohen.²⁷⁹ Den Planungsbehörden ist in diesem Zusammenhang zu empfehlen, den Austausch mit den Landeskartellrechtsbehörden zu suchen. Eine gesetzliche Verankerung der Verpflichtung zur Unbedenklichkeitserklärung sollte in § 8 KHG erfolgen, weil dort die Voraussetzungen der Förderung geregelt sind. Ein neu einzufügender § 8 Abs. 2a KHG könnte lauten:

Dem Antrag auf Aufnahme in den Krankenhausplan oder in das Investitionsprogramm ist eine Unbedenklichkeitserklärung beizufügen. Darin ist zu erklären, dass dem Aufnahmeantrag ausschließlich wettbewerbsrechtlich zulässige Handlungen zugrunde liegen.

195. Unabhängig davon sollte nach Ansicht der Monopolkommission in den Landeskrankengesetzen explizit klargestellt werden, dass das Letztentscheidungsrecht bei den Planungsbehörden liegt. Nach dem Eindruck der Monopolkommission ist es zumindest in manchen Bundesländern ohne explizite gesetzliche Ausgestaltung so, dass die Planungsbehörden faktisch keine Entscheidung ohne das Einvernehmen der Beteiligten treffen. Um diesem Phänomen zu begegnen, ist die Stärkung der behördlichen Eingriffsrechte sicherlich das maßgebliche Mittel.²⁸⁰ Eine explizite Aufnahme des behördlichen Letztentscheidungsrechts könnte dieses Anliegen unterstreichen. Dies würde auch der ursprünglichen Intention der Bundesgesetzgebung entsprechen.²⁸¹ Als Beispiel könnte insofern § 6 Abs. 3 LKHG S-H dienen: „Ist mit den unmittelbar Beteiligten kein Einvernehmen zu erzielen, entscheidet das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium grundsätzlich nach erneuter Abstimmung, es sei denn eine Entscheidung nach einmaliger Abstimmung ist für die Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung dringend erforderlich.“ Dadurch würde sowohl die Berücksichtigung der Standpunkte der Beteiligten sichergestellt als auch die Rolle der Planungsbehörden als Entscheidungsinstitution betont.

4.3 Bedeutung von Finanzierungsinstrumenten für die stationäre Versorgungssicherheit

196. Die Gewährleistung von flächendeckenden und zugleich finanziell tragfähigen Krankenhausstrukturen ist für die Versorgung der Bevölkerung von essenzieller Bedeutung. Neben der aktiven Planung und Festlegung von Leistungsmengen durch die Krankenhausplanungen stellt die Finanzierung von Krankenhausleistungen ein weiteres wichtiges Instrument zur Steuerung der Leistungsmenge dar. Gegenwärtig erfolgt die Vergütung von Krankenhausleistungen in der Regel und zu einem überwiegenden Anteil durch die Krankenversicherungen. Der größte Anteil der Finanzierung erfolgt durch einheitliche Fallpauschalen. Der wichtigste Anteil der Ver-

²⁷⁹ Siehe zum Institut der Rücknahme Abschnitt 4.2.3.2.

²⁸⁰ Siehe Abschnitt 4.2.3.

²⁸¹ Bundesregierung, Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz), BT-Drs. 9/570 vom 22. Dezember 1981, S. 24.

gütung knüpft damit an die Behandlung von einzelnen Fällen an. Ergänzt wird diese Form der Finanzierung durch eine Reihe von verschiedenen Finanzierungsmitteln, die der flächendeckenden Versorgung gezielter Rechnung tragen sollen. Generell kann dabei grundsätzlich zwischen regelgebundenen und diskretionären Finanzierungsinstrumenten unterschieden werden. Ein diskretionäres Finanzierungsinstrument meint eine einzelfallbezogene Mittelvergabe, die sich an den Erfordernissen und Gegebenheiten eines jeweiligen Krankenhauses orientiert. Dies ermöglicht im Vergleich zu regelgebundenen Finanzierungsinstrumenten eine größere Flexibilität und zielgerichtete Finanzierung im Einzelfall.

197. Zu den überwiegend regelgebundenen Instrumenten gehört die in § 9 KHG verankerte Investitionskostenförderung der Bundesländer. Im Rahmen der Investitionskostenförderung tragen die Länder sämtliche Investitionskosten der Krankenhäuser, die z. B. für die Errichtung von Häusern einschließlich der Erstausrüstung oder die Anschaffung von notwendigen Anlagegütern anfallen. Darüber hinaus kennt die Krankenhausfinanzierung weitere Finanzierungsmittel wie den Sicherstellungszuschlag für bedarfsnotwendige Krankenhäuser oder die Zu- und Abschläge für die Notfallversorgung. Zudem gibt es einen staatlich geleistete Defizitausgleich, der eher zu den diskretionären Finanzierungsinstrumenten zählt.

198. Die Monopolkommission geht im Folgenden auf die Investitionskostenförderung, die Sicherstellungszuschläge sowie den Defizitausgleich (Abschnitt 4.3.1) näher ein und untersucht, inwieweit diese Finanzierungsinstrumente in der Praxis einen geeigneten Beitrag zur Herstellung einer finanziell tragfähigen, flächendeckenden Versorgung sowie zur Durchsetzung der von den Ländern gesetzten Versorgungsziele leisten können. Im Ergebnis spricht sie sich für eine Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung und die Einführung eines Vorhaltezuschlages (Abschnitt 4.3.2) aus.

4.3.1 Analyse bestehender Finanzierungsmechanismen

4.3.1.1 Investitionskostenförderung bei Plankrankenhäusern unzureichend

199. Ein besonderer gesetzlicher Auftrag zur Gestaltung und Steuerung der Krankenhausstrukturen in Deutschland wird den Bundesländern neben der Erstellung von Krankenhausplänen gegenwärtig vor allem im Rahmen der Investitionskostenförderung zugeordnet. § 6 Abs. 1 KHG verpflichtet die Bundesländer, eine stationäre Versorgung der gesamten Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu gewährleisten und für die dafür erforderliche wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser zu sorgen. Hierzu müssen die Bundesländer die Investitionskosten der Krankenhäuser als Kostenträger finanzieren.²⁸² Die Krankenhäuser haben dabei einen gesetzlichen Anspruch auf staatliche Investitionskostenförderung, soweit und solange sie in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind.²⁸³ Die Fördermittel sind nach den Maßgaben des KHG und des jeweiligen Landesrechts so zu bemessen, dass sie die förde-

²⁸² §§ 4, 8 f. KHG.

²⁸³ § 8 Abs. 1 KHG.

rungsfähigen und nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen notwendigen Investitionen der Krankenhäuser decken.²⁸⁴

200. Im Rahmen der Investitionskostenförderung besitzen die Länder nach § 19 Abs. 1 Satz 6 KHG die Möglichkeit, zwischen dem klassischen Modell der Förderung und den später eingefügten Investitionsfallpauschalen zu wählen. Im bis heute überwiegend gewählten klassischen Ansatz kann grundsätzlich zwischen einer Einzelförderung und einer Pauschalförderung unterschieden werden. Die Einzelförderung richtet sich nach § 9 Abs. 1 und 2 KHG und umfasst insbesondere Fördermittel für mittel- und langfristige Investitionsgüter. Dies sind beispielsweise Mittel für die Errichtung von Krankenhäusern einschließlich der für den Krankenhausbetrieb erforderlichen Erstausrüstung oder Mittel für die Beschaffung von notwendigen Anlagegütern. Bei der Pauschalförderung gemäß § 9 Abs. 3 KHG fördern die Länder die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter und kleine bauliche Maßnahmen mit einem jährlichen Pauschalbetrag. Die Krankenhäuser können mit den pauschalen Fördermitteln im Rahmen der Zweckbindung frei wirtschaften.²⁸⁵

201. Das KHG bietet hinsichtlich der Einzel- und Pauschalförderung einen sehr weitgefassten Rechtsrahmen. Die konkrete Ausgestaltung obliegt gemäß § 11 KHG den Bundesländern. Dies hat unter anderem zur Folge, dass die Bundesländer teils sehr unterschiedliche Fördermechanismen und Investitionsprogramme nutzen. So sind etwa einzelne Länder wie Bremen oder Nordrhein-Westfalen dazu übergegangen, Einzelförderungen für langfristige Investitionsmaßnahmen zu pauschalisieren. Nordrhein-Westfalen weist hierzu etwa jährlich einen konkreten Förderschwerpunkt aus, wobei im Jahr 2021 die Stärkung der geburtshilflichen Versorgung und der Versorgung von Kindern und Jugendlichen gefördert wurde.²⁸⁶ Darüber hinaus ist die jährliche Pauschalförderung in den einzelnen Ländern äußerst unterschiedlich ausgestaltet. Typischerweise orientiert sich die Pauschalförderung an den Strukturmerkmalen eines Krankenhauses, wie der Anzahl von Planbetten, Fachabteilungen oder der Leistungsmenge. Rheinland-Pfalz sieht beispielsweise unter anderem eine pauschale Förderung in Abhängigkeit der Versorgungsstufe eines Krankenhauses und der Anzahl von Standorten vor. Demnach erhält ein Krankenhaus der Grundversorgung mit bis zu 250 Planbetten und mindestens zwei Standorten in verschiedenen Gemeinden EUR 90.000. Demgegenüber fördert Niedersachsen die Investitionskosten neben einer behandlungskostenabhängigen Pauschale pro Fall unter anderem auch mit EUR 2.150 für jedes vollstationäre und mit EUR 1.000 für jedes teilstationäre Planbett, wobei mit steigender Krankenhausgröße oder der Vorhaltung von Betten in bestimmten Fachabteilungen zusätzliche Fördermittel ausgeschüttet werden.²⁸⁷ Generell basieren die landesspezifischen Fördermechanismen typischerweise auf einer Kombination aus Einzel- und Pauschalförderungen. In den vergangenen Jahren verteilten sich die Gesamtför-

²⁸⁴ § 9 Abs. 5 KHG.

²⁸⁵ § 9 Abs. 3 KHG.

²⁸⁶ Siehe des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS), Einzelförderung gemäß § 21a Krankenhausgestaltungsgesetz NRW – FAQ, https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/einzelfoerderung_2021_faq.pdf, Abruf am 15. November 2021.

²⁸⁷ Einen Überblick über die länderspezifischen Verordnungen zur Pauschalförderung nach § 9 Abs. 3 KHG liefert etwa DKG, Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2020, S. 98 ff.

dermittel im Durchschnitt ungefähr hälftig auf die Pauschal- und Einzelförderung.²⁸⁸ Es lassen sich zwischen den einzelnen Ländern jedoch deutliche Unterschiede hinsichtlich der Verteilung feststellen. So betrug der Anteil der Pauschalförderung im Jahr 2019 in Hamburg rund 28 Prozent, während er sich in Sachsen-Anhalt auf rund 90 Prozent der gewährten Gesamtfördermittel belief.²⁸⁹

202. Darüber hinaus wurde mit dem im März 2009 verabschiedeten Krankenhausfinanzierungsreformgesetz gemäß § 10 KHG die Möglichkeit eingeführt, die Pauschal- und Einzelförderung ganz oder teilweise durch eine Förderung mittels leistungsorientierter Investitionsfallpauschalen zu ersetzen. Demnach sollen Krankenhäuser für jede stationär behandelte und nach einer bestimmten Fallgruppe abgerechnete Person eine fallspezifische Investitionsförderung erhalten. Die Investitionsfallpauschalen werden dabei anhand von Bewertungsrelationen berechnet. Zu diesem Zweck wurde das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, dem auch die Berechnung der DRG-Fallpauschalen obliegt, beauftragt, bundeseinheitliche Investitionsbewertungsrelationen zu ermitteln. Diese Bewertungsrelationen sollen die mittleren Investitionskosten pro Fall und damit auch den unterschiedlichen Investitionsbedarf der jeweiligen Fallgruppen widerspiegeln.²⁹⁰ Durch die Investitionsfallpauschalen wird der Umfang der Investitionskostenförderung unmittelbar mit dem Leistungsgeschehen im Krankenhaus verknüpft. Das Ziel ist es, für eine leistungsorientierte Steuerung der Fördermittel zu sorgen. Die grundsätzliche Entscheidung, ob und wann ein Bundesland das neue System der Investitionsfallpauschalen einführt, obliegt dem jeweiligen Land. Im Falle einer Einführung bleibt es den Ländern zudem überlassen, zu welchem Anteil sie ihre Mittel über die fallspezifische Investitionsförderung ausschütten und wie viel Mittel sie auf dem Weg der bisher geltenden Einzel- und Pauschalförderung verteilen wollen. In der Praxis ist die Einführungsrate der Länder vergleichsweise gering. Bisher kommt die fallspezifische Investitionskostenfinanzierung lediglich in drei Bundesländern – Berlin, Brandenburg und Hessen – zum Einsatz.²⁹¹

203. Insgesamt stellten die Bundesländer im Jahr 2019 rund EUR 3,17 Mrd. zur Investitionskostenförderung nach § 9 KHG bereit.²⁹² Dabei stagniert die Förderung seit Jahren auf einem gleichbleibenden Niveau. Im Vergleich dazu stiegen die bereinigten Betriebskosten der Krankenhäuser erheblich an (vgl. Abbildung 4.2), sodass die Investitionskostenfördermittelquote²⁹³ bereits seit Anfang der 1990er Jahre stark rückläufig ist. Im Jahr 2019 lag sie bei rund 3,2 Prozent. Hierbei lassen sich zwischen den einzelnen Ländern deutliche Unterschiede feststellen. In Sachsen-Anhalt lag sie im Jahr 2019 beispielsweise bei 1,7 Prozent und in Schleswig-Holstein bei 4,3 Prozent. Dementsprechend variierte auch der Umfang der insgesamt gewähr-

²⁸⁸ Davon ausgenommen sind die Länder Berlin, Brandenburg und Hessen, die leistungsorientierte Investitionsfallpauschalen eingeführt haben, siehe Tz. 202.

²⁸⁹ DKG, Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2020, S. 96.

²⁹⁰ Das InEK legt seit 2013 daher für jedes Kalenderjahr einen neuen Katalog mit Investitionsbewertungsrelationen vor.

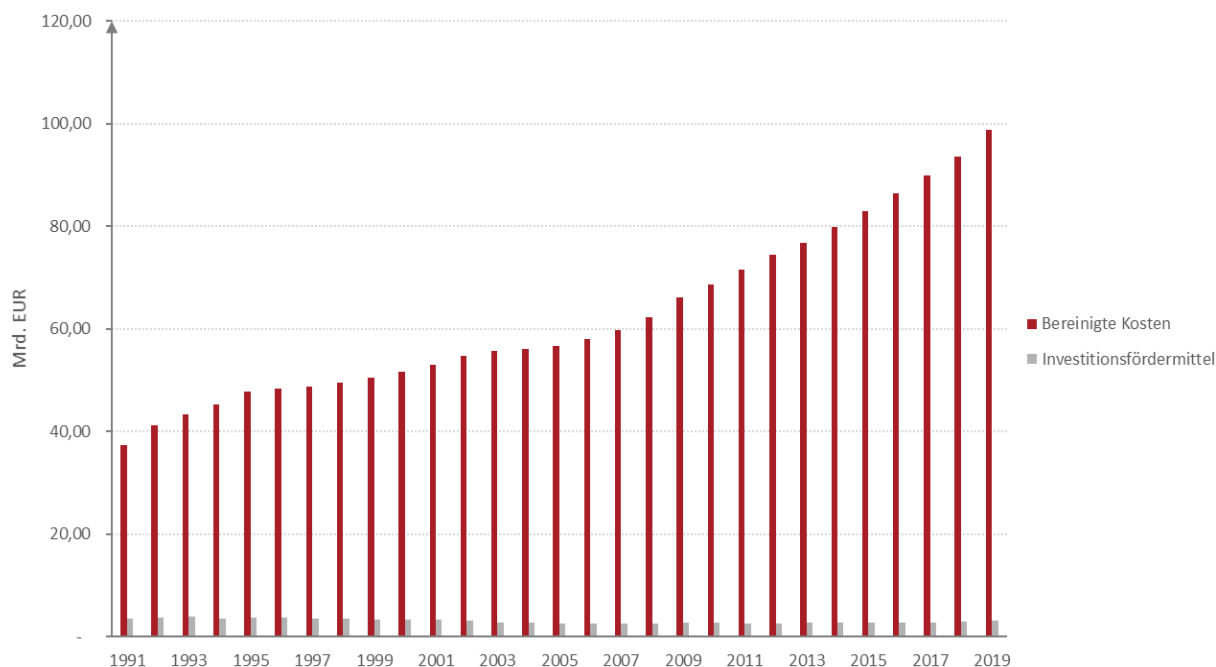
²⁹¹ DKG, Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2020, S. 87.

²⁹² Ebenda S. 119.

²⁹³ Die Investitionskostenfördermittelquote entspricht dem prozentualen Anteil der Investitionskostenförderung der Länder an den bereinigten Betriebskosten der Krankenhäuser.

ten KHG-Fördermittel je aufgestelltem Bett merklich.²⁹⁴ Die Unterschiede zwischen den Bundesländern können unter anderem darauf zurückgeführt werden, dass sich der Finanzierungsumfang auch nach der Haushaltslage der jeweiligen Länder richtet.²⁹⁵

Abbildung 4.2: Bereinigte Betriebskosten der Krankenhäuser und Investitionsfördermittel der Bundesländer



Anmerkung: Veränderungen der bereinigten Betriebskosten der Krankenhäuser und der Investitionsfördermittel der Bundesländer im Zeitraum von 1991 bis 2019. Die bereinigten Betriebskosten umfassen die Gesamtkosten eines Krankenhauses (Personal- und Sachkosten, Zinsen und ähnlichen Aufwendungen sowie Steuern und Kosten der Ausbildungsstätten) minus Abzüge, vgl. Statistisches Bundesamt.

Quellen: Eigene Darstellung und Berechnung auf Grundlage des Statistischen Bundesamtes und der Deutschen Krankenhausgesellschaft

204. In Bezug auf eine der Kernaufgaben der Länder, eine flächendeckende Versorgung mit stationären Leistungen sicherzustellen, stellt sich die Frage, inwieweit die gegenwärtige Investitionskostenförderung in der Praxis dazu beitragen kann. Dazu wäre zu klären, ob sie als Finanzierungsinstrument geeignet ist, konkret gewünschte Versorgungsziele der Länder finanziell abzusichern und eine flächendeckende Versorgung zu gewährleisten. Hieran dürften aufgrund der tatsächlichen Ausgestaltung der Förderung jedoch Zweifel bestehen.

205. Ein erster Einwand betrifft den geringen Umfang, mit dem die Länder heute Investitionsmittel an Krankenhäuser verteilen. Nach Auffassung vieler Fachleute im Gesundheitswesen kommen die Bundesländer derzeit ihrer gesetzlich festgeschriebenen Finanzierungsverpflichtung nicht nach. Viele Krankenhäuser weisen seit Jahren darauf hin, dass die Förderung unzu-

²⁹⁴ Eigene Berechnung auf Datengrundlage des Statistischen Bundesamtes und der Deutschen Krankenhausgesellschaft.

²⁹⁵ BRH, Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO über die Prüfung der Krankenhausfinanzierung durch die gesetzliche Krankenversicherung, Potsdam, September 2020, S. 23 f.

reichend sei, um damit die Investitionen beispielsweise für Neubauten oder notwendige medizinische Geräte decken zu können.²⁹⁶ Dies legen auch diverse Schätzungen nahe. So beziffern etwa Augurzky u. a., die im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit im Jahr 2017 ein Gutachten zur Investitionskostenförderung der Länder erstellt haben, den Bedarf für bestandserhaltene Investitionen auf jährlich rund EUR 5,4 Mrd. Für die Bestimmung des Investitionsbedarfs wurden Bilanzdaten sowie Gewinn- und Verlustrechnungen der Krankenhäuser herangezogen.²⁹⁷ Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt der GKV-Spitzenverband gemeinsam mit dem Verband der Privaten Krankenversicherungen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Ihnen zufolge liege der Investitionsbedarf bei bundesweit mehr als EUR 6 Mrd. pro Jahr. Das Ergebnis bestätige eine anhaltende Unterfinanzierung notwendiger Investitionen von Krankenhäusern, die durch eine Förderlücke in Höhe von mehr als EUR 3 Mrd. pro Jahr zum Ausdruck komme.²⁹⁸

206. Die Förderlücke führt zu dem, dass Krankenhäuser anderweitige Finanzierungsquellen erschließen oder zusätzliche Gewinne erwirtschaften müssen, um ihre Investitionen decken zu können. Typischerweise schließen Krankenhäuser ihre Investitionslücken durch Eigenmittel. Erhebungen des Bundesrechnungshofes zufolge beträgt der Anteil der aus Eigenmitteln finanzierten Investitionen bis zu 90 Prozent.²⁹⁹ Im Ergebnis führt dies zudem zu einer Verschiebung der Investitionskosten in die laufenden Betriebskosten. So sehen sich die Krankenhäuser nach eigenen Angaben zunehmend dazu veranlasst, ihre Finanzierungslücken zu schließen, indem sie Investitionen aus – von den Krankenversicherungen getragenen – Mitteln der Betriebskosten und der Abrechnung möglichst vieler Fälle finanzieren. Die Folge ist, dass Krankenhäuser ihre Fallmengen regelmäßig künstlich ausweiten, d. h. mehr Leistungen anbieten als medizinisch erforderlich, und die dadurch zusätzlich generierten Erlöse zur Deckung ihrer Investitionskosten nutzen.³⁰⁰ Eine Studie des RWI zeigt dabei einen starken Zusammenhang zu den Basisfallwerten auf. Der Studie zufolge gehen höhere Fördermittel der Länder mit grundsätzlich niedrigeren durchschnittlichen Basisfallwerten einher.³⁰¹ Dies ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass Krankenhäuser als Folge unzureichender Investitionsmittel in den Budgetverhandlungen höhere Basisfallwerte fordern.

207. In diesem Zusammenhang bemängeln viele Krankenhäuser häufig eine fehlende Sicherheit sowohl in Bezug auf die Finanzierung als auch auf die Planung ihrer Investitionsvorha-

²⁹⁶ GKV-Spitzenverband/ Verband der Privaten Krankenversicherungen/ DKG, Auswertung bestätigt anhaltende Unterfinanzierung der notwendigen Investitionen der Krankenhäuser im Umfang von über 3 Milliarden Euro, Pressemitteilung, 6. Juli 2021; Angaben von Marktteilnehmern gegenüber der Monopolkommission.

²⁹⁷ Augurzky, B. u. a., Stand und Weiterentwicklung der Investitionskostenförderung im Krankenhausbereich, Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, RWI Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.), Essen, 6. Dezember 2017.

²⁹⁸ GKV-Spitzenverband/Verband der Privaten Krankenversicherungen/DKG, Auswertung bestätigt anhaltende Unterfinanzierung der notwendigen Investitionen der Krankenhäuser im Umfang von über 3 Milliarden Euro, a. a. O.

²⁹⁹ BRH, Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO über die Prüfung der Krankenhausfinanzierung durch die gesetzliche Krankenversicherung, a. a. O., S. 25.

³⁰⁰ Angaben von Marktteilnehmern gegenüber der Monopolkommission.

³⁰¹ Augurzky, B./Schmitz, H., Wissenschaftliche Untersuchung zu den Ursachen unterschiedlicher Basisfallwerte der Länder als Grundlage der Krankenhausfinanzierung, RWI Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.), Essen, 2013, S. 8.

ben.³⁰² Problematisch kann sich eine zu geringe Investitionskostenförderung vor allem für Krankenhäuser im ländlichen Raum mit einer geringen Nachfrage oder für Krankenhäuser, die wirtschaftlich weniger attraktive Leistungen anbieten, auswirken. Es kann nicht sichergestellt werden, dass diese Häuser ihre Investitionsvorhaben durch höhere Fallzahlen oder zusätzlich erwirtschaftete Eigenmittel finanzieren können. Gleichwohl sind Investitionen für Krankenhäuser zwingend erforderlich, um funktions- und wettbewerbsfähig zu sein und eine qualitativ hochwertige Versorgung der Bevölkerung anbieten zu können.

208. Darüber hinaus fehlen der gegenwärtig dominierenden Form der Investitionskostenförderung inhaltlich flexible Einflussparameter, mittels derer die Länder gezielt und gegebenenfalls punktuell die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung unterstützen können. Am ehesten ist dies noch mit der Einzelförderung möglich. Demgegenüber schwächt die zunehmend pauschale Investitionskostenförderung die Einflussmöglichkeiten der Länder auf die Steuerung von Investitionsmitteln und damit auf die Krankenhausstrukturen. Pauschalfördermittel stärken zwar die Handlungsautonomie der Krankenhäuser und bauen bürokratische Hürden ab, weil Krankenhäuser im Rahmen der Zweckbindung damit frei wirtschaften können. Durch die regelgebundene Förderung verlieren die zuständigen Landesbehörden jedoch zugleich ihren Spielraum, die im Rahmen der Krankenhausplanung als notwendig angesehenen Investitionsbedarfe oder Anschaffungen bestimmter medizinischer Geräte gezielt bei einzelnen Häusern zu fördern. Die Steuerung von Investitionsmitteln und die Realisierung konkret gewünschter Versorgungsstrukturen, die sich im Wettbewerb nicht einstellen würden, ist dadurch nahezu ausgeschlossen.

209. Zudem kann von der Pauschalförderung sogar eine Verzerrungswirkung ausgehen, welche die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung schwieriger macht. Eine Pauschalförderung, die regelmäßig anhand von Strukturmerkmalen wie der Bettenanzahl oder Leistungsmenge vergeben wird, läuft Gefahr, zu einer systematischen Benachteiligung strukturschwacher Häuser zu führen.³⁰³ Demnach erhalten Krankenhäuser mit zunehmender Größe oder Anzahl vorgehaltener Fachabteilungen regelmäßig auch höhere Investitionsmittel von den Ländern bereitgestellt. Im Vergleich erhalten insbesondere kleine Krankenhäuser im ländlichen Raum sehr geringe Fördermittel, wobei diese Häuser zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung jedoch dringend notwendig sind. Auch weisen die Länder in der Regel keine zusätzlichen Investitionsmittel z. B. für besonders förderungsbedürftige Krankenhäuser in unterversorgten Regionen aus. Infolgedessen kann nicht gewährleistet werden, dass gerade versorgungsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum mit Investitionsmitteln abgesichert sind. Mit Blick auf die Versorgungssicherheit ist es jedoch dringend erforderlich, dass zumindest alle versorgungsnotwendigen Krankenhäuser im Bundesgebiet ein gewisses Mindestmaß an Investitionsmitteln erhalten.

210. Vor dem Hintergrund, dass den Ländern mit der klassischen Investitionskostenförderung nur ein sehr geringer tatsächlicher Einfluss auf die gezielte flächendeckende Versorgung mög-

³⁰² Angaben von Marktteilnehmern gegenüber der Monopolkommission.

³⁰³ So auch BRH, Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO über die Prüfung der Krankenhausfinanzierung durch die gesetzliche Krankenversicherung, a. a. O., S. 33.

lich ist, ergibt sich eine neue Perspektive auf die Abwägung der Vor- und Nachteile des klassischen Ansatzes von Pauschal- und Einzelförderung. Denn während der Beitrag zur Flächendeckung nur gering ist, weisen diese Finanzierungssysteme zugleich einen Nachteil aus wettbewerblicher Sicht auf. So führen sie dazu, dass die Investitionsentscheidungen nicht mehr Ergebnis eines Leistungs- und Qualitätswettbewerbs zwischen Krankenhäusern darstellen.³⁰⁴ Die nach den Vorgaben des KHG von staatlichen Stellen erfolgende Kosten- und Risikoübernahme für Investitionen führt dazu, dass Wettbewerbsprozesse bei der Investitionsplanung unberücksichtigt bleiben. Dies liegt darin begründet, dass die Krankenhäuser ihre Entscheidungen über den angemeldeten Investitionsbedarf nicht so streng an die mit den Investitionen zukünftig erwarteten Erträge knüpfen müssen. Die Abwägung zwischen der Kostenseite einerseits und der Ertragsseite andererseits fällt bei den geförderten Investitionen weg. Folglich müssen die aufgewendeten Investitionsmittel auch nicht umfassend durch entsprechende Fallzahlen oder qualitativ höherwertige Behandlungen seitens des Krankenhauses refinanziert werden. Das aus dem Wettbewerb rührende Interesse seitens der Krankenhäuser, ihre Versorgungsangebote an die Bedürfnisse ihrer Patientinnen und Patienten anzupassen, wird merklich abgeschwächt.

211. Insgesamt lässt sich feststellen, dass der gegenwärtig vor allem als Pauschal- und Einzelfallförderung ausgestalteten Investitionskostenfinanzierung nur eine geringe Wirksamkeit zukommt, um durch sie die flächendeckende Versorgung zu sichern. Es wird deutlich, dass es den Ländern an einem wirksamen Instrument mangelt, um Finanzierungsmittel gezielt zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung einzusetzen. Die Investitionskostenfinanzierung eignet sich dazu nicht. Vor diesem Hintergrund ist zu empfehlen, die gegenwärtige Investitionskostenförderung in das wettbewerbliche System der DRGs zu überführen. Eine Möglichkeit wurde hierzu bereits im KHG in Form der leistungsorientierten Investitionsfallpauschalen geschaffen. Eine bundesweite Einführung der leistungsorientierten Investitionsfallpauschalen wäre zu begrüßen. Zugleich steht jedoch außer Frage, dass den Ländern in der Frage der Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung eine wesentliche Rolle zukommt, die bei der gebotenen Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierungssysteme zu berücksichtigen ist.

4.3.1.2 Zuschlagssysteme mit begrenzter Wirkung

212. Mit dem Sicherstellungszuschlag, dem Zentrumszuschlag und den Zu- und Abschlägen für die Notfallversorgung hat der Gesetzgeber verschiedene Finanzierungsinstrumente eingeführt, die den gesellschaftlichen Zielen der Krankenhausversorgung dienen sollen. So sollen mit dem Sicherstellungszuschlag Krankenhäuser, die aufgrund eines geringen Versorgungsbedarfs mit den Fallpauschalen nicht kostendeckend finanzierbar sind, aber zur Sicherstellung der flächendeckenden Basisversorgung als notwendig erachtet werden, durch krankenhauserindividuelle und pauschale Mittel finanziell unterstützt werden.³⁰⁵ Ferner wird die Notfallversorgung durch pauschale Zahlungen unterstützt. Unterschieden wird dabei zwischen drei Notfallstufen: einer Basisversorgung, einer erweiterten Notfallversorgung und einer umfassenden

³⁰⁴ Siehe hierzu und im Folgenden Monopolkommission, XVII. Hauptgutachten, a. a. O., Tz. 829.

³⁰⁵ § 5 Abs. 2 und 2a KHEntgG.

Notfallversorgung. Auf dieser Basis erhalten Krankenhäuser Zuschläge in Höhe von EUR 153.000 bis maximal EUR 688.000 sowie Abschläge in Höhe von EUR 60 je vollstationären Behandlungsfall bei der Nichtteilnahme an der Notfallversorgung.³⁰⁶ Außerdem ist für Krankenhäuser, die als Zentren oder mit medizinischen Leistungsschwerpunkten besondere Aufgaben in der Versorgung der Bevölkerung wahrnehmen, die Auszahlung von Zentrumszuschlägen vorgesehen. Hierzu gehören beispielsweise onkologische oder rheumatologische Zentren. Bei dem Zentrumszuschlag handelt es sich um einen krankenhausespezifischen Zuschlag, der in Abhängigkeit von Art und Umfang der besonderen Aufgaben zwischen den Krankenkassen und Krankenhäusern vereinbart wird.³⁰⁷

213. Bei den vorgenannten Zu- bzw. Abschlagssystemen handelt es sich um regelbasierte Finanzierungsinstrumente. Zur Festlegung bundeseinheitlicher Kriterien und Anforderungen an die Ausschüttung der Mittel wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) gesetzlich verpflichtet.³⁰⁸ Die Zahlungen an die Krankenhäuser erfolgen technisch gesehen je abgerechneten stationären Fall im Rahmen eines Zuschlages bei der DRG-Vergütung. Praktisch handelt es sich allerdings um Pauschalen, die auf die DRG umgelegt werden, aber nicht von der Behandlungsleistung abhängig sind. Mit den Zuschlägen sollen basisversorgungsrelevante Leistungen, Notfallstrukturen und Zentren refinanziert und einer Unterversorgung vorgebeugt werden. Während mit der Notfall- und Zentrumsvergütung Zuschläge zur Vorhaltung einzelner spezifischer Versorgungsstrukturen existieren, ist der Sicherstellungszuschlag breiter angelegt. Er nimmt für die Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung eine besondere Bedeutung ein, weshalb nachfolgend der Fokus auf der Wirkungsweise des Sicherstellungszuschlages liegen soll.

214. Beim Sicherstellungszuschlag kann grundsätzlich zwischen einem krankenhausespezifischen und einem pauschalen Zuschlagssystem unterschieden werden. Der krankenhausespezifische Sicherstellungszuschlag ist in § 5 Abs. 2 KHEntgG geregelt. Er wird nach § 17b Abs. 1a Nr. 6 KHG zwischen den Krankenkassen und den Krankenhäusern vereinbart. Diese Vereinbarung setzt die Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben nach § 5 Abs. 2 Satz 2, 4 und 5 KHEntgG sowie der Vorgaben des G-BA gemäß § 136c Abs. 3 SGB V voraus. Die Bundesländer können darüber hinaus ergänzende oder abweichende Vorgaben erlassen, insbesondere um regionale Besonderheiten bei der Vorhaltung notwendiger Leistungseinheiten zu berücksichtigen.³⁰⁹ Bisher ist dies nur in wenigen Ländern der Fall.³¹⁰ Ferner obliegt es den Ländern bzw. den zuständigen

³⁰⁶ § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG i. V. m. § 136c Abs. 4 SGB V; GKV-Spitzenverband/ Verband der Privaten Krankenversicherung/ Deutsche Krankenhausgesellschaft, Vereinbarung über Zu- und Abschläge für eine Teilnahme oder Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG i. V. m. § 136c Abs. 4 SGB V (Notfallstufenvereinbarung) vom 10. November 2018.

³⁰⁷ § 5 Abs. 3 KHEntgG i. V. m. § 136c Abs. 5 SGB V; G-BA, Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) vom 18. Februar 2021.

³⁰⁸ § 136c Abs. 3-5 SGB V.

³⁰⁹ § 5 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG.

³¹⁰ Siehe beispielsweise für Hessen: Verordnung zur Sicherstellung der flächendeckenden stationären Krankenhausversorgung (Krankenhaus-Sicherstellungszuschlagsverordnung – KHSichZV) vom 17. Dezember 2018, GVBl. 2018, 754; Nieder-

Landesbehörden, die Einhaltung der Zuschlagsvoraussetzungen zu prüfen und anschließend über die Vereinbarung des Sicherstellungszuschlags zu entscheiden.³¹¹

215. Zunächst setzt die Vergabe eines Sicherstellungszuschlages gemäß § 5 Abs. 2 Satz 4 KHEntgG voraus, dass das betroffene Krankenhaus für das Kalenderjahr vor der Vereinbarung ein Defizit in der Bilanz ausweist.³¹² Entscheidend dabei ist, dass das betroffene Krankenhaus und nicht der Krankenhausträger das Defizit aufweisen muss. Denkbar wäre demnach, dass ein Sicherstellungszuschlag für ein Krankenhaus vereinbart wird, obwohl sein Krankenhausträger über eine positive Konzernbilanz verfügt.³¹³ Ferner darf es für die Gewährung des Sicherstellungszuschlags keine Versorgungsalternative zu dem betroffenen Krankenhaus geben. Dies bedeutet, dass die zuständige Landesbehörde prüfen muss, ob die Leistung durch ein anderes Krankenhaus, das die bedarfsnotwendige Leistung bereits erbringt, ohne einen Zuschlag erbracht werden kann.³¹⁴

216. Daneben müssen die vom G-BA nach § 136c Abs. 3 SGB V entwickelten Zuschlagsvoraussetzungen erfüllt sein.³¹⁵ Erstens muss das in einem Krankenhausplan eines Landes aufgenommene Krankenhaus zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung unverzichtbar sein. Ein Krankenhaus gilt als unverzichtbar, wenn durch die Schließung des Krankenhauses, dessen Zuschlagsfähigkeit geprüft wird, zusätzlich mindestens 5.000 Menschen mehr als 30 Minuten mit dem Pkw fahren müssen, um zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus zu gelangen.³¹⁶ Zweitens muss ein strukturell bedingter geringer Versorgungsbedarf vorliegen. Laut G-BA ist dies der Fall, wenn die durchschnittliche Bevölkerungsdichte im Versorgungsgebiet des Krankenhauses unterhalb von 100 gemeldeten Personen je Quadratkilometer liegt. Drittens muss es sich bei den Leistungen, die im Rahmen des Sicherstellungszuschlags finanziell unterstützt werden sollen, um notwendige, basisversorgungsrelevante Vorhaltungen handeln. Als notwendige Vorhaltungen gelten die Fachabteilung Innere Medizin und eine chirurgische Fachabteilung, die zur Versorgung von Notfällen der Grund- und Regelverordnung geeignet ist, und/oder die Fachabteilungen Gynäkologie und Geburtshilfe und/oder die Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin. Bei Erfüllung der Zuschlagsvoraussetzungen haben die Vertragsparteien den finanziellen Umfang des Sicherstellungszuschlags

sächsische Verordnung über die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen nach dem Krankenhausentgeltgesetz vom 24. Oktober 2018, Nds. GVBl. Nr. 14/2018, S. 227.

³¹¹ § 5 Abs. 2 Satz 5 KHEntgG.

³¹² § 5 Abs. 2 Satz 4 KHEntgG. Einen Defizitnachweis haben die Krankenhäuser durch eine Wirtschaftsprüferin oder einen Wirtschaftsprüfer zu erbringen. Vgl. G-BA, Regelung des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, 9. Dezember 2020.

³¹³ Vollmöller, T. in: Dettling, H.-U./Gerlach, A. (Hrsg.), Krankenhausrecht, a. a. O., § 5 KHEntgG Rz. 5 m. w. N.

³¹⁴ § 5 Abs. 2 Satz 6 KHEntgG.

³¹⁵ Siehe hierzu und im Folgenden G-BA, Regelung des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, a. a. O.

³¹⁶ Für besonders dünn besiedelte Regionen kann das Betroffenheitsmaß auf bis zu 500 Einwohner abgesenkt werden. Ebenso gelten abweichende Regelungen für die Erreichbarkeit von Fachabteilungen für Geburtshilfe oder Gynäkologie sowie für Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin.

festzulegen. Der Zuschlag ist dabei auf den Bedarf einer kostendeckenden Finanzierung der konkret betroffenen Abteilung(en) zu beschränken.³¹⁷

217. Zum 1. Januar 2020 wurde mit § 5 Abs. 2a KHEntgG zusätzlich ein pauschaler Sicherstellungszuschlag in Höhe von EUR 400.000 pro Krankenhaus eingeführt.³¹⁸ Von dieser Art von Sicherstellungszuschlag können diejenigen Krankenhäuser profitieren, welche die vom G-BA nach § 136c Abs. 3 SGB V entwickelten Zuschlagsvorgaben erfüllen. Weitere Zuschlagsvoraussetzungen existieren nicht. Insbesondere muss das betroffene Krankenhaus – im Gegensatz zum krankenspezifischen Sicherstellungszuschlag – kein Defizit in der Bilanz aufweisen.³¹⁹ Zur Identifizierung förderfähiger Krankenhäuser vereinbarten die Vertragsparteien auf Bundesebene – GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung und Deutsche Krankenhausgesellschaft – jährlich eine Liste von Krankenhäusern.³²⁰ Zum 1. Januar 2021 wurde der pauschale Sicherstellungszuschlag um gestaffelte Zuschläge für basisversorgungsrelevante Fachabteilungen finanziell aufgestockt.³²¹ Demnach erhalten die Krankenhäuser zunächst die pauschale Grundförderung in Höhe von EUR 400.000. Hält ein Krankenhaus mehr als zwei basisversorgungsrelevante Fachabteilungen im Sinne der G-BA-Vorgaben nach § 136c Abs. 2 SGB V vor, so erhält das Krankenhaus für jede weitere basisversorgungsrelevante Fachabteilung zusätzlich EUR 200.000. Insgesamt kann ein Krankenhaus so bis zu EUR 800.000 pro Jahr erhalten.

218. Grundsätzlich kann die zusätzliche Vergütung von Krankenhäusern in Form von diskriminierungsfrei ausgestalteten Sicherstellungszuschlägen ein geeignetes Instrument darstellen, um die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zu verbessern. Im Idealfall führen die Zuschläge zu einer Vergütung der notwendigen Zusatzaufwendungen, die durch die Berücksichtigung von gesellschaftlichen Zielen im Rahmen der flächendeckenden Versorgung entstehen. Dies betrifft die Bereithaltung gesundheitspolitisch gewünschter Versorgungsstrukturen, die auf Basis eines Marktangebotes nicht wirtschaftlich wären. Regelgebundene Zuschläge dürften entsprechende Kosten dabei stets nur näherungsweise abbilden können. Sie sind darin zu messen, ob sie umfänglich und differenziert genug sind.

219. In der Praxis zeigt sich, dass die zunächst geschaffene Möglichkeit der Vereinbarung von krankenspezifischen Sicherstellungszuschlägen nach § 5 Abs. 2 Satz 1 KHEntgG heute kein relevantes Instrument darstellt. Im Jahr 2016 erhielten bundesweit gerade einmal vier Krankenhäuser einen solchen Zuschlag.³²² Als Grund für die seltene Anwendung werden die

³¹⁷ OVG Lüneburg, 13 LA 153/19, 21. Dezember 2020, openJur 2021, 82, Rz. 13.

³¹⁸ Die Einführung pauschaler Sicherstellungszuschläge erfolgte im Rahmen des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes, vgl. Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) vom 11. Dezember 2018, BGBl. I Nr. 45, S. 2394.

³¹⁹ Bundestag, Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit vom 7. November 2018, BT-Drs. 19/5593, S. 128 f.

³²⁰ § 9 Abs. 1 Nr. 6 KHEntgG.

³²¹ § 5 Abs. 2a Satz 1 HS 2 KHEntgG in der ab dem 1. Januar 2021 geltenden Fassung geändert durch Artikel 2 Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz vom 22. Dezember 2020, BGBl. I. Nr. 66, S. 3299.

³²² G-BA, Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen für Krankenhäuser: Bundeseinheitliche Regelungen beschlossen, Pressemitteilung, 24. November 2016.

häufig als „wasserdicht“ bezeichneten und im internationalen Vergleich als restriktiv geltenden rechtlichen Zuschlagsvoraussetzungen genannt.³²³ Praktische Relevanz hat hingegen eher die Vergabe von den im Jahr 2020 eingeführten pauschalen Sicherstellungszuschlägen gemäß § 5 Abs. 2a KHEntgG. Im Jahr 2022 wurden insgesamt 141 Krankenhäuser in die von den Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbarte Liste von förderfähigen Häusern aufgenommen.³²⁴ Insgesamt sollen dabei EUR 70 Mio. zur Verfügung gestellt werden.³²⁵

220. Allerdings ist zunächst festzustellen, dass der gegenwärtige finanzielle Umfang der Sicherstellungszuschläge zu gering ist, um alleine eine starke Distributionswirkung zu erzielen. Insgesamt kann der Zuschlag pro Krankenhaus als äußerst gering eingestuft werden. Ausgehend davon, dass im Rahmen der pauschalen Förderung im Jahr 2022 insgesamt EUR 70 Mio. für 141 förderfähige Krankenhäuser vorgesehen sind, beläuft sich die durchschnittliche Zuschlagshöhe auf weniger als EUR 500.000 pro Jahr. Dies entspricht nur rund einem Prozent der durchschnittlichen Betriebskosten eines Krankenhauses.³²⁶ Fraglich ist, ob der Sicherstellungszuschlag insoweit einen angemessenen finanziellen Ausgleich darstellt, um sämtliche Betriebs- und Vorhaltekosten versorgungsnotwendiger Krankenhäuser abzusichern. Einige Marktteilnehmer gaben gegenüber der Monopolkommission an, dass bestimmte basisversorgungsrelevante Bereiche – häufig sind dies Abteilungen der Geburtshilfe – stellenweise systematisch unterfinanziert sind und mancherorts langfristig nicht aufrechterhalten werden können. Im Vergleich dazu beläuft sich z. B. in Frankreich bereits die geringste Zuschlagspauschale für ausgewählte Leistungsbereiche auf jährlich EUR 730.000.³²⁷ Überdies erhielten in England im Zeitraum 2016/2017 acht Krankenhäuser insgesamt GBP 31,2 Mio. (ca. EUR 37,4 Mio.) zur Gewährleistung der ländlichen Krankenhausversorgung.³²⁸

221. Von Bedeutung ist außerdem, dass nur wenige strukturelle Kostenfaktoren in den Sicherstellungszuschlägen abgebildet werden. So profitieren vor allem Krankenhäuser im ländlichem Raum. Der Grund dafür sind die vom G-BA nach § 136c Abs. 3 SGB entwickelten Zuschlagsvo-

³²³ Vollmöller, T. in: Dettling, H.-U./Gerlach, A. (Hrsg.), Krankenhausrecht, a. a. O., § 5 KHEntgG Rz. 5; Schmid, A. u. a., Intersektorale Gesundheitszentren – Ein innovatives Modell der erweiterten ambulanten Versorgung zur Transformation kleiner ländlicher Krankenhausstandorte, Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Bayreuth, Oktober 2018, S. 28; Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V., Finanzlage und Herausforderungen der Krankenhäuser in Deutschland, Berlin, September 2013, S. 5 f.

³²⁴ AOK, Sicherstellungszuschlag: Liste für 2022 veröffentlicht, Pressemitteilung, 2. Juli 2021. Die Liste ist abrufbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/abrechnung/zu__abschlaege/20210630_Liste_laendliche_KH_2022_Vb_bf.pdf, Abruf am 11. Januar 2022.

³²⁵ Verband der Privaten Krankenversicherungen, 141 Kliniken im ländlichen Raum erhält 2022 zusätzliche Förderung, Pressemitteilung, 2. Juli 2021.

³²⁶ Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes beliefen sich im Jahr 2019 die bereinigten Betriebskosten je Krankenhaus im Durchschnitt auf jährlich ca. EUR 51,611 Mio. Siehe Statistisches Bundesamt, Gesundheit – Kostennachweis der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.3, 2021, S. 38.

³²⁷ Schreyögg, J./Milstein, R., Bedarfsgerechte Gestaltung der Krankenhausvergütung – Reformvorschläge unter der Berücksichtigung von Ansätzen anderer Staaten, Gutachten im Auftrag der Techniker Krankenkasse, Hamburg, September 2020, S. 24.

³²⁸ Schreyögg, J./Milstein, R., Bedarfsgerechte Gestaltung der Krankenhausvergütung – Reformvorschläge unter der Berücksichtigung von Ansätzen anderer Staaten, Gutachten im Auftrag der Techniker Krankenkasse, a. a. O.; Palmer, B./Appleby, J./Spencer, J., Rural health care: A rapid review of the impact of rurality on the costs of delivering health care, Report for the National Centre for Rural Health and Care, Januar 2019, S. 32.

raussetzungen, die auf die geografischen Gegebenheiten der Häuser wie die Bevölkerungsdichte und die Krankenhausstandortdichte abzielen. Diese Kriterien sind so gewählt, dass sie im Ergebnis nur ländliche Krankenhäuser erfüllen können. Der einschlägigen Literatur zufolge ist nicht eindeutig klar, ob allein regionale Gegebenheiten, sondern auch unteroptimale Betriebsgrößen bzw. strukturelle Ineffizienzen für eine nicht kostendeckende Leistungserbringung der zur Sicherstellung notwendigen Krankenhäuser ursächlich sind.³²⁹

222. Problematisch ist daher, dass neben den geografischen Gegebenheiten keine weitergehenden Strukturkriterien für die Vergabe von Sicherstellungszuschlägen berücksichtigt werden. Denkbar wäre eine breitere Berücksichtigung von sog. Marktkräftefaktoren, welche die strukturell bedingten Kostenunterschiede von Krankenhäusern erfassen. Marktkräftefaktoren würden beispielsweise erhöhte durchschnittliche Lohnkosten in urbanen Regionen, die z. B. bei Universitätskliniken oft relevant sind, oder aber erhöhte Betriebskosten bei besonders behandlungsintensiven Personen in der Krankenhausfinanzierung zusätzlich abbilden. Eine solche Praxis gibt es etwa im englischen Gesundheitssystem.³³⁰ Ferner wird von Marktakteuren häufig darauf aufmerksam gemacht, dass bei der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung keine Kosten für die Vorhaltung bestimmter Versorgungsstrukturen berücksichtigt werden. Insbesondere Maximalversorgungskrankenhäuser und Universitätskliniken in Ballungsgebieten beklagen, dass sie einzelne Leistungsbereiche wie z. B. Abteilungen für seltene Erkrankungen regelmäßig nicht kostendeckend betreiben können. Der Grund dafür sei, dass sie ein breites Leistungsspektrum im Vergleich zu Anbietern selektiver Leistungen anbieten, was für jeden einzelnen Bereich eine vollumfängliche Vorhaltung von z. B. medizinischen Geräten und medizinischem Personal erfordere. Gleichzeitig ließen sich die abteilungsspezifischen, teils hohen Vorhaltekosten nicht unmittelbar durch entsprechend hohe Fallzahlen refinanzieren. Die Folge sind teils immense Finanzierungslücken von versorgungsnotwendigen Leistungsbereichen in Ballungsgebieten.³³¹ Aktuell wird bei dem Sicherstellungszuschlag insoweit verkannt, dass auch Krankenhäuser in städtischen Gebieten aufgrund eines regelmäßig geringen Versorgungsbedarfs einzelner Bereiche zusätzliche Finanzierungsmittel zur Sicherstellung versorgungsnotwendiger Strukturen benötigen.

223. In der Gesamtschau zeigt sich, dass die Sicherstellungszuschläge aufgrund ihrer finanziellen Ausstattung nur eine schwache Steuerungswirkung entfalten. Sie sind in ihrer gegenwärtigen Ausgestaltung insbesondere zu wenig differenziert, um gezielt Struktur- und Versorgungsprobleme zu lösen und so eine flächendeckende Basisversorgung, die im Rahmen des regulären DRG-Vergütungssystems nicht refinanzierbar ist, sicherzustellen. Offen bleibt die Frage, inwieweit die Finanzierung von städtischen Krankenhäusern mit geringem Versorgungsbedarf oder die Finanzierung von Reservekapazitäten bei Bedarfsschwankungen gewährleistet wird. Es existiert insofern keine hinreichend zielgerichtete und umfängliche finanzielle Unterstüt-

³²⁹ Augurzkzy, B., Gewinne im Krankenhaus, in: Klauber, J. u. a. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2020 – Finanzierung und Vergütung am Scheideweg, Berlin, 2020, S. 195.

³³⁰ Siehe weiterführend Health and Social Care Information Centre, Market Forces Factor, https://datadictionary.nhs.uk/supporting_information/market_forces_factor.html, Abruf am 20. Januar 2022.

³³¹ Angaben von Marktteilnehmern und Verbänden gegenüber der Monopolkommission.

zung auf Basis des Zuschlagssystems, die für die Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung im gesamten Bundesgebiet möglicherweise erforderlich wäre.

4.3.1.3 Finanzierungssäule Defizitausgleich mit wettbewerbsverzerrender Wirkung

224. Ein relevantes und zugleich wenig transparentes Finanzierungsinstrument im Krankenhaussektor existiert in Form des sog. Defizitausgleichs. Bei dem Defizitausgleich handelt es sich – im Gegensatz zu den vorgenannten überwiegend regelgebundenen Mechanismen – um eine Art diskretionär eingesetztes „finanzielles Auffanginstrument“. Die Finanzierung erfolgt durch die Länder und Kommunen und setzt ein, wenn regelgebundene Finanzierungsinstrumente im Einzelfall zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung nicht ausreichend sind. Konkret beschreibt der Defizitausgleich einen unter Verwendung öffentlicher Mittel durch Länder, Kreise oder Kommunen geleisteten Ausgleich von Defiziten, welche in Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft (nachfolgend öffentliche Krankenhäuser) entstehen. Das Ziel des Defizitausgleichs ist die Sicherstellung flächendeckender Versorgungsstrukturen.

225. Die Zahlung von Defizitausgleichen nimmt bereits seit Jahrzehnten eine bedeutende Rolle in der Krankenhausfinanzierung ein, wie sowohl Fachleute im Gesundheitswesen als auch verschiedene Marktakteure gegenüber der Monopolkommission berichten. Spätestens seit der Beihilfebeschwerde des privaten Krankenhausträgers Asklepios GmbH beim Europäischen Gericht erster Instanz im Jahr 2004 gegen den Ausgleich jährlicher Betriebsverluste von öffentlichen Krankenhäusern ist der Defizitausgleich auch vermehrt in die öffentliche Wahrnehmung geraten.³³² Eine belastbare und systematische Dokumentation über die Anzahl der in Deutschland derart unterstützten Häuser und die Höhe der geleisteten Defizitausgleiche existiert nicht.³³³ Dabei zeigen Einzelfälle ein erhebliches Mittelvolumen von mehreren Millionen Euro pro Jahr:

- So zahlte etwa der Landkreis Heidekreis dem Heidekreis-Klinikum im Jahr 2020 einen Defizitausgleich in Höhe von EUR 8 Mio.,³³⁴ oder
- die Stadt Amberg dem Klinikum St. Marien in Höhe von EUR 9,5 Mio.³³⁵
- Ein weiteres Beispiel ist der Landkreis Diepholz, der dem angehörigen Klinikverbund im Jahr 2018 ein Defizit von EUR 4,3 Mio. und im Jahr 2019 von EUR 6,2 Mio. ausgegli-

³³² EuG, T-167/04, 11. Juli 2007, Asklepios, ECLI:EU:T:2007:215; Siehe auch SVR-Gesundheit, Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, Bonn/Berlin, Juni 2014, Tz. 524.

³³³ Cremer, W., EU-Beihilferecht und sog. Defizitausgleiche zugunsten öffentlicher Krankenhäuser, ZWeR 16 (2), 2018, S. 185-210, 187.

³³⁴ Heidekreis-Klinikum, Jahresergebnis des Heidekreis-Klinikums erneut deutlich verbessert, Pressemitteilung, 28. Juni 2021.

³³⁵ Klinikum St. Marien Amberg, Klinikum St. Marien mit deutlichem Defizit – Gesundheitsversorgung vor Ort sichern – Deutscher Städtetag fordert Verbesserung Finanzierung großer kommunaler Krankenhäuser von Bund und Land, Pressemitteilung, 17. Juni 2021.

chen hatte, wobei laut Haushaltsplan für das Jahr 2020 Ausgleichszahlungen von EUR 8 Mio. und für die Folgejahre jeweils EUR 6,5 Mio. eingeplant sind.³³⁶

226. Ungeachtet der jahrzehntelang verbreiteten Praxis fehlt es dem Defizitausgleich an einer systematischen Verankerung. Er ist nicht im dualen System der Krankenhausfinanzierung nach dem KHG vorgesehen. Gleichwohl kann es eine aus der Krankenhausplanung abgeleitete indirekte Verpflichtung zum Defizitausgleich geben. Dies ist anzunehmen, wenn die Krankenhausplanung einen bestimmten Bedarf feststellt und die Kommune oder der Landkreis verpflichtet ist, diesen Bedarf sicherzustellen.³³⁷ Die gesetzlich vermittelte Ermächtigung zum Defizitausgleich erfolgt in Form eines sog. Betrauungsakts.³³⁸ Durch den Betrauungsakt überträgt der Staat einem Unternehmen eine Dienstleistung von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse (DAWI). In diesem Kontext wird dem öffentlichen Krankenhaus vom Land, dem Landkreis oder der Gemeinde die Aufgabe übertragen, die Krankenhausversorgung vor Ort sicherzustellen. Formell müssen im Betrauungsakt unter anderem Art und Ausmaß der Gemeinwohlverpflichtungen, der gewährten Rechte und der Ausgleichszahlungen umschrieben werden. Dabei ist sicherzustellen, dass Überkompensationen vermieden werden und gegebenenfalls Rückzahlungen erfolgen.³³⁹

227. Der Defizitausgleich für öffentliche Krankenhäuser ist seit Jahren Gegenstand einer beihilferechtlichen Kontroverse. Kern dieser Kontroverse ist, dass die selektive Zuwendung an öffentliche Krankenhäuser häufig als eine Bevorzugung und Wettbewerbsverzerrung zum Nachteil von privaten und freigemeinnützigen Krankenhäusern³⁴⁰ angesehen wird. Denn soweit sich ein nicht öffentliches Krankenhaus in einer finanziell schlechten Lage befindet und Verluste einfährt, wird sein Träger versuchen müssen, auf Eigenmittelreserven zurückzugreifen oder zusätzliches Eigenkapital einzubringen, um so die Verluste auszugleichen. Öffentliche Krankenhausträger, z. B. Kommunen, bilden hingegen ihr Eigenkapital auf Basis von kommunalen Steuern. Folglich nehmen sie bei Rückgriffen auf ihr Eigenkapital öffentliche Mittel in die Hand. Dies komme, wie häufig vorgetragen wird, neben der regulären Krankenhausfinanzierung einer staatlichen Doppelförderung gleich, von der ausschließlich öffentliche Krankenhäuser profitieren können.³⁴¹ Demgegenüber wird argumentiert, dass private und freigemeinnützige Krankenhäuser ihr Versorgungsangebot regelmäßig auf wirtschaftlich lukrativere Leistun-

³³⁶ Landkreis Diepholz, Haushaltsplan 2020, S. 31; Landkreis Diepholz, Haushaltsplan 2021, S. 616.

³³⁷ Siehe hierzu Abschnitt 4.2.3.1 dieses Sondergutachtens.

³³⁸ Siehe ausführlich Cremer, W., EU-Beihilferecht und sog. Defizitausgleiche zugunsten öffentlicher Krankenhäuser, a. a. O., S. 187.

³³⁹ Art. 4 Beschluss 2012/21/EU der Kommission über die Anwendung von Artikel 106 Absatz 2 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union auf staatliche Beihilfen in Form von Ausgleichsleistungen zugunsten bestimmter Unternehmen, die mit der Erbringung von Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse betraut sind vom 20. Dezember 2011, ABl. L 7 vom 11. Januar 2012, 3; Mitteilung der Kommission — Rahmen der Europäischen Union für staatliche Beihilfen in Form von Ausgleichsleistungen für die Erbringung öffentlicher Dienstleistungen Abl. C 8 vom 11. Januar 2012, 15, Tz. 16.

³⁴⁰ Private bzw. freigemeinnützige Krankenhäuser meint in diesem Sondergutachten Krankenhäuser in privater bzw. freigemeinnütziger, d. h. nicht öffentlicher, Trägerschaft.

³⁴¹ Siehe weiterführend Prütting, D., Staatlicher Defizitausgleich bei öffentlich-rechtlich geführten Krankenhäusern, GesundheitsRecht 2017, S. 415-420, 415.

gen beschränken können. Ein solches „Rosinenpicken“ bleibe öffentlichen Krankenhäusern grundsätzlich verwehrt. Dabei spielt auch der Umstand eine Rolle, dass die öffentliche Hand eine gesetzliche Sicherstellungsverantwortung besitzt und bei einer nicht ausreichenden stationären Versorgung Krankenhäuser selbst betreiben und bestimmte Versorgungsleistungen anbieten muss.³⁴²

228. Die Finanzierung seitens einer kommunalen Gebietskörperschaft selektiv zugunsten von öffentlichen Krankenhäusern ist aufgrund des europäischen Wettbewerbsrechts und insbesondere der Beihilfevorschriften der Art. 106 ff. AEUV nicht unproblematisch. Es könnte sich um eine gemäß Art. 107 Abs. 1 AEUV unzulässige staatliche Beihilfe handeln. Das EU-Beihilferecht sieht vor, dass staatliche Maßnahmen vorab bei der Europäischen Kommission angezeigt und förmlich angemeldet werden müssen. Die Europäische Kommission entscheidet dann, ob die Beihilfe zulässig ist oder nicht. Allerdings fällt eine staatliche Maßnahme nur in den Anwendungsbereich dieser Vorschrift, wenn sie als Vorteil für das begünstigte Unternehmen angesehen werden kann. Von diesem Grundsatz kann unter bestimmten Voraussetzungen allerdings eine Ausnahme gemacht werden, falls die gewährten Mittel Ausgleichszahlungen für die Erbringung einer DAWI darstellen.³⁴³

229. Der BGH hat sich inzwischen klarstellend geäußert und in seinem Urteil vom 23. März 2016 (Kreiskliniken Calw) staatliche Defizitausgleiche an öffentliche Krankenhäuser als grundsätzlich zulässig erklärt. Geklagt hatte der Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK) gegen die finanzielle Zuwendung des Landkreises Calw an die kommunalen Kreiskliniken Calw.³⁴⁴ Der BDPK zweifelte an, ob der Landkreis seine Kreiskliniken so mit der Erbringung einer DAWI betraut hat, dass die EU-beihilferechtlichen Vorgaben erfüllt und die Mittelzuwendung von der Anmeldepflicht befreit ist. In seiner Urteilsbegründung stellt der BGH zunächst klar, dass die medizinische Versorgung durch ein öffentliches Krankenhaus als eine DAWI einzuordnen sei.³⁴⁵ Allerdings reiche dies für eine Befreiung vom Beihilfenverbot nicht aus. Erforderlich sei, dass dem betrauten Krankenhaus eine über die Tätigkeit anderer Krankenhäuser hinausgehende Sonderaufgabe übertragen worden ist, die ohne die Gewährleistung eines finanziellen Ausgleichs nicht erfüllt würde. Dies bedeutet, dass das öffentliche Krankenhaus eine besondere Aufgabe erfüllen muss, die rechtfertigt, dass der Defizitausgleich nur an sie – und nicht an Krankenhäuser anderer Träger – gezahlt wird. Der BGH sieht in dem Fall der Kreiskliniken Calw eine Sonderaufgabe darin, dass die Land- und Stadtkreise nach dem Sicherstellungsauftrag aus § 3 Abs. 1 LKHG BW zum Betrieb der in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser verpflichtet sind. Aufgrund des Sicherstellungsauftrags müssten sie auch unwirtschaftliche Krankenhäuser betreiben, ohne diese schließen zu dürfen. Eine solche Verpflichtung besteht für private und freigemeinnützige Träger nicht. Laut dem BGH ist

³⁴² Siehe zutreffend auch SVR-Gesundheit, Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, a. a. O., Tz. 523 ff.

³⁴³ Für die konkreten Voraussetzungen einer solchen Ausnahme, siehe EuGH, C-280/00, 24. Juli 2003, Altmark Trans, ECLI:EU:C:2003:415, bzw. Art. 106 Abs. 2 AEUV.

³⁴⁴ BGH, I ZR 263/14, a. a. O.

³⁴⁵ Ebenda, Rn. 44 ff. Der BGH lässt in seinem Urteil offen, inwieweit die Altmark Trans-Kriterien erfüllt sind. Stattdessen prüft er ausschließlich Art. 106 Abs. 2 AEUV: Ebenda, Rz. 30.

die Voraussetzung für die Sicherstellungsverpflichtung als Sonderaufgabe immer dann erfüllt, soweit ein öffentliches Krankenhaus in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen ist. Es ergebe sich allein aus der Aufnahme in den Krankenhausplan, dass der Betrieb des öffentlichen Krankenhauses zur Versorgung der Bevölkerung notwendig sei.

230. Das Urteil des BGH hatte durch seine Signalwirkung weitreichende Konsequenzen. Demnach wird der Defizitausgleich unabhängig von der tatsächlichen Versorgungs- und Wettbewerbssituation vor Ort legitimiert. Dabei ist der einzige Maßstab dafür, ob der Defizitausgleich aufgrund der Gewährleistungsverantwortung von der Beihilfekontrolle ausgenommen ist, die Aufnahme des begünstigten, öffentlichen Krankenhauses in den Krankenhausplan. Dies ist auch dann der Fall, wenn tatsächlich Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass dritte Träger die Versorgung einer defizitären öffentlichen Klinik übernehmen könnten. Hierbei stellt sich insbesondere die Frage, ob für die Gewährung einer Beihilfe die Aufnahme in einen Krankenhausplan die Bedarfsnotwendigkeit des öffentlichen Krankenhauses hinreichend belegt. Mit Rücksicht darauf, dass der Anteil an öffentlichen Krankenhäusern in Deutschland rund 30 Prozent beträgt³⁴⁶, kann nicht davon ausgegangen werden, dass diese nur dann betrieben werden, wenn eine abstrakte Gefahr der Unterversorgung besteht. Stattdessen tritt der Fall, dass die Krankenhausplanung gezielt ein Krankenhaus aufgrund einer drohenden Versorgungslücke in den Krankenhausplan aufnimmt, wenn überhaupt eher selten ein. Die Behörden in Baden-Württemberg oder Mecklenburg-Vorpommern erklären beispielsweise, dass ihnen kein Fall bekannt sei, in dem ein Land- oder Stadtkreis aufgrund einer Aufforderung zur Sicherstellung und der Gefahr von Versorgungsengpässen ein Krankenhaus selbst betreiben musste.³⁴⁷ Auch ist zu berücksichtigen, dass häufig regionalpolitische Interessen eine bedeutende Rolle für den Betrieb eines öffentlichen Krankenhauses spielen dürften. So könnten sich kommunale Gebietskörperschaften zunehmend veranlasst fühlen, ihren eigenen Krankenhäusern mehr Mittel in Form des Defizitausgleichs zu gewähren, nicht zuletzt um kommunale Eigeninteressen durchsetzen zu können.

231. Die sehr weite Auslegung durch den BGH führt schließlich dazu, dass öffentliche Plankrankenhäuser unter Berücksichtigung der sonstigen Vorschriften des Beihilferechts den Defizitausgleich immer erhalten können, ungeachtet der allgemeinen Versorgungssituation in der Region. Für die Rechtmäßigkeit des Defizitausgleichs ist nicht entscheidend, ob tatsächlich eine Unterversorgung vorliegt.³⁴⁸ Das Regel-Ausnahme-Verhältnis wird somit ins Gegenteil verkehrt. Dieses Problem wird dadurch verschärft, dass nicht öffentliche Krankenhausträger vor Gericht keinen Nachweis darüber erbringen können, dass der Versorgungsbedarf allein durch ihre nicht öffentlichen Krankenhäuser gedeckt werden könnte. Der BGH begründet dies damit, dass die Krankenhausträger stets die Möglichkeit hätten, einen Antrag auf Aufnahme

³⁴⁶ Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, 2021, S. 8.

³⁴⁷ Trefz, U./Dietz, O./Krauskopf, D. in: Dietz, O. (Hrsg.), Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg, a. a. O., § 3 S. 1; Schriftliche Stellungnahme des Ministeriums für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern gegenüber der Monopolkommission.

³⁴⁸ Heise, S., Krankenhausfinanzierung und Beihilferecht - das Krankenhauswesen zwischen Gemeinwohlverpflichtung und Wettbewerb, EuZW 19, 2015, S. 739-745, 742.

weiterer Betten oder Stationen in den Krankenhausplan zu stellen.³⁴⁹ Allerdings ist es rechtlich schwierig, Aufnahmeanträge abzulehnen.³⁵⁰ Im Ergebnis kann diese Situation auch zur Folge haben, dass es tendenziell zu hohe Kapazitäten, gemessen an dem tatsächlichen Versorgungsbedarf in den einzelnen Krankenhäusern, gibt. Dies kann als Folge eine zusätzliche Nachfrage an Defizitausgleichen auslösen.

232. Ungeachtet dessen verwundert es nicht gänzlich, dass sich der BGH für die Bestimmung der Bedarfsnotwendigkeit eines Krankenhauses an den Krankenhausplänen eines Landes orientiert. Das BGH-Urteil ist vielmehr eine logische Folge grundlegender Unschärfen im gegenwärtigen Krankenhausplanungs- und Finanzierungssystem. Wie zuvor in Abschnitt 4.2.2 ausgeführt, fehlt es den Krankenhausplänen der Länder an einer konkreten Bestimmung tatsächlich bedarfsnotwendiger Versorgungsstrukturen. Die Pläne geben daher oft nur scheinbar wieder, welche Krankenhäuser für die Verwirklichung der Versorgungsziele des § 1 KHG unbedingt erforderlich sind. Es wäre in diesem Fall zu begrüßen gewesen, hätte der BGH auf diese vorhandenen Unschärfen in den Krankenhausplänen hingewiesen. Die Ausweisung einer Sicherstellungsgrenze, die auch unter dem tatsächlichen Angebot liegen kann, könnte diese Voraussetzung, auf der das Urteil basiert, verändern. So würde anhand einer von den Ländern verbindlich festgelegten Sicherstellungsgrenze ersichtlich, ob die defizitäre Versorgungskapazität eines öffentlichen Krankenhauses für die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung notwendig oder verzichtbar ist. Defizitausgleiche wären danach beihilferechtlich dann zulässig, wenn ohne die Ausgleichszahlung die Sicherstellungsgrenze der Länder nicht erreicht werden könnte.

233. Das zentrale Wettbewerbsproblem, das hierbei durch den Defizitausgleich aufgebaut wird, besteht darin, dass die Kommunen bei ihrer finanziellen Sicherstellungsaufgabe zwangsläufig auf den Betrieb eines eigenen Krankenhauses beschränkt werden und die Daseinsvorsorgeleistung nicht wahlweise auch von anderen Trägern einkaufen können.³⁵¹ Dies gilt gerade auch, weil nicht klar ist, inwieweit sich die Erbringung von Versorgungsleistungen in öffentlichen Krankenhäusern von denen in nicht-öffentlichen Häusern tatsächlich unterscheidet. Sichern die Krankenhäuser mehrerer Träger vor Ort die Versorgung, erhalten nur öffentliche Krankenhäuser gegebenenfalls Zuwendungen. Vor diesem Hintergrund wäre es geboten, diese Frage der ausschließlich öffentlichen Beihilfenempfänger im Speziellen und die Frage nach der Rechtmäßigkeit des Defizitausgleichs im Allgemeinen dem EuGH vorzulegen. Darüber hinaus steht der Defizitausgleich in Konflikt mit dem Grundsatz der Trägervielfalt aus § 1 Abs. 2 Satz 1 und 2 KHG, wonach die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten und insbesondere die wirtschaftliche Sicherung freigemeinnütziger und privater Krankenhäuser zu gewährleisten ist. Insofern wirkt der Defizitausgleich in seiner gegenwärtigen Ausgestaltung wie ein Art Fremdkörper im gesetzlichen System.

³⁴⁹ BGH, I ZR 263/14, 24. März 2016, a. a. O., Rn. 63 ff.

³⁵⁰ Siehe dazu Abschnitt 4.2.3.

³⁵¹ Siehe auch Baier, J., Die Finanzierung von (öffentlichen) Krankenhäusern in Deutschland, Schriften zum Gesundheitsrecht 61, 2021, S. 27 f.

234. Darüber hinaus gestaltet sich der Defizitausgleich auch dahingehend problematisch, dass es für die Erreichung des allgemeinen Zieles zur finanziell tragfähigen Versorgungssicherung Hürden aufbaut. Zum einen ist zu beachten, dass sich nur vergleichsweise finanzstarke Kommunen und Landkreise die Zahlung von Verlustausgleichen an ihre Krankenhäuser leisten können, sodass der Defizitausgleich kein geeignetes Instrument zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung darstellt. So wurde etwa im Rahmen der Anhörung der Monopolkommission darauf aufmerksam gemacht, dass gerade in norddeutschen Bundesländern der Defizitausgleich aufgrund der finanziellen Situation vieler Kommunen keine praktische Bedeutung einnehmen könne. Im Fall eines unwirtschaftlichen Krankenhausbetriebs verbleibe oftmals nur die Schließung oder ggfs. Verlegung von Fachabteilungen. In Bezug auf die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zeigt sich hier die Notwendigkeit von Finanzierungsmitteln, die unabhängig von der Haushaltslage der Kommunen und Landkreise im Bedarfsfall ausbezahlt werden sollten.

235. Zum anderen steht der Defizitausgleich in seiner gegenwärtigen unbeschränkten Form dem gesetzlich festgelegten Ziel der finanziell tragfähigen Krankenhausversorgung aus § 1 Abs. 1 KHG entgegen. So dürften öffentliche Krankenhäuser weniger Anreize haben, ihre Versorgungsleistungen kostensparend anzubieten, wenn Betriebsverluste Jahr für Jahr durch die öffentliche Hand ausgeglichen werden. Den öffentlichen Krankenhäusern wird durch den Defizitausgleich eine Sonderstellung eingeräumt, die im Zweifel zu Ineffizienzen und höheren, von der Allgemeinheit zu tragenden Kosten in der stationären Versorgung führen kann. Im Gegensatz zu öffentlichen Krankenhäusern sind private und freigemeinnützige Häuser bei Unwirtschaftlichkeiten gezwungen, Umstrukturierungs- und Sparmaßnahmen zu ergreifen oder ggfs. bei anhaltender Unwirtschaftlichkeit ihre Einrichtungen zu schließen.³⁵² In der Untersuchung von Augurzky u. a. zeigt sich die Sonderstellung öffentlicher Krankenhäuser in einem stark ausgeprägten, negativen Zusammenhang zwischen dem durchschnittlichen Haushaltseinkommen kommunaler Gebietskörperschaften und der Wirtschaftskraft öffentlicher Krankenhäuser. Demzufolge besitzen wirtschaftlich starke Kommunen und Landkreise häufig ökonomisch schwache Krankenhäuser. Für Krankenhäuser in privater oder freigemeinnütziger Trägerschaft konnte ein solcher Zusammenhang nicht festgestellt werden. Es könne davon ausgegangen werden, dass wohlhabende Gebietskörperschaften ihre angeschlagenen Häuser finanziell unterstützen und eigentlich notwendige Betriebsanpassungen versuchen zu verhindern. Folglich sei wenig überraschend, dass die wirtschaftliche Lage öffentlicher Krankenhäuser in Süddeutschland mit vergleichsweise hohen Einkommensniveaus besonders angespannt ist.³⁵³

236. Die im erheblichen Umfang geleisteten Defizitausgleiche dienen dabei häufig nicht nur der Finanzierung und Sicherstellung versorgungsnotwendiger Strukturen. Vielmehr handelt es

³⁵² Dies spricht nicht gegen die öffentliche Trägerschaft als solche. Inwieweit generell ein kausaler Zusammenhang zwischen Trägerschaft und effizienter Betriebsführung besteht, konnte in der wissenschaftlichen Literatur nicht eindeutig geklärt werden.

³⁵³ RWI, Krankenhaus Rating Report 2013: Der Trend zu großen Klinikverbänden setzt sich fort, Pressemitteilung, 6. Juni 2013; Augurzky, B., Krankenhaus Rating Report 2018 (Teil 1) – Neue Bundesländer stehen am besten da, ChefärzteBrief, 7, 2013.

sich bei dem Defizitausgleich um ein stark diskretionäres Finanzierungsinstrument, durch das eine kommunale Gebietskörperschaft nach eigenem Ermessen über das „ob“, „wofür“ und „wie viel“ der Zuwendung entscheiden kann. Infolgedessen nehmen neben der Versorgungssicherheit regelmäßig auch regionalpolitische Interessen eine bedeutende Rolle ein.³⁵⁴ Dies zeigt etwa der Fall der Ernst-von-Bergmann Kliniken in Potsdam. Hier zahlt die Stadt Potsdam den Bergmann Kliniken zusätzliche Mittel zur Einführung einer Bezahlung nach dem Tarif des öffentlichen Dienstes (TVöD) für alle Mitarbeitenden der Klinik. Hintergrund war die von der Stadt verordnete Tarifrückkehr, die nach Auffassung der Klinik ihr „wirtschaftlich schaden“ und „marktunübliche hohe Kosten“ in Millionenhöhe verursachen würde. Um einen drohenden Stellenabbau abzuwenden, kompensiert die Stadt vorerst in den nächsten zehn Jahren teilweise die entstehenden Mehrkosten.³⁵⁵ Dies verdeutlicht, dass Kommunen und Landkreise die Zahlung eines Defizitausgleichs regelmäßig zur Einflussnahme auf die regionalen Versorgungsstrukturen nutzen, um politische Ziele außerhalb der Ziele der Krankenhausplanung zu erreichen. Oftmals komme es dazu, dass sich die Politik aktiv in das operative Geschäft öffentlicher Krankenhäuser einmische.³⁵⁶

237. In Zusammenhang mit den dargestellten problematischen Wirkungen ist auch die hohe finanzielle Bedeutung des Defizitausgleichs kritisch zu sehen. So übersteigen die Defizitausgleiche, die sich in der Praxis nicht selten auf mehrere Millionen Euro pro Jahr belaufen, etwa den zur Herstellung der Versorgungssicherheit vorgesehenen Sicherstellungszuschlag mit einer Grundförderung von EUR 400.000 um ein Vielfaches. Nach weit verbreiteter Auffassung hat sich der Defizitausgleich über die Zeit zu einer dritten Finanzierungssäule durch die Kommunen und Landkreise entwickelt. Neben der regulären Krankenhausfinanzierung bilden die Kommunen und Landkreise daher regelmäßig das finanzielle Rückgrat von öffentlichen Krankenhäusern. Hierbei habe die Belastung im Zuge der Covid-19-Pandemie merklich zugenommen.³⁵⁷

238. Die Auseinandersetzung mit dem Defizitausgleich macht deutlich, dass ein wesentliches Instrument der Krankenhausfinanzierung nur höchst unzureichend an das aus Planung und Wettbewerb bestehende System zur Aufrechterhaltung der Krankenhausversorgung gekoppelt ist. Dabei ist die beihilferechtliche Zulässigkeit dieses Finanzierungssystems daran geknüpft, dass Wettbewerbs- und Bedarfsdeckungsfragen bereits auf Planungsebene hinreichend gelöst wurden. Weil davon aber kaum auszugehen ist, ergeben sich mit dem Defizitausgleich diverse Fehlwirkungen. Wettbewerbslich problematisch ist dabei insbesondere, dass die mit dem Defizitausgleich bezweckte Versorgungssicherstellung auf öffentliche Krankenhäuser beschränkt ist und sich zu Häusern anderer Träger Wettbewerbsverzerrungen ergeben. Dies gibt Anlass, eine grundsätzliche Überarbeitung des Planungs- und Finanzierungssystems zu prüfen. Dabei

³⁵⁴ Siehe auch SVR-Gesundheit, Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, a. a. O., Tz. 526.

³⁵⁵ Landeshauptstadt Potsdam, Beschluss zum Betrauungsakt des Klinikums festgelegt, Pressemitteilung, 18. Mai 2021; Kramer, H., Rathauskooperation sagt Klinikum Finanzierung zu, Potsdamer Neuste Nachrichten, 3. September 2020.

³⁵⁶ Osterloh, F., Krankenhäuser: Den Kommunalen geht es schlecht, Deutsches Ärzteblatt 112 (25), 2015.

³⁵⁷ Siehe beispielsweise Deutscher Städtetag, Auskömmliche Finanzierung für kommunale Großkrankenhäuser – jetzt!, Pressemitteilung, Juni 2021.

sollte das primäre Ziel sein, die derzeitige Form des Defizitausgleichs ganz oder zumindest zu einem erheblichen Anteil durch wettbewerbskompatible Instrumente zu ersetzen. Sofern allerdings der Defizitausgleich erhalten bliebe, könnte dieser mit einem institutionellen Mechanismus über die Verpflichtung zur Darlegung eines Konzeptes zur Finanzierungstabilisierung durch das begünstigte Krankenhaus verknüpft werden. Um einen Defizitausgleich zu erhalten, könnte das Krankenhaus darin Maßnahmen zur finanziellen Leistungsfähigkeit und Erreichung einer vollständigen Ausgabendeckung erarbeiten, die von der Aufsichtsbehörde der tragenden Gebietskörperschaft auf Plausibilität zu prüfen sind.³⁵⁸

4.3.2 Prospektive Sicherstellung der Krankenhausstrukturen durch Vorhaltezuschläge

4.3.2.1 Wettbewerbskompatible Ausgestaltung von Vorhaltezuschlägen nötig

239. Von diversen Fachleuten im Gesundheitswesen wird derzeit die Einführung eines neuartigen Finanzierungsinstruments in Form sog. Vorhaltezuschläge diskutiert. Die Idee ist, die Vorhaltekosten von Krankenhäusern für Strukturen der Leistungserbringung z. B. für Notfälle, Grundversorgung auf dem Land, aber auch für medizinisches Personal, Geräte oder spezielle Räumlichkeiten durch ein neues Instrument zielgerichteter zu finanzieren. Die finanzielle Unterstützung soll sich dabei an den strukturellen Kostentreibern der Krankenhäuser orientieren, sodass die individuelle Situation der Kliniken dadurch erfasst wird. Dem liegt zugrunde, dass sich die Vorhaltekosten von Krankenhäusern unterschiedlichen Typs merklich unterscheiden, z. B. von solchen, die Notfälle behandeln oder Geburtshilfe leisten, von solchen, die sich z. B. auf Knieoperationen spezialisiert haben, was jedoch durch die bisherigen Zuschlagssysteme nicht erfasst wird. In den Vorhaltezuschlägen wird der Vorteil gesehen, die Krankenhausfinanzierung gezielt an den regionalen Erfordernissen und Bedürfnissen auszurichten und so für die Sicherstellung tatsächlich bedarfsnotwendiger Versorgungsstrukturen zu sorgen. Zudem sollen Krankenhäuser weniger dem Druck ausgesetzt sein, durch eine Ausweitung von Fallzahlen ihre (Vorhalte-)kosten finanzieren zu müssen. In diesem Zusammenhang sieht auch der aktuelle Koalitionsvertrag eine Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung in Form einer Art von Vorhaltezuschlägen vor. Im Einzelnen soll dabei das derzeitige Finanzierungssystem „um ein nach Versorgungsstufen [...] differenziertes System erlösunabhängiger Vorhaltepauschalen“ ergänzt werden.³⁵⁹

240. Ein klares Konzept für die Ausgestaltung solcher Vorhaltezuschläge, z. B. ob und ggfs. an welche Zuschlagsvoraussetzungen diese geknüpft sein sollten, existiert bisher nicht. Unterschiedlich diskutiert wird auch, ob die Vorhaltezuschläge additiv zu bereits bestehenden Zuschlägen gezahlt werden oder diese ersetzen sollen. So fordert der Marburger Bund etwa einen Vorhaltezuschlag, der gestaffelt nach Versorgungsstufen ist und als eine leistungsunabhängige Vergütungskomponente von den Krankenkassen finanziert wird. Im Ergebnis soll das

³⁵⁸ Der Ansatz wäre insofern vergleichbar mit dem Konzept zur sog. Haushaltssicherung im kommunalen Haushaltsrecht.

³⁵⁹ Mehr Fortschritt wagen: Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit, Koalitionsvertrag 2021-2025 zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP, 2021, S. 67.

gegenwärtige DRG-System durch ein kombiniertes Vergütungssystem aus krankenhausindividuellen Personalausgaben und Vorhaltekosten abgelöst werden.³⁶⁰ Demgegenüber schlagen z. B. Schreyögg/Milstein eine Reform innerhalb des bestehenden Systems vor. Ihrer Auffassung nach könnte der Vorhaltezuschlag als ein Zuschlag auf die DRG-Fallpauschalen konzipiert sein, welcher auf den existierenden Zuschlagssystemen (Sicherstellungs-, Notfall- und Zentrumszuschlag) aufbaut und mit Strukturvorgaben komplementiert wird.³⁶¹

241. Die Monopolkommission sieht durch die Einführung eines neuartigen Finanzierungsinstrumentes in Form von Vorhaltezuschlägen eine große Chance dafür, die Krankenhausfinanzierung insgesamt zielgerichteter und wettbewerbskonformer auszugestalten. Aus Sicht der Monopolkommission könnte der Vorhaltezuschlag grundsätzlich alle neben der regulären Krankenhausfinanzierung (DRG-Fallpauschalen und Investitionskostenförderung) derzeit existierenden Finanzierungsmittel zusammenführen und die Mittelvergabe insgesamt neu ausrichten. Konkret bedeutet dies, dass diverse Zuschlagssysteme – insbesondere Sicherstellungs-, Notfall- und Zentrumszuschlag – in einen einzigen Vorhaltezuschlag umgewandelt werden. Im Ergebnis würde die Krankenhausfinanzierung künftig aus zwei Komponenten bestehen: einer wettbewerblichen, leistungsbasierten Komponente in Form der DRG und einer struktursichernden Komponente zur Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung in Form des Vorhaltezuschlags. Insoweit würde auch das gegenwärtige Sammelsurium an Finanzierungsinstrumenten aufgelöst und die Krankenhausfinanzierung deutlich vereinfacht werden.

242. Der Vorhaltezuschlag soll eine zielgerichtete Finanzierung versorgungsnotwendiger Strukturen sicherstellen, ohne dabei im Wettbewerb notwendige allokativen Effizienzunterschiede zwischen Krankenhäusern zu verwischen. Es sollten daher nur solche Versorgungsstrukturen im Vorhaltezuschlag berücksichtigt und finanziert werden, die im Rahmen einer leistungsorientierten Vergütung nach DRG-Fallpauschalen nicht geeignet abgebildet werden können. Dies betrifft insbesondere die politisch gewünschte Aufrechterhaltung der Versorgung in Regionen, die eine zu geringe Auslastung erreichen. Keinesfalls darf es dadurch jedoch zu einer willkürlichen Vergabe von Finanzierungsmitteln kommen. In diesem Zusammenhang erscheint vor allem eine Auszahlung von Vorhaltezuschlägen ausschließlich auf Grundlage verschiedener Versorgungsstufen, wie im aktuellen Koalitionsvertrag vorgesehen, nicht sachdienlich zu sein. Vielmehr sollte der Vorhaltezuschlag an konkrete Parameter und Vorgaben zur Vorhaltung bestimmter Leistungsbereiche geknüpft sein. Dies erfordert zunächst eine klare Festlegung von Versorgungsstrukturen, die für eine flächendeckende Versorgung benötigt bzw. von den Krankenhäusern unbedingt vorgehalten werden sollen. Die distributiv verursachten Kostenunterschiede, d. h. solche, die durch die gewünschte Vorhaltung der als versorgungsnotwendig deklarierten Versorgungsstrukturen ausgelöst werden, müssen sodann anhand von geeigneten Parametern abgebildet werden. Ein Ziel sollte sein, die Finanzierungsmöglichkeiten für Krankenhäuser im Vergleich zu den derzeit bestehenden Finanzierungs-

³⁶⁰ Marburger Bund, Daseinsvorsorge verpflichtet – Versorgung und Arbeitsbedingungen für die Zukunft gestalten, Berlin, 21. Juli 2021, S. 4 f.

³⁶¹ Schreyögg, J./Milstein, R., Bedarfsgerechte Gestaltung der Krankenhausvergütung – Reformvorschläge unter der Berücksichtigung von Ansätzen anderer Staaten, Gutachten im Auftrag der Techniker Krankenkasse, a. a. O., S. 21 ff.

strumenten für einzelne Versorgungsbereiche merklich auszuweiten. Aus diesem Grund sollten die Parameter nicht nur geografische Gegebenheiten von Krankenhäusern — wie etwa bei den Sicherstellungszuschlägen —, sondern auch verschiedene Marktkräftefaktoren abbilden. Dies bedeutet, dass der Vorhaltezuschlag auch strukturell und/oder regional bedingte Unterschiede erfassen sollte, um den verschiedenen Kostenstrukturen der Krankenhäuser Rechnung zu tragen. Mögliche Parameter, die nicht hinreichend im fallzahlabhängigen DRG-System abgebildet werden, könnten im Einzelnen sein:

- **Geografische Nachfrageunterschiede:** Zur Herstellung einer flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung der Bevölkerung könnten Parameter zur Erfassung geografischer Besonderheiten festgelegt werden. Dies bedeutet, dass etwa ländliche Krankenhäuser, die aufgrund ihrer geografischen Lage eine geringere Nachfrage bedienen oder eine unteroptimale Betriebsgröße haben, für die Erbringung ggfs. unwirtschaftlicher, aber versorgungsnotwendiger Leistungen einen finanziellen Ausgleich erhalten. Hierzu könnten die Parameter z. B. die Bevölkerungsdichte, die Erreichbarkeit von Krankenhäusern oder die Frage, wann ein strukturell bedingter Versorgungsbedarf anzunehmen ist, erfassen. Dieser Parameter entspricht im Grundsatz einer genaueren Abbildung der Kosten, die bisher durch die Sicherstellungszuschläge vergütet werden.
- **Strukturelle, technische Ausstattung eines Krankenhauses:** Ferner wird vielfach angenommen, dass unter den bisherigen Finanzierungssystemen die Ausstattung zur Versorgung bestimmter (vor allem seltener) Erkrankungen sich nicht refinanzieren lässt bzw. zu geringe Anreize dafür vorhanden sind, eine bestimmte Ausstattungsqualität vorzuhalten. Um dem entgegenzuwirken, könnte die Einführung eines Zuschlagsparameters geprüft werden. Hierbei könnten die Krankenhäuser für eine bedarfsgerechte Ausstattung vor allem jenen Teil der Fixkosten ausgeglichen bekommen, der unabhängig von der Anzahl der zu behandelnden Patientinnen und Patienten anfällt und damit nicht sinnvoll fallzahlorientiert vergütet werden kann. Denkbar ist beispielsweise die Vorhaltung für besonders ausgebildetes Fachpersonal oder bestimmte medizinische Geräte. Der Parameter sollte insoweit an spezielle Anforderungen für eine bedarfsgerechte Versorgung geknüpft werden und konkrete Ausstattungsmerkmale eines Krankenhauses erfassen. Für den Bedarf eines solchen Parameters könnte sprechen, dass laut einer Studie der Bertelmann-Stiftung viele Häuser in Deutschland medizintechnisch nicht adäquat ausgestattet sind, um typische Notfälle wie Herzinfarkte zu behandeln. So besitzen fast zwei Drittel aller Krankenhäuser keine Koronarangiographie, ein Drittel keinen Computertomographen.³⁶²
- **Vorhaltung von Reservekapazitäten:** Für die Sicherstellung einer jederzeit flächendeckenden Versorgung ist die Vorhaltung von Reservekapazitäten von besonderer Bedeutung. Krankenhäuser sollten daher einen angemessenen finanziellen Ausgleich erhalten, um zusätzliche Kapazitäten für unregelmäßig und unvorhersehbar auftretende Bedarfsschwankungen beispielsweise bei Pandemien oder Umweltkatastrophen be-

³⁶² Böcken, J., Neuordnung der Krankenhaus-Landschaft, Bertelsmann Stiftung (Hrsg.), Spotlight Gesundheit 2, 2019, S. 3 f.

reitzuhalten. Denkbar wäre beispielsweise, dass als Folge der Covid-19-Pandemie die Vorhaltung einer bestimmten Anzahl von Beatmungsplätzen je Versorgungsregion vorgesehen ist. Ein Vorhaltezuschlag für Reservekapazitäten erscheint insbesondere deshalb erforderlich, weil das reguläre Finanzierungssystem nur unzureichend kurzfristig auf unvorhersehbare Nachfrageschwankungen nach Versorgungsleistungen reagieren kann. Es gibt im engeren Sinne keine Preisanpassungen für Spitzenlastzeiten, um in Situationen mit hohem Versorgungsbedarf die Nachfrage zu befriedigen.³⁶³

- **Besondere Zuschläge:** Zudem könnten beispielsweise für die Teilnahme eines Krankenhauses an der Notfallversorgung besondere Zuschlagsparameter vorgesehen werden. So handelt es sich bei Notfällen um Versorgungsleistungen, die sich kaum planen lassen. Krankenhäuser sind daher gezwungen, eine Notfallaufnahme vorzuhalten, um im Bedarfsfall eine schnelle Versorgung von Patientinnen und Patienten gewährleisten zu können. Die Notwendigkeit der Vorhaltung bestimmter Notfallstrukturen ist dabei weitestgehend losgelöst von der tatsächlichen Auslastung der Einrichtung. Der Vorhaltezuschlag könnte daher einen Teil der fixen Kosten der daran teilnehmenden Krankenhäuser finanzieren, um die Teilnahme an der Notfallversorgung unabhängiger von der Fallzahl zu ermöglichen. Er entspricht damit vom Zweck her dem gegenwärtig existierenden Notfallzuschlag.

243. Auf Grundlage dieser Parameter könnte der Vorhaltezuschlag als ein parameterbasierter und somit krankenhausindividueller Zuschlag auf die regulären DRG-Fallpauschalen ausgezahlt werden. Die Höhe des jeweiligen Vorhaltezuschlags richtet sich danach, in welchem Umfang ein Krankenhaus die als notwendig deklarierten Versorgungsstrukturen vorhält. So würde ein Krankenhaus, welches sich auf dem Land befindet, aber sonst keine Strukturkriterien erfüllt, einen grundsätzlich geringeren Vorhaltezuschlag erhalten als ein anderes ländliches Krankenhaus, welches an der Notfallversorgung teilnimmt und Reservekapazitäten für den Katastrophenfall vorhält.

244. Die zuvor beispielhaft aufgeführten Strukturparameter könnten durch den Gemeinsamen Bundesausschuss konkretisiert und auf Bundesebene festgelegt sowie in der entsprechenden Höhe bundeseinheitlich finanziert werden. Der regelgebundene Vorhaltezuschlag könnte insoweit ein bundesweit angestrebtes Versorgungsniveau sicherstellen. Allerdings wäre ein so konzipierter Vorhaltezuschlag dem strukturellen Widerspruch ausgesetzt, dass dieser zwar eine bundesweit einheitliche Vergütung zur Finanzierung der flächendeckenden Versorgung bereitstellt. Zugleich werden aber die Ziele, die die gewünschten Anforderungen an die flächendeckende Versorgung markieren, von den Bundesländern festgelegt. Vor diesem Hintergrund ist es zur konsistenten zielgerichteten Ausgestaltung der Vorhaltezuschläge notwendig, eine Ermächtigung der Länder aufzunehmen, durch eine Rechtsverordnung abweichende oder ergänzende Strukturparameter zu erlassen. Dadurch wäre es den Ländern möglich, eigenen Anforderungen bei der Vorhaltung von als notwendig erachteten Leistungen hinreichend

³⁶³ Eine solche Preisbildung zu Spitzenlastzeiten wird Spitzenlasttarifierung (engl. Peak-Load-Pricing) genannt. Siehe für den Energiesektor etwa Monopolkommission, Sondergutachten 77, Energie 2017: Gezielt vorgehen, Stückwerk vermeiden, Baden-Baden, 2017, Tz. 63.

Rechnung zu tragen. Bei Bedarf könnten die Länder so den Vorhaltezuschlag gezielt zur Nachsteuerung ihrer Versorgungsstrukturen und Erreichung der eigenen Versorgungsziele einsetzen. Während eine Finanzierung des Vorhaltezuschlags auf Basis der bundeseinheitlichen Kriterien nicht durch die Länder getragen werden müsste, sollten diese jedoch für Mehraufwendungen aufkommen, die durch von ihnen veranlasste Änderungen an den Parametern entstehen. Dadurch bliebe bei der Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung die fiskalische Äquivalenz zwischen Entscheidungsträger und Entscheidungsfinanzierer gewahrt.

245. Bei einer solchen Ausgestaltung von Vorhaltezuschlägen würde im besten Fall das wettbewerbpolitisch problematische System der Defizitausgleiche korrigiert werden können, da der Betrieb von Krankenhäusern unter strukturell schlechten Voraussetzungen bessergestellt würde. Denkbar bliebe allerdings, dass sich in Einzelfällen die vom Land festgelegte Sicherstellungsgrenze auf Basis eines allgemeinen parameterbasierten Zuschlages nicht geeignet erreichen lässt. Eine allgemeine Erhöhung bestimmter Parameter des Vorhaltezuschlages durch das Bundesland könnte z. B. nicht hinreichend zielgenau wirken. So ein Fall wäre etwa gegeben, wenn eine gesellschaftlich gewünschte spezifische Verbesserung der Finanzierung z. B. vor dem Hintergrund der Versorgungssituation in einer einzelnen Teilregion erreicht werden soll, die sich durch die zur Verfügung stehenden Parameter unzureichend abbilden lässt. Um auf solche Einzelfälle reagieren zu können, sollten die Bundesländer neben einer generellen Anpassung des regelgebundenen Vorhaltezuschlags auch die Möglichkeit zur Ausschreibung einzelner Versorgungsleistungen haben. Insoweit können die Landeskrankenhausplanungen punktuell ein bestimmtes Versorgungsniveau herstellen, ohne dass sie – wie bisher – auf das problematische System der Defizitausgleiche zurückgreifen müssen. Die Monopolkommission empfiehlt daher, neben dem regelgebundenen Vorhaltezuschlag auch einen Sondervorhaltezuschlag vorzusehen, der den Ländern im Einzelfall eine punktuelle Finanzierung versorgungsnotwendiger Strukturen bis zur Herstellung der vom Land ermittelten Sicherstellungsgrenze ermöglicht. Wie in Abschnitt 4.2.3.1 dargestellt wurde, eignet sich in diesen Fällen ein öffentliches Ausschreibungsverfahren, durch das Sondervorhaltezuschläge an Krankenhäuser vergeben werden können, die die zur Sicherstellung benötigten Kapazitäten am besten bereitstellen. Die Länder könnten zukünftig selbst entscheiden, ob die Vergabe des Sondervorhaltezuschlags zentral, etwa durch die Krankenhausplanung, oder auf Ebene der Kommunen und Städte erfolgen soll.

4.3.2.2 Einbindung des Vorhaltezuschlags in eine Neuordnung des Finanzierungssystems

246. Damit die angedachte Umstellung des Finanzierungssystems auf die Vorhaltezuschläge auch eine hinreichende Wirkung entfalten kann, müssten diese ein substanzielles Förderungsvolumen umfassen. Dies ließe sich ohne direkte Veränderung der Gesamtfinanzierungshöhe über eine Neuordnung der Finanzierungsströme erreichen. Der gegenwärtige Finanzierungsumfang der verschiedenen Kostenträger – vorrangig Krankenkassen und Länder – bliebe dann grundsätzlich unverändert. Außerdem sollte den Ländern zur Verwirklichung der in § 1 KHG verankerten Ziele und Steuerung der Versorgungskapazitäten eine stärkere Rolle bei der Finanzierung versorgungsnotwendiger Strukturen eingeräumt werden. Zur Umsetzung gibt die Monopolkommission daher folgende Empfehlungen:

- Zunächst könnte der Anteil leistungsabhängiger Vergütungsbestandteile (DRG-Fallpauschalen und Investitionskostenförderung) an der gesamten Krankenhausvergütung reduziert und im Gegenzug der Anteil nicht leistungsabhängiger Vergütungsbestandteile (neu einzuführender Vorhaltezuschlag) erhöht werden.³⁶⁴ Während eine solche Struktur bereits in vielen anderen OECD-Länder üblich ist und dort der Anteil der leistungsabhängigen DRG-Fallpauschalen 40 bis 50 Prozent an der Gesamtvergütung beträgt, werden in Deutschland zwischen 74 und 90 Prozent über DRG-Fallpauschalen vergütet.³⁶⁵ Diese in Deutschland sehr stark leistungsabhängige Vergütung könnte soweit in Vorhaltezuschläge verschoben werden, dass dadurch strukturelle Mehrkosten der flächendeckenden Versorgung ausgeglichen werden. Insgesamt könnte so ein substantielles Finanzierungsvolumen der Vorhaltezuschläge geschaffen werden, ohne dass die Kostenträger für insgesamt höhere Finanzierungsmittel aufkommen müssten.
- Zugleich sollte die Einführung leistungsorientierter Investitionsfallpauschalen bundesweit vorangetrieben werden. Die Investitionskostenförderung sollte dabei vollständig von der derzeit weiterhin verbreiteten Einzel- und Pauschalförderung auf die fallbezogenen Investitionsfallpauschalen umgestellt werden.³⁶⁶
- Im Ergebnis würden den Krankenhäusern zukünftig sowohl die Betriebs- als auch die Investitionskosten in Form von DRG- bzw. Investitionsfallpauschalen vergütet werden, wobei der Teil, der durch Vorhaltezuschläge gedeckt wird, in Abzug zu bringen wäre. In der Praxis könnte bei der Berechnung der Fallpauschalen und der dazu vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus vorgenommenen Kostenermittlung die durchschnittlich gezahlten Vorhaltezuschläge von den relevanten Kosten der Krankenhäuser subtrahiert werden.
- Die Umstellung der Krankenhausfinanzierung sollte schließlich mit einer Neuordnung der Finanzierungsströme einhergehen. Die Monopolkommission hält es für zielführend, die Finanzierung aller leistungsabhängigen Vergütungsbestandteile zukünftig bei den Krankenkassen anzusiedeln. Dies bedeutet, dass die Krankenkassen sowohl die Betriebs- als auch die Investitionskosten der Krankenhäuser im Rahmen gemeinsamer Fallpauschalen finanzieren. Da der Umfang leistungsabhängiger Vergütungsbestandteile im Vergleich zu bisher allerdings deutlich reduziert werden soll, könnten die Krankenkassen zusätzlich einen Anteil der Vorhaltezuschläge mitfinanzieren, ohne dass sich ihr Gesamtanteil an der Finanzierung ändern würde. Die Finanzierung des übrigen und

³⁶⁴ Im Ergebnis auch SVR-Gesundheit, Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, a. a. O., Rz. 418.

³⁶⁵ Die vorliegenden Werte beziehen sich auf den Zeitraum vor der Ausgliederung der Pflegekosten aus den DRG. Augurzký, B./Schmitz, H., Wissenschaftliche Untersuchung zu den Ursachen unterschiedlicher Basisfallwerte der Länder als Grundlage der Krankenhausfinanzierung, a. a. O., S. 48; Mang, H./Kunzmann, U./Bauer, M., Diagnosis Related Groups: Sicherung und Aufteilung von Erlösen aus anästhesiologischer Perspektive, *Anaesthesist*, 56(9), 2007, S. 867-876, 869; Schreyögg, J., Vorschläge für eine anreizbasierte Reform der Krankenhausvergütung, in: Klauber, J. u. a. (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2017 – Schwerpunkt: Zukunft gestalten*, Stuttgart, 2017, S. 15.

³⁶⁶ Die Monopolkommission hat sich bereits in der Vergangenheit für die Umstellung der Investitionskostenförderung auf die Investitionsfallpauschalen ausgesprochen, vgl. Monopolkommission, XVII. Hauptgutachten, a. a. O., Tz. 842. So auch SVR-Gesundheit, Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, a. a. O.

landesindividuellen Teils der Vorhaltezuschläge und die gegebenenfalls durch Ausschreibungen zu vergebenden Sonderhaltezuschläge sollten durch die Länder (oder je nach Organisation innerhalb des Bundeslandes die Kommunen) erfolgen, die dafür ihre bisherige Verpflichtung zur Zahlung von Investitionskosten an die Krankenkassen abgeben und in (zunächst) gleicher Höhe die Vorhaltungskosten übernehmen. Sie könnten mithilfe der Vorhaltezuschläge die als bedarfsnotwendig angesehenen Versorgungsstrukturen zielgenau finanzieren und steuern. Damit bliebe die fiskalische Äquivalenz gewahrt, weil die Länder die Versorgungsstandards setzen und mit höheren Standards einhergehende Mehrkosten selbst tragen und verantworten würden. In der Summe sollte mit der Umstellung der Finanzierungsaufwand bei beiden Kostenträgern gleichbleiben.

Kapitel 5

Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung

5.1 Beitrag und Wirkung des Qualitätswettbewerbs zur Erreichung hoher Versorgungsqualität

247. Die Optimierung der Qualität medizinischer Versorgungsleistungen im Allgemeinen und stationärer Krankenhausleistungen im Speziellen kennzeichnet ein zentrales gesellschaftliches Ziel und einen Schwerpunkt der gesundheitspolitischen Diskussion in Deutschland. Bei der Qualitätsoptimierung handelt es sich notwendigerweise um ein relatives Ziel. Aus Sicht der Monopolkommission geht es darum, die bestmögliche Qualität bei den in einer zu definierenden Region möglichen Versorgungsangeboten zu erreichen und zugleich eine Mindestqualität in allen Krankenhäusern zu sichern. In der Organisation der Krankenhausversorgung beeinflussen verschiedene Entscheider das Qualitätsniveau eines Krankenhauses: Einerseits Behörden und zentrale Institutionen wie der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), die Qualitätsanforderungen für Krankenhäuser planerisch herleiten und dazu verpflichtende Vorgaben machen, andererseits die Krankenhäuser selbst, die – insbesondere ausgelöst durch die Krankenhauswahlentscheidung der Patientinnen und Patienten oder durch Verträge mit den Krankenversicherungen – ein eigenes Interesse daran haben, eine qualitativ hochwertige Behandlung anzubieten. In beiden Fällen sind in aller Regel Wettbewerbsprozesse eine wesentliche Triebkraft für Qualität. Wirksamkeit, Grenzen und Anpassungsbedarf der wettbewerblichen Steuerung der Krankenhausqualität in Deutschland werden nachfolgend untersucht.

5.1.1 Formen des Qualitätswettbewerbs im deutschen Krankensektor

248. In aller Regel basiert die Vorstellung von Wettbewerb im Krankenhausmarkt auf expliziten Auswahlentscheidungen der Patientinnen und Patienten, die für eine Behandlung ein Krankenhaus wählen. Hierbei entstehen Leistungsanreize, weil Krankenhäuser mit ihrem Angebot darum konkurrieren, für eine Behandlung als Leistungserbringer ausgewählt zu werden.³⁶⁷ Genauer betrachtet, betrifft diese Erscheinungsform des Wettbewerbs vor allem reguläre Einweisungen, die oftmals planbar sind und aufgrund dieser Eigenschaft als sog. elektive Krankenhausbehandlungen bezeichnet werden. Elektiven Behandlungen liegt üblicherweise eine Entscheidung der Patientinnen und Patienten zugrunde, in welchem Krankenhaus sie die Behandlung durchführen lassen wollen.

249. In Deutschland erfolgt die Auswahlentscheidung der Patientinnen und Patienten für ein Krankenhaus vor allem auf für sie transparenten Qualitätskriterien. Die Kosten einer Behandlung spielen für die Krankenhausauswahl indes keine Rolle, weil die in Deutschland als Pflicht-

³⁶⁷ Siehe zu der Grundfunktion des Wettbewerbs um Patientinnen und Patienten im Krankensektor auch Abschnitt 4.1. Dort werden die wettbewerblichen Anreize zur Abbildung des Versorgungsumfangs spiegelbildlich beschrieben.

versicherung organisierte Krankenversicherung üblicherweise für die Kosten aufkommt.³⁶⁸ Krankenhäuser, die gemäß § 108 SGB V zugelassen sind, können die gewöhnlichen Behandlungsleistungen mit den Krankenversicherungen abrechnen. Die Kostenübernahme betrifft die Abrechnung von Leistungen gem. § 6 Abs. 1, 2 und 2a KHEntgG. Ein Wettbewerb in Bezug auf den Preis optionaler Wahlleistungen ist möglich, dieser betrifft aber gewöhnlich nur einen geringen Teil der Gesamtvergütung. Trotz der Pflicht zur Kostenübernahme können gesetzliche Krankenversicherungen nach heutiger Rechtslage im Rahmen der sog. Regelversorgung keine Vorgaben machen, in welchem Krankenhaus eine Behandlungsleistung erbracht werden soll. Für private Krankenversicherungen gilt dies im Wesentlichen entsprechend. In diesem Zusammenhang spricht man auch von der „freien Krankenhauswahl“ der versicherten Patientinnen und Patienten, die Wettbewerbsprozesse in Gang bringt.³⁶⁹ Krankenhäuser sind entsprechend motiviert, eine hohe Qualität anzubieten, um dadurch Patientinnen und Patienten zu gewinnen und Fälle abzurechnen.

250. Der dargestellte Wettbewerb durch Qualitätsentscheidungen der Patientinnen und Patienten betrifft den überwiegenden Anteil der deutschen Krankenhaufälle. Wegen seiner hohen Bedeutung und der anzunehmenden starken Wettbewerbswirkungen, liegt er als Leitbild den weiteren Ausführungen in diesem Abschnitt zugrunde. Der übrige Teil der Einweisungen wird gewöhnlich den sog. Notfällen zugerechnet. In Akutsituationen ist die Möglichkeit einer bewussten Auswahlentscheidung der Patientinnen und Patienten oftmals nicht mehr gegeben. Der Anteil der Notfälle an der Krankenhausversorgung in Deutschland wird auf ca. 40 Prozent geschätzt.³⁷⁰ Der genaue Anteil solcher Fälle hängt allerdings auch von der Definition eines „Notfalls“ ab, der sich nicht eindeutig abgrenzen lässt. Allgemein liegt ein Notfall in Situationen vor, die ohne sofortige medizinische Behandlung zu gesundheitlichen Schäden oder zum Tod eines Menschen führen können. Je nachdem, wie weit diese Abgrenzung gezogen wird, können unter den Notfällen auch solche Situationen enthalten sein, in denen es Patientinnen und Patienten möglich ist, die Wahl eines Krankenhauses vorab zu bestimmen. So sind ggf. auch bestimmte Konstellationen der (plötzlich erforderlichen) Geburtshilfe als Notfall anzusehen. Schwangere, die eine stationäre Geburt präferieren, entscheiden sich aber üblicherweise vorab für ein Krankenhaus, das – sofern möglich – bevorzugt aufgesucht wird.

251. Auch wenn in Notfällen den Patientinnen und Patienten keine Auswahlentscheidung möglich ist, kann Wettbewerb über andere Wege zur Qualitätsverbesserung beitragen. Der konzeptionelle Fokus des Wettbewerbs liegt dann auf dem Prozess gegenseitigen Lernens. Eine Qualitätssteigerung entsteht stets über Vergleiche, d. h. über paralleles „Experimentieren“ und durch die Ex-post-Entdeckung überlegener Versorgungslösungen. Im Unterschied

³⁶⁸ Dies betrifft auch die alternative Versicherungsmöglichkeit in der privaten Krankenversicherung. Monopolkommission, Sondergutachten 75, Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem, Baden-Baden, 2017.

³⁶⁹ Ausnahmen bestehen dann, wenn Einweiser ein Krankenhaus vorgeben. Hier bestimmt § 39 Abs. 2 SGB V: „Wählen Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus, können ihnen die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden.“

³⁷⁰ Huke, T./Robr, B.-P., Notfallversorgung im stationären Sektor, in: Klauber, J. u. a. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2015 – Schwerpunkt: Strukturwandel, Stuttgart, 2015, S. 61-76.

zum Wettbewerb um Patientinnen und Patienten wird die Entscheidung über Qualität in diesem Fall jedoch zum einen von den Beschäftigten der Krankenhäuser im Rahmen autonomer Motivation getroffen. Der Wettbewerb führt dann dazu, dass die Beschäftigten die Versorgungsprozesse selbstständig verbessern wollen, wenn durch Vergleiche und sog. Benchmarking Unterschiede sichtbar werden. Zum anderen kann die Vergleichbarkeit aber auch im Rahmen der Qualitätsregulierung genutzt werden, um vorteilhafte Prozesse unter verschiedenen Häusern zentral zu identifizieren und zu standardisieren. Diese Formen des Wettbewerbs werden auch als Yardstick-Wettbewerb bezeichnet, weil die Wettbewerber (sich) untereinander als Vergleichsmaßstab dienen.³⁷¹ Yardstick-Wettbewerb kann sämtliche Qualitätsparameter, von Organisationsprozessen über verschiedene Behandlungstechniken betreffen. Im Rahmen eines Vergleiches örtlicher Krankenhäuser können hierbei auch Prozesse mit regionalem Schwerpunkt, z. B. in der originären Organisation der örtlichen Notfallversorgung, vergleichbar gemacht werden.

252. Schließlich kann Qualitätswettbewerb zwischen Krankenhäusern grundsätzlich auch gegenüber den Krankenversicherungen in Form eines Vertragswettbewerbs ausgetragen werden. In diesem Fall entscheiden die Patientinnen und Patienten nicht direkt über ihre Präferenz bei der Krankenhauswahl, sondern indirekt durch die Auswahl eines Krankenversicherungsvertrages. Jede Krankenversicherung bündelt dann das Interesse ihrer Versicherten an einem hochwertigen Versorgungsangebot, indem sie individuelle Versorgungsvereinbarungen mit Krankenhäusern trifft. Die Krankenversicherungen als auch die Krankenhäuser stehen dann untereinander im Wettbewerb um sog. Selektivverträge. Diese Form des selektiven Einkaufs der Versorgungsleistungen durch Krankenversicherungen ist in Deutschland nicht die Regel. Typisch ist vielmehr, dass Verträge zwischen Krankenhäusern und Krankenversicherungen kollektiv verhandelt werden und die Leistungsansprüche einheitlich vorgegeben werden. Nur in einzelnen Bereichen ist Qualitätswettbewerb durch Verträge möglich.³⁷² Hervorzuheben sind dabei die sog. Qualitätsverträge gem. § 110a SGB V, die bisher allerdings nur sehr begrenzte Wirkung entfalten (siehe Abschnitt 5.3).

5.1.2 Internationale Studien zeigen Vorteile des Wettbewerbs abhängig vom Marktdesign

253. Es existiert eine Reihe internationaler empirischer Studien, in denen die Steuerungswirkung des Wettbewerbs – insbesondere die des Wettbewerbs um Patientinnen und Patienten – in Bezug auf die Qualität in der Krankenhausversorgung untersucht wurde. Bei der empirischen Messung der Wettbewerbseffekte im Krankenhausbereich bestehen grundsätzlich verschiedene Herausforderungen. Zum einen betrifft dies die Schwierigkeit, die Ergebnisse des Wettbewerbs objektiv zu messen. In der gesundheitsökonomischen Literatur wird der Einfluss des Wettbewerbs typischerweise auf Basis von ergebnisorientierten Qualitätskennziffern, wie

³⁷¹ Der Begriff des Yardstick-Wettbewerbs geht auf Shleifer zurück, der mit dem Begriff ursprünglich eine Regulierung bezeichnete, die auf Basis von Vergleichen verschiedener Marktakteure durch einen Regulierer vorgenommen wird. Shleifer, A., A Theory of Yardstick Competition, *Rand Journal of Economics*, 16 (3), 1985, S. 319-327.

³⁷² Monopolkommission, Sondergutachten 75, a. a. O.

den Mortalitätsraten nach Herzinfarkten oder Fehlerquoten nach bestimmten operativen Eingriffen, quantifiziert. Einen allgemeinen Literaturüberblick bietet beispielsweise Gaynor (2006).³⁷³ Zum anderen besteht das Problem, dass die gemessenen Ergebnisse in aller Regel stark von dem betrachteten Marktdesign abhängen. Wesentliche institutionelle Unterschiede betreffen z. B. die Frage, ob es sich um einen Preis-, Qualitäts- oder Vertragswettbewerb handelt und wie transparent Qualitätskriterien in der untersuchten Region jeweils sind. Der Monopolkommission sind keine Studien bekannt, die die Wirkung des Qualitätswettbewerbs in Deutschland untersuchen.

254. Vor diesem Hintergrund ist festzustellen, dass die Studien zu ambivalenten Ergebnissen kommen, wobei der überwiegende Teil ein positives Bild des Wettbewerbs im stationären Gesundheitssektor zeichnet. Konkret bedeutet dies, dass ein wirksamer Wettbewerb zwischen Krankenhäusern mit einer Verbesserung der Versorgungsqualität zugunsten von Patientinnen und Patienten verbunden ist. Da zwischen den untersuchten Gesundheitssystemen und der Situation in Deutschland große Unterschiede bestehen, lassen sich die Ergebnisse nicht allgemein übertragen. Zum Beispiel kann der Preiswettbewerb in einzelnen Ländern eine deutlich größere Rolle spielen als in Deutschland und dadurch Qualitätsentscheidungen verdrängen.

255. Positive Auswirkungen des Wettbewerbs auf die Qualität zeigen etwa Gaynor/Moreno-Serra/Propper (2013)³⁷⁴, die in Großbritannien die Auswirkungen des preisregulierten Qualitätswettbewerbs auf die 30-Tage-Mortalität von Personen mit Herzinfarkt untersuchen. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass durch eine Reduzierung der durchschnittlichen Marktkonzentration um 10 Prozent jedes Jahr rund 1.000 Todesfälle allein in den 133 untersuchten Krankenhäusern vermieden werden könnten. Kessler/Geppert (2005)³⁷⁵ kommen für die Vereinigten Staaten zu ähnlichen Ergebnissen. Sie stellen zusätzlich fest, dass Herzinfarkt-Hochrisikopatientinnen und -patienten in wettbewerbsorientierten Märkten eine intensivere Behandlung erhalten und infolgedessen signifikant bessere Gesundheitsergebnisse aufweisen.³⁷⁶ Ein Grund für den positiven Wettbewerbseffekt könnte in einer wettbewerbsgetriebe-

³⁷³ Gaynor, M., Competition and Quality in Health Care Markets, *Foundations and Trends in Microeconomics*, 6 (2), 2006, S. 441-508.

³⁷⁴ Gaynor, M./Moreno-Serra, R./Propper, C., Death by Market Power: Reform, Competition and Patient Outcomes in the National Health Service, *American Economic Journal: Economic Policy*, 5 (4), 2013, S. 134-166.

³⁷⁵ Kessler, D./Geppert, J., The effects of competition on variation in the quality and cost of medical care, *Journal of Economics and Management Strategy*, 14 (3), 2005, S. 575-589.

³⁷⁶ So auch Kessler/McClellan (2000), die einen wohlfahrtssteigernden Effekt von Wettbewerb auf den amerikanischen Gesundheitsmarkt messen. Ihren Untersuchungen zufolge führt Wettbewerb zu substantiell niedrigeren Behandlungskosten und besseren Gesundheitsergebnissen, gemessen an weniger häufiger auftretenden Komplikationen und einer verminderten Herzinfarkt mortalität. Einen Beitrag zur Literatur leisten auch Cooper u. a. (2011), die in Großbritannien die Auswirkungen einer erweiterten Krankenhauswahlmöglichkeit von Patientinnen und Patienten für elektive Behandlungen auf die 30-Tage-Mortalität von Personen mit Herzinfarkt untersuchen. Durch die Ausweitung der Krankenhauswahlmöglichkeiten sollte den Krankenhäusern Anreize gesetzt werden, auf einem preisregulierten Markt zu konkurrieren. Die Autoren kommen zum Ergebnis, dass eine Reduzierung der Marktkonzentration um 10 Prozent innerhalb von zwei Jahren mit einer Reduzierung der Herzinfarkt um 2,91 Prozent einherging. Vgl. Kessler, D./McClellan, B., Is Hospital Competition Socially Wasteful?, *Quarterly Journal of Economics* 115 (2), 2000, S. 577-615; Cooper, Z. u. a., Does hospital competition save lives? Evidence from the English NHS patient choice reform, *The Economic Journal*, 121, 2011, S. 228-260.

nen Verbesserung der Managementqualität liegen, wie etwa Bloom u. a. (2015)³⁷⁷ nahelegen. Die Autoren zeigen, dass eine Intensivierung des Wettbewerbs im englischen Gesundheitssektor zu einer höheren Managementqualität innerhalb eines Krankenhauses führt und die Überlebensraten nach Herzinfarkten um 9,7 Prozent steigert. Zur Messung der Managementqualität wurden umfassende Befragungen von Geschäftsführenden und ärztlichem Fachpersonal etwa zu Arbeitsprozessen oder Leistungskontrollen durchgeführt.

256. Einen in der Quantifizierung der Qualität differenzierten Ansatz verfolgen Croes/Krabbe-Alkemade/Mikkers (2018)³⁷⁸. Sie untersuchen den Zusammenhang von Marktmachtindikatoren in niederländischen Krankenhäusern und den erzielten Qualitätswerten exemplarisch für drei Krankheitsbilder (Grauer Star, Mandeln und Polypen, Blasentumor). Im Vergleich zu den vorgenannten Studien wird hier die Qualität anhand von Prozess- und Strukturindikatoren, die von der niederländischen Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen entwickelt und veröffentlicht wurden, quantifiziert und Qualitätspunkte für die drei Krankheitsbilder vergeben. Die Autorin und die Autoren zeigen einen negativen Zusammenhang zwischen Marktanteil und Qualitätswert für zwei der drei untersuchten Krankheitsbilder. Dies bedeutet, dass Krankenhäuser auf wettbewerblichen Märkten höhere bzw. bessere Qualitätswerte als in konzentrierten Märkten haben. Zugleich verdeutlichen sie, dass sich der Wettbewerb unterschiedlich stark auf einzelne Behandlungsbereiche auswirken kann.

257. In anderen Studien konnte hingegen nicht gezeigt werden, dass der Wettbewerb die Behandlungsqualität signifikant verbessert. Hierzu zählen die Untersuchungen von Mukamel/Zwanziger/Tomaszewski (2001),³⁷⁹ Propper/Burgess/Green (2004)³⁸⁰ sowie Propper/Burgess/Gossage (2008).³⁸¹ Letztere untersucht die Auswirkungen des Wettbewerbs zwischen Krankenhäusern im englischen Gesundheitssektor. Konkret konnte die Studie dabei einen Zusammenhang zwischen einer Wettbewerbsintensivierung und einer höheren Herzinfarkt mortalität feststellen. Ursächlich für dieses Ergebnis könnte sein, dass Krankenhäuser ihr Angebot in Bezug auf die besser beobachtbaren Qualitätsfaktoren optimieren. Demgegenüber können schlecht wahrnehmbare Qualitätsfaktoren gesenkt werden, um dadurch Kosten einzusparen. Bei den möglichen Qualitätsfaktoren wurde neben der Mortalität auch die Wartezeiten von Patientinnen und Patienten für Elektivbehandlungen gemessen. Die Autorinnen und der Autor der Studie weisen darauf hin, dass Krankenhäuser im wettbewerblichen Umfeld die für Patientinnen und Patienten kaum beobachtbare und intransparente Qualität (Mortalität) reduzieren, um im Gegenzug die transparente Qualität (Wartezeiten) zu verbessern.

³⁷⁷ Bloom, N. u. a., The impact of competition on management quality: evidence from public hospitals, *Review of Economic Studies*, 82 (2), 2015, S. 457-489.

³⁷⁸ Croes, R./Krabbe-Alkemade, Y./Mikkers, M., Competition and quality indicators in the health care sector: empirical evidence from the Dutch hospital sector, *The European Journal of Health Economics*, 19 (1), 2018, S. 5-19.

³⁷⁹ Mukamel, D. B./Zwanziger, J./Tomaszewski, K. J., HMO penetration, competition, and risk-adjusted hospital mortality, *Health Services Research*, 36 (6), 2001, S. 1019-1035.

³⁸⁰ Propper, C./Burgess, S./Green, K., Does competition between hospitals improve the quality of care? Hospital death rates and the NHS internal Market, *Journal of Public Economics*, 88 (7-8), 2004, S. 1247-1272.

³⁸¹ Propper, C./Burgess, S./Gossage, D., Competition and quality: Evidence from the NHS internal market 1991-1996, *Economic Journal*, 118 (1), 2008, S. 138-170.

258. Darüber hinaus legen Gobillon/Milcent (2017)³⁸² nahe, dass der Einfluss von Wettbewerb auf die Krankenhausqualität auch in Abhängigkeit der Trägerschaft eines Krankenhauses zu sehen ist. Untersucht wurde, ob nach der Einführung des DRG-Systems in Frankreich die Qualität in wettbewerbsintensiveren Märkten stärker gestiegen ist als in weniger wettbewerbsintensiven Märkten, jeweils differenziert nach öffentlichen, privaten und freigemeinnützigen Krankenhäusern. Sie zeigen einen signifikanten Zusammenhang zwischen (der Annahme nach durch die Einführung der DRG) erhöhtem Wettbewerb und einer gesunkenen Herzinfarkt mortalität in freigemeinnützigen Krankenhäusern. Für öffentliche (universitäre sowie nicht-lehrende) und private Krankenhäuser konnte ein solcher Effekt nicht festgestellt werden.

259. Der Autorin und dem Autor zufolge seien diese Ergebnisse nicht überraschend. So fehlten den Universitätskliniken der Anreiz, um Patientinnen und Patienten zu konkurrieren. Der Grund sei zum einen, dass Universitätskliniken von ihrem Ruf, modernste medizinische Versorgung vorzuhalten, und dem Umstand, dass es für einige Behandlungsbedarfe keine alternativen Angebote gibt, profitieren. Zum anderen erhalten Universitätskliniken durch die Lehre und Forschung zusätzliche Finanzierungsmittel, was den finanziellen Anreiz zur Gewinnung zusätzlicher Patientinnen und Patienten weiter abschwächt. Übrige nicht lehrende öffentliche Krankenhäuser seien nicht in der Lage, sich dem Wettbewerb anzupassen, da sie keine Verwaltungsautonomie besitzen und nur begrenzte Mittel haben. Ein Erklärungsansatz für den fehlenden Wettbewerbseffekt bei privaten Krankenhäusern sei, dass diese bereits vor der Reform mit einem qualitativ hochwertigen Angebot um Patientinnen und Patienten konkurrierten und versuchten, diese für den privaten Gesundheitssektor zu gewinnen. Die gewonnenen Ergebnisse zeigen, dass sowohl das Vergütungssystem als auch die Organisationsstruktur von Krankenhäusern von Bedeutung sind, um Wettbewerbseffekte auf die Krankenhausqualität zu erzielen.

260. Insgesamt müssen die dargestellten Studienergebnisse vorsichtig interpretiert werden, weil sie die Situation in verschiedenen internationalen Krankenhausmärkten betrachten und sich nicht allgemein auf den deutschen Krankenhausmarkt übertragen lassen. Es gilt bei der Interpretation einzelner Studienergebnisse stets die in den Untersuchungsregionen jeweils geltenden wettbewerblichen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen. Im Ergebnis zeigen sie jedoch auf, dass der Krankenhauswettbewerb positive Effekte haben kann, die zielgerichtete Wirksamkeit aber von der praktischen institutionellen Ausgestaltung abhängig ist.³⁸³

³⁸² Gobillon, L./Milcent, C., Competition and Hospital Quality: Evidence from a French Natural Experiment, IZA Discussion Paper, 10476, 2017, S. 1-43.

³⁸³ Ergänzend zu den genannten Studien ist darauf hinzuweisen, dass auch einige empirische Analysen existieren, die gezielt den Einfluss von Wettbewerb auf Basis von Selektivvertragsmodellen im stationären Versorgungssektor untersuchen, aber in der Regel den Einfluss auf die Kosten und weniger auf die Qualität messen. Nennenswert ist beispielsweise ein breit angelegter Feldversuch aus den Vereinigten Staaten, der zwischen den Jahren 1983 und 1997 durchgeführt wurde. Dabei wurden in Kalifornien selektive Versorgungsverträge eingeführt und die Auswirkungen auf die Kosten von Krankenhäusern untersucht. Diese Untersuchungen ergaben, dass ein Selektivvertragswettbewerb zur Eindämmung von Krankenhauskosten führt und die Wachstumsraten von Krankenhäusern mit einer selektivvertraglichen Versorgung im Vergleich zum Rest des Landes deutlich reduziert wurden. Mit steigender Wettbewerbsintensität war dieser Effekt umso stärker ausgeprägt. Inwieweit der geringere Kostenanstieg das Ergebnis von Effizienzsteigerungen oder Qualitätseinbußen war, konnte jedoch nicht eindeutig ermittelt werden. Vgl. Zwanziger, J./Melnick, G./Bamezai, A., Costs and Price Competition in

5.1.3 In Deutschland zielt der Qualitätswettbewerb nur begrenzt auf die Behandlungsqualität

261. In Deutschland ist der Qualitätswettbewerb durch das Krankenversicherungssystem weniger auf Preiselemente als auf den Qualitätswettbewerb ausgerichtet. Dabei umfasst der Begriff der Qualität im Krankenhaussektor ein breites Feld verschiedenartiger und voneinander unabhängiger Merkmale des Leistungsangebotes. Einzelne solcher Qualitätsmerkmale lassen sich augenscheinlich erheblich einfacher beobachten als andere. Zu den besonders transparenten Faktoren, welche die Qualität aus Sicht der potenziellen Patientinnen und Patienten bestimmen, dürfte der Standort des Krankenhauses und die Erreichbarkeit zählen. Die Vergleichbarkeit von konkreten Leistungsmerkmalen der einzelnen Häuser, speziell die Qualität der medizinischen Behandlung, bedarf demgegenüber einer genaueren Betrachtung.

262. Wie dargestellt, geben einzelne Studienergebnisse Hinweise darauf, dass Qualitätswettbewerb im Krankenhaussektor an Wirksamkeit verlieren oder sogar zu Nachteilen führen kann, wenn Patientinnen und Patienten die Qualität nur unvollständig beobachten können. Zwar ist es für qualitätsfördernde Effekte des Wettbewerbs keineswegs Voraussetzung, dass sämtliche Faktoren, welche die Qualität von Dienstleistungen bestimmen, vor der Auswahlentscheidung für Kundinnen und Kunden vollständig transparent sind. Wenn sich allerdings die Qualitätstransparenz verschiedener Leistungsmerkmale sehr asymmetrisch darstellt, d. h. das voneinander unabhängige Qualitätsmerkmale bestehen, die voll bzw. gar nicht beobachtet werden können, so kann es durch Qualitätswettbewerb zu Ausweicheffekten der Anbieter kommen. In diesem Fall werden die Angebote nach den beobachtbaren Merkmalen optimiert, während die nicht beobachtbaren Merkmale im schlechtesten Fall vernachlässigt werden. Vor diesem Hintergrund ist besonders relevant, wie die medizinische Qualität von Krankenhausleistungen durch die Patientinnen und Patienten erfasst werden kann.

263. Einen Eindruck von der Transparenz verschiedener Qualitätsmerkmale deutscher Krankenhäuser geben die Statistiken, die das Bundeskartellamt in seiner Sektoruntersuchung im September 2021 veröffentlicht hat. Im Rahmen der Untersuchung hatte das Bundeskartellamt die Ergebnisse von Patientinnen- und Patientenbefragungen bei den Krankenhäusern abgefragt, die eine solche Untersuchung durchführen. Etwa 75 Prozent der Krankenhäuser (Stand 2016) führen solche Befragungen fortlaufend durch, um ihre eigene Qualität zu überwachen.³⁸⁴ Weil die Krankenhäuser sehr ähnliche Qualitätskriterien abfragen, konnte das Kartellamt die hier gegebenen Antworten aggregieren.³⁸⁵ Wie in Abbildung 5.1 ersichtlich, nehmen danach die sog. Hotelleistungen, wie die Verpflegung und Krankenseinrichtung, in den Auswahlentscheidungen der Patientinnen und Patienten eine wichtigere Rolle ein als die ärztlichen Leistungen. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass sich Hotelleistungen deutlich besser beobachten und zwischen Krankenhäusern vergleichen lassen als die Behandlungs- bzw. Therapieentscheidungen des ärztlichen Personals. Bei der Interpretation der Ergebnisse

California Hospitals, Health Affairs, 13 (4), 1994, S. 118-126; Zwanziger, J./Melnick, G./Bamezai, A., The effect of selective contracting on hospital costs and revenues, Health Service Research, 35(4), 2000, S. 849-867.

³⁸⁴ BKartA, Sektoruntersuchung Krankenhäuser, a. a. O., S. 188.

³⁸⁵ BKartA, Sektoruntersuchung Krankenhäuser, a. a. O., Rn. 452.

der Befragung ist ferner zu berücksichtigen, dass die Antworten von Patientinnen und Patienten gegeben wurden, die ein Krankenhaus zuvor besucht haben, während die Auswahlentscheidung über das besuchte Krankenhaus oftmals vor der Erfahrung erfolgen muss.

Abbildung 5.1: Befragung der Patientinnen und Patienten nach für sie wichtigen Qualitätsmerkmalen bei Krankenhäusern - Anteil der Nennungen



Anmerkung: Dargestellt ist der Datensatz aus dem Jahr 2015. Das Bundeskartellamt hat zudem die Daten für die Jahre 2013 und 2014 ausgewertet, die sich in der Größenordnung nur unwesentlich unterscheiden.

Quellen: Eigene Darstellung und Berechnung auf Grundlage von: BKartA, Sektoruntersuchung Krankenhäuser, 2021, S. 192.

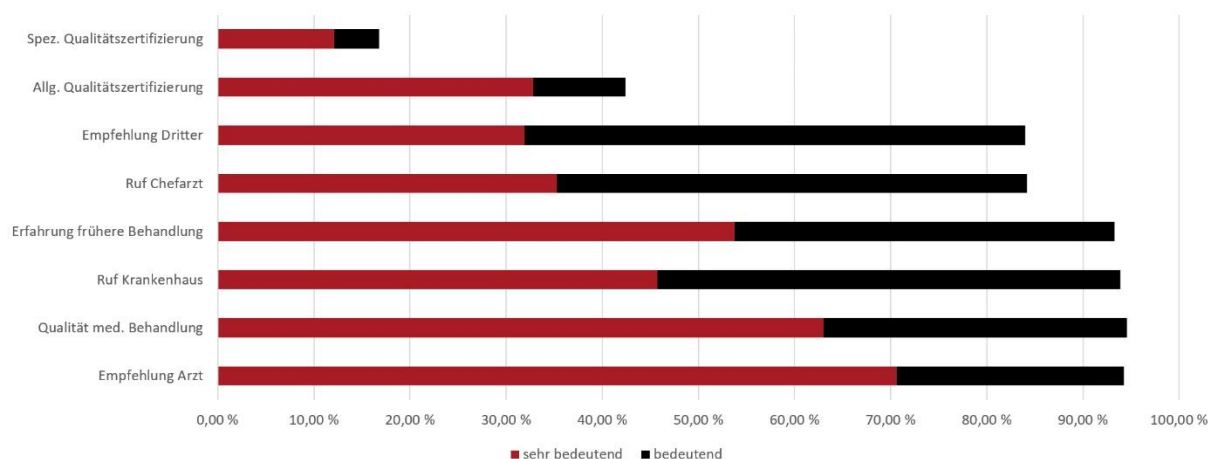
264. Neben der Aufbereitung der Daten aus Befragungen von Patientinnen und Patienten hat das Bundeskartellamt auch erhoben, wie die Krankenhäuser selbst die Bedeutung verschiedener Qualitätsmerkmale einschätzen. Neben vorgegebenen Auswahlkriterien konnten die Krankenhäuser dabei auch von sich aus Faktoren nennen, die aus ihrer Sicht für Patientinnen und Patienten eine wesentliche Rolle spielen.³⁸⁶ Hierbei wurde mit hohem Abstand das Kriterium der Wohnortnähe am bedeutendsten eingeschätzt. Die Wohnortnähe ist für Patientinnen und Patienten gegenüber anderen Kriterien besonders transparent. Als Einflussparameter im Wettbewerb spielt dieses Kriterium beim Bau eines Krankenhauses und anderen Standortentscheidungen eine Rolle, bietet aber kaum kurzfristige Reaktionsmöglichkeiten. Allerdings lässt sich quantitativ erfassen, wie sich die Bedeutung für die Patientinnen und Patienten praktisch auswirkt. So kommen über sämtliche Behandlungsfälle der Krankenhäuser hinweg ca. 81 Prozent aller Patientinnen und Patienten aus einer Entfernung von bis zu 35 Kilometern.³⁸⁷ Mehr als 60 Kilometer legen demgegenüber nur 7,3 Prozent der Patientinnen und Patienten zurück. Zugleich sprechen die Ergebnisse dieser Untersuchung auch dafür, dass größere Entfernungen dann infrage kommen, wenn weniger Auswahl vor Ort besteht. So zeigt sich anhand der naturgemäß stärker spezialisierten Universitätskliniken, dass hier 20,3 Prozent aller Patientinnen und Patienten aus Entfernungen von über 60 Kilometer anreisen. Im Fall von Fachkliniken sind es sogar 30,7 Prozent.

³⁸⁶ BKartA, Sektoruntersuchung Krankenhäuser, a. a. O., Rn. 519.

³⁸⁷ BKartA, Sektoruntersuchung Krankenhäuser, a. a. O., S. 230.

265. In Bezug auf die relevanten Qualitätsmerkmale ist ferner von Interesse, auf Basis welcher Informationen die Patientinnen und Patienten die medizinische Qualität der Krankenhäuser beurteilen und in ihre Auswahlentscheidung eingehen lassen. Abbildung 5.2 stellt dar, wie die Krankenhäuser verschiedene mit der medizinischen Qualität der Behandlung in Zusammenhang stehende Auswahlkriterien der Patientinnen und Patienten gegenüber dem Bundeskartellamt eingeschätzt haben. Von Interesse ist dabei, dass hier sowohl das Kriterium der tatsächlichen „medizinischen Qualität“ abgefragt wurde als auch verschiedene andere Kriterien, die den Patientinnen und Patienten dazu dienen sollen, auf die medizinische Qualität des Angebotes rückzuschließen. Bei den Ergebnissen scheint unter anderem von Interesse, dass die Krankenhäuser die Empfehlung von (niedergelassenen) Fachärzten als noch bedeutsamer einstufen als die tatsächliche Qualität der von ihnen angebotenen medizinischen Leistung.

Abbildung 5.2: Bedeutung verschiedener medizinische Qualitätskriterien für Patientinnen und Patienten für die Auswahl eines Krankenhauses aus Sicht der Krankenhäuser



Quellen: Eigene Darstellung und Berechnung auf Grundlage von: BKartA, Sektoruntersuchung Krankenhäuser, 2021, S. 215.

266. Vor dem Hintergrund der hohen Bedeutung von Drittquellen für die Qualitätsbewertung ist davon auszugehen, dass sich Patientinnen und Patienten derzeit nur bedingt in der Lage fühlen, sich ein direkteres Bild von der medizinischen Qualität eines Krankenhauses bei einer konkreten Behandlung zu machen. Zum anderen zeigt sich auch, dass Krankenhäuser durch die Optimierung ihrer medizinischen Qualität vor allem indirekt Einfluss auf die Auswahlentscheidung der Patientinnen und Patienten nehmen, indem Sie die Qualitätswahrnehmung Dritter verbessern. Deshalb könnten Krankenhäuser Anreize entwickeln, die als sehr relevant eingeschätzte Empfehlung durch Fachärzte direkt zu ihrem Vorteil zu beeinflussen. Hierzu kann der Betrieb eines eigenen medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) dienen, der den Krankenhäusern einen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit der Einweisung einer Patientin oder eines Patienten in das eigene Haus verschaffen kann.³⁸⁸ Im Jahr 2015 besaßen mehr als die Hälfte aller Krankenhäuser eigene kassenärztliche Sitze im Umkreis von 25 Kilometern um die

³⁸⁸ Siehe hierzu auch Tz. 48.

Standorte der eigenen Betriebsstätten.³⁸⁹ Vorteile bei Einweisungen versprechen sich die Krankenhäuser ferner auch bei Kooperationen mit Fachärztinnen und Fachärzten, die von 54 Prozent der befragten Krankenhäuser in diesem Zusammenhang als „bedeutend“ oder „sehr bedeutend“ eingeschätzt wurden.³⁹⁰ In insgesamt zehn Fachgebieten besteht zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten durchschnittlich mindestens eine Kooperationsvereinbarung.³⁹¹

5.1.4 Zahlreiche Hindernisse für Qualitätstransparenz in Deutschland

267. Aus den dargestellten Zusammenhängen ergibt sich nach Auffassung der Monopolkommission sehr deutlich, dass eine Verbesserung (vor allem) der medizinischen Versorgungsqualität durch Wettbewerb auch mit einer möglichst hohen Transparenz über diese Qualität in Zusammenhang steht. Dies betrifft insbesondere den Wettbewerb um Patientinnen und Patienten (sowie einweisenden Ärztinnen und Ärzten), die sich über die Qualität der Krankenhäuser informieren wollen. Zudem verbessert die Transparenz auch die Möglichkeit, durch bessere Leistungsvergleiche auf regulatorischem Wege zentrale Qualitätsvorgaben zu machen (Yardstick-Wettbewerb).

268. Um die medizinische Qualität transparent machen zu können, muss sie messbar sein. Es soll daher nachfolgend zunächst geklärt werden, ob und wie medizinische Qualität grundsätzlich messbar und vergleichbar gemacht werden kann (Abschnitt 5.1.4.1). Daraufhin wird untersucht, welche konkreten Vergleichsmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten in Deutschland bestehen bzw. wo hier Defizite liegen (Abschnitt 5.1.4.2). Schließlich sollen Mechanismen der staatlichen einheitlichen Qualitätssicherung (Abschnitt 5.1.4.3) und der parallel stattfindenden wettbewerblichen Qualitätsberatung der Krankenversicherungen (Abschnitt 5.1.4.4) beleuchtet werden, um Verbesserungsmöglichkeiten herzuleiten.

5.1.4.1 Bessere Vergleichbarkeit auf Basis von Qualitätsindikatoren herstellbar

269. Grundsätzlich lässt sich die vergleichende Darstellung von Qualität für die Patientinnen und Patienten durch zahlreiche Methoden verfolgen und umsetzen. Dabei ist kein Instrument international so weit verbreitet und wird so oft angewendet wie jenes der Qualitätsindikatoren. Sie sollen Qualität quantitativ erfassbar und damit transparent machen. International läuft bereits seit vielen Jahren eine intensive Forschung zur Ermittlung und Aufbereitung solcher Indikatoren, die relevante Indizien für die medizinische Qualität in einem Krankenhaus darstellen können. Die Forschung an aussagekräftigen Indikatoren in der Versorgung und deren Einsatz in der Qualitätsentwicklung umfasst heute zahlreiche medizinische Felder und An-

³⁸⁹ BKartA, Sektoruntersuchung Krankenhäuser, a. a. O., S. 197.

³⁹⁰ BKartA, Sektoruntersuchung Krankenhäuser, a. a. O., Rn. 478.

³⁹¹ BKartA, Sektoruntersuchung Krankenhäuser, a. a. O., S. 200.

sätze, weshalb nachfolgend nur auf einzelne relevante Zusammenhänge näher eingegangen werden soll.³⁹²

270. Bei der Messung der Qualität von Krankenhäusern wird häufig zwischen Strukturqualität (Ausstattung von Krankenhäusern), Prozessqualität (Vorgänge und Arbeitsschritte) und Ergebnisqualität (Behandlungserfolge) unterschieden. Die Indikatoren dieser Gruppen haben unterschiedliche Stärken und Schwächen; so lassen sich Strukturindikatoren leicht erheben, sind jedoch teilweise nur von geringer Aussagekraft für die Versorgungsqualität. Demgegenüber können vor allem Ergebnisindikatoren hohe Aussagekraft besitzen, es lässt sich jedoch nicht immer ein einzelner präziser Messwert für das Behandlungsergebnis definieren, der auch die Anforderungen an eine Vergleichbarkeit erfüllt. Die Aussagekraft von Prozessindikatoren ist oftmals an die gleichzeitige Messung von Ergebnisindikatoren gebunden, um die Vorteilhaftigkeit von Prozessen für die Patientinnen und Patienten belegen zu können. Typisch ist zudem, dass sich die Qualität von ganzen Krankenhäusern oder Fachabteilungen durch einzelne Indikatoren nicht geeignet abbilden lässt, weil diese oftmals nur kleine Teilaspekte der Qualität berücksichtigen und sich aus ihnen keine oder nur ungenaue Rückschlüsse auf die Qualität dieser Bereiche ziehen lassen.³⁹³ In Bezug auf die für Qualitätsvergleiche durch Patientinnen und Patienten besonders wesentliche Qualität einzelner Behandlungen, sind die Anforderungen an geeignete Indikatoren auch von der Behandlungsart abhängig. Für eine höhere Aussagekraft müssen gegebenenfalls verschiedene Indikatoren kumuliert verwendet werden.

271. Darüber hinaus stellen sich weitere Anforderungen an die Vergleichbarkeit. Ein besonders intensiv diskutiertes Problem ist jenes der Risikoadjustierung von Qualitätsindikatoren. So sind vor allem Indikatoren für die Ergebnisqualität von der Morbidität und Fallschwere der Patientinnen und Patienten eines Krankenhauses abhängig. Dies kann die Aussagekraft von Vergleichen reduzieren bzw. die Ergebnisse verzerren. Eine perfekte Risikoadjustierung lässt sich in der Regel nicht erreichen, weil jeder Fall andere Besonderheiten mit sich bringt. Allerdings bestehen zahlreiche international anerkannte Möglichkeiten, um die Parameter auf bestimmte Risikofaktoren zu kontrollieren und Parameter zu entwickeln, deren Aussagekraft hoch ist.

272. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass die Messung der (medizinischen) Qualität eine Herausforderung darstellt, insbesondere wenn diese zu Vergleichszwecken im Wettbewerb um Patientinnen und Patienten genutzt werden soll. Weil sich die Indikatoren nur auf kleine Teilaspekte der Qualität beziehen, gibt es bei der Zusammenstellung eines Sets verschiedener Indikatoren zur Ermittlung einer Qualitätsentscheidung hohe Freiheitsgrade. Um ein möglichst aussagekräftiges Bild über einzelne Behandlungen oder die Leistung von Fachabteilungen zu geben, ist es zum Teil erforderlich, mehrere geeignete Indikatoren zu identifizieren, zu gewichten, zu bewerten und auch deren Aussagekraft darzustellen. Zugleich ist eine stetige Forschung an neuen Indikatoren und die Weiterentwicklung solcher Sets erforderlich.

³⁹² Für einen Überblick über die Qualitätsmessung und den Einsatz von Indikatoren in der regulativen Optimierung der Versorgungspraxis vgl. Busse, R. u. a., *Improving healthcare quality in Europe*, Health Policy Series, 53, 2019.

³⁹³ Siehe in diesem Zusammenhang auch die Diskussion um die sog. planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (Abschnitt 5.2.1.2) und dem Einsatz von Indikatoren in der Krankenhausplanung (Abschnitt 5.2.3.3).

Indikatoren, deren Ergebnisse bei allen Häusern regelmäßig innerhalb eines Referenzbereichs liegen, können abgeschlossen und durch andere Indikatoren ersetzt werden. Dabei handelt es sich – wie in Abschnitt 3.3 einleitend erläutert – um jahrelange dynamische Prozesse, die in Deutschland insbesondere auf Grundlage sog. Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) des Gemeinsamen Bundesausschusses durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) durchgeführt werden. In Deutschland wird die Erfassung und Verarbeitung von Daten zur Qualitätsmessung außerhalb der Krankenhäuser auch als „externe Qualitätssicherung“ bezeichnet.³⁹⁴

273. Um die Qualitätsmessung durchzuführen, ist die Arbeit mit aussagekräftigen Daten erforderlich. Es gibt verschiedene Arten von bereits aus anderen Prozessen vorhandenen Daten, die zur Qualitätsmessung von Krankenhäusern verwendet werden können. Insofern lassen sich vor allem zwei Datentypen besonders hervorheben: Zum einen solche Daten, die spezifisch zur Messung der Qualität von den Krankenhäusern erhoben werden. Eine Pflicht zur Dokumentation entsprechender Kennziffern durch die Krankenhäuser besteht auf Basis der sog. DeQS-Richtlinie³⁹⁵, an deren Umsetzung die Krankenhäuser gemäß § 135a Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V verpflichtend mitwirken müssen. Die Richtlinie legt derzeit 15 Qualitätssicherungsverfahren für verschiedene medizinische Bereiche fest. Die erhobenen Daten werden dazu genutzt, um Prozesse innerhalb eines Krankenhauses und konkrete Behandlungserfolge im Rahmen von Qualitätsindikatoren zu überprüfen. Der jüngste Qualitätsreport des IQTIG für das Jahr 2019 nennt eine Gesamtzahl von 221 Indikatoren die bisher im Rahmen der externen Qualitätssicherung erfasst wurden.³⁹⁶ In diese zentrale Qualitätsmessung gehen seit einigen Jahren auch sog. Sozialdaten ein, die den zweiten wesentlichen Datenpool kennzeichnen, der zur Prüfung der Leistungsqualität verwendet werden kann. Diese Sozialdaten werden allgemein im Krankenversicherungswesen auch als sog. Routinedaten bezeichnet. Dabei handelt es sich um Einzeldaten, z. B. zu konkret erfolgten Behandlungen und der Medikation. Die Routinedaten werden zu verschiedenen Zwecken, insbesondere aber zur Abrechnung, erhoben.³⁹⁷ Beide Datengrundlagen – spezifische Krankenhausdaten und Routinedaten – werden von Expertinnen und Experten als sehr ergiebig eingeschätzt, um auf deren Basis geeignete Qualitätsindikatoren ermitteln zu können. Insbesondere die Kombination beider Datensätze ist hierzu wichtig, da die Sozialdaten über den Krankenhausaufenthalt hinausreichen und so eine längere Beobachtung eines Falles ermöglichen (sog. Längsschnittanalyse). Demgegenüber kann eine Risikoadjustierung zur Vergleichbarkeit bestimmter Parameter zwischen Krankenhäusern teilweise nur anhand der eingangs genannten zusätzlichen Daten überprüft werden, die dazu von den Krankenhäusern erhoben werden müssen. Dies zeigt sich beispielsweise in der Notfallversorgung, wo etwa die Genesungschancen von Herzinfarktpati-

³⁹⁴ Dem steht der Begriff der internen Qualitätssicherung gegenüber, die sich auf die internen Prozesse der Krankenhäuser und deren Pflicht zur eigenen Qualitätssicherung bezieht.

³⁹⁵ Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL).

³⁹⁶ IQTIG, Qualitätsreport 2020, a. a. O.

³⁹⁷ In der gesetzlichen Krankenversicherung sind diese zulässigen Zwecke nach denen solche Daten erhoben werden in § 284 SGB V explizit geregelt.

entinnen und -patienten von der Zeit bis zur Einlieferung abhängt, die in den Sozialdaten nicht erfasst ist.

5.1.4.2 Noch unzureichende Bedingungen für die Patientinnen und Patienten, um die Qualität von Krankenhäusern zu vergleichen

274. Für die Patientinnen und Patienten in Deutschland gibt es heute verschiedene Möglichkeiten, sich vor einer anstehenden Krankenhausbehandlung gezielt über mögliche Qualitätsunterschiede zu informieren. Das einzige gesetzlich vorgegebene und umgesetzte Instrument betrifft bis heute allerdings die seit dem Jahr 2003 bestehende Pflicht der Krankenhäuser nach § 136 Abs. 1 SGB V, sog. strukturierte Qualitätsberichte zu erstellen. Diese Berichte enthalten auch solche Qualitätsindikatoren, die in Deutschland im Rahmen der einheitlichen externen Qualitätssicherung gewonnen wurden³⁹⁸ und sind von den Krankenkassen zu veröffentlichen (§ 136b Abs. 7 Satz 1 SGB V). Bis heute werden die Berichte etwa vom Bundesministerium für Gesundheit³⁹⁹ und vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)⁴⁰⁰ – dem höchsten Gremium der Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen – als Informationsquelle für die Wahl eines Krankenhauses den Patientinnen und Patienten empfohlen. Allerdings wird unter Fachleuten stark bezweifelt, dass sich die Qualitätsberichte tatsächlich von den Patientinnen und Patienten oder den einweisenden Ärztinnen und Ärzten zur gezielten Informationsbeschaffung bei der Auswahl eines Krankenhauses nutzen lassen.⁴⁰¹ Die Dokumente sind sehr umfangreich und dienen eher der Berichterstattung als der vergleichenden Aufbereitung von Qualitätsinformationen. So umfasst beispielsweise das veröffentlichte PDF-Dokument zum Qualitätsbericht des Uniklinikums Bonn für das Jahr 2020 insgesamt 1907 Seiten.

275. Vergleichsmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten bieten allerdings auch zahlreiche Krankenhausportale und Krankenhaussuchmaschinen im Internet. Solche Portale werden auch von den Krankenkassen selbst betrieben; nahezu jede größere Kasse bietet eine entsprechende Suchmöglichkeit für Krankenhäuser an.⁴⁰² Darüber hinaus gibt es auch Suchangebote von weiteren Akteuren. Eine vergleichsweise hohe Bekanntheit besitzt etwa die sog. „Weiße Liste“, welche die Bertelsmann Stiftung in Kooperation mit Organisationen der Patientinnen und Patienten betreibt.⁴⁰³ Zudem gibt es landesspezifische Angebote der jeweiligen Krankenhausgesellschaften wie den „Hamburger Krankenhausspiegel“ oder den „Krankenhausspiegel Thüringen“, in denen jeweils Qualitätsinformationen der örtlichen Krankenhäuser für Patientinnen

³⁹⁸ Der verpflichtende Inhalt der Qualitätsberichte wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Beschlüssen bzw. der Richtlinie zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser festgelegt. Die derzeitige Empfehlung umfasst die Veröffentlichung der bestehenden Qualitätsindikatoren.

³⁹⁹ BMG, Ratgeber Krankenhaus – Was Sie zum Thema Krankenhaus wissen sollten, März 2018, S. 38 ff.

⁴⁰⁰ „Die Angaben in den Qualitätsberichten lassen sich beispielsweise von Patientinnen und Patienten nutzen, um Krankenhäuser zu vergleichen und das passende auszuwählen.“ Vgl. G-BA, Qualitätsberichte der Krankenhäuser, <https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/datenerhebung-zur-qualitaetssicherung/datenerhebung-qualitaetsbericht/>, Abruf am 5. Mai 2022.

⁴⁰¹ Ähnlich kritisch, siehe auch BKartA, Sektoruntersuchung Krankenhäuser, a. a. O., Rn. 170.

⁴⁰² Für einen Überblick der Angebote G-BA, Qualitätsberichte der Krankenhäuser, a. a. O.

⁴⁰³ Weiße Liste, Wegweiser im Gesundheitswesen, <https://www.weiße-liste.de>, Abruf am 5. Mai 2022.

und Patienten aufbereitet werden.⁴⁰⁴ Alle diese Angebote arbeiten auf Basis der Indikatoren, die im Rahmen der einheitlichen externen Qualitätssicherung erhoben wurden. Die Angebote können daher vor allem dazu dienen, gegenüber den Qualitätsberichten eine besser zugängliche Vergleichbarkeit herzustellen. Allerdings unterscheidet sich die Darstellung der Informationen teils deutlich. Manche Angebote präsentieren auch bei der Suche nach konkreten Behandlungen einen breiten Überblick zu Strukturmerkmalen eines Krankenhauses. Einzelne Angebote ergänzen diese Informationen um Ergebnisse aus Befragungen von Patientinnen und Patienten. Teilweise werden auch konkrete Parameter und Referenzbereiche abgebildet. Eine Sonderstellung besitzt zudem das Angebot der AOKen. Sie ergänzen die Daten aus der externen Qualitätssicherung durch eigene Qualitätsindikatoren, welche im Rahmen ihres Projektes zur Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR) auf Basis der Sozialdaten ihrer Versicherten erhoben wurden.⁴⁰⁵ In ihrem Angebot nutzen sie die Auswertungen insbesondere dazu, die vergleichende Darstellung von Qualitätsmerkmalen im AOK Gesundheitsnavigator zu erweitern. Das Angebot der privaten Krankenversicherungen konzentriert sich vor allem auf die Webseite „derprivatpatient.de“, welche vom Verband der Privaten Krankenversicherung betrieben wird. Darin lassen sich örtliche Krankenhäuser für konkrete Behandlungen zwar suchen und vergleichen. Hervorgehoben wird hierbei jedoch vor allem das Angebot von Wahlleistungen. Dies betrifft auch das von den privaten Krankenversicherungen als Signalmaßnahme entwickelte Qualitätssiegel bei sog. Qualitätspartnerschaften. Um das Siegel zu erhalten, müssen die Krankenhäuser in den wesentlichen Leistungsbereichen der zentralen externen Qualitätssicherung überdurchschnittlich abschneiden und zudem „erstklassige Wahlleistungen“ vorhalten.⁴⁰⁶

276. Bisher liegen keine empirischen Auswertungen dazu vor, wie diese Aufbereitung von Qualitätsdaten heute tatsächlich die Entscheidungen der Patientinnen und Patienten beeinflusst. Dennoch ist offensichtlich, dass diese dazu beigetragen haben, der Auswahl eines Krankenhauses anhand von Qualitätskriterien eine bessere Grundlage zu verschaffen. Allerdings scheint die Entwicklung der Informationsangebote noch nicht hinreichend, um von Patientinnen und Patienten bereits auf breiter Front als zuverlässige Informationsquelle zur Auswahl des qualitativ am besten passenden Krankenhauses wahrgenommen zu werden. Ein Grund dafür dürften auch die weiterhin bestehenden Abdeckungslücken darstellen. So wird mit den bestehenden Qualitätsindikatoren derzeit nur ein kleinerer Teil der Krankenhausfälle quantitativ erfasst. Expertinnen und Experten haben gegenüber der Monopolkommission angegeben, dass aktuell für deutlich weniger als ein Drittel der Behandlungsfälle Indikatoren existieren.⁴⁰⁷

⁴⁰⁴ Für Hamburg siehe HKG Health Services, Die Qualität der Hamburger Krankenhäuser, <https://www.hamburger-krankenhausspiegel.de>, Abruf am 5. Mai 2022; für Thüringen siehe, Landeskrankenhausgesellschaft Thüringen e. V., Die Qualität der Thüringer Krankenhäuser, <https://www.krankenhausspiegel-thueringen.de>, Abruf am 5. Mai 2022.

⁴⁰⁵ WIdO, QSR-Ergebnisse für das Verfahrensjahr 2021 im AOK-Gesundheitsnavigator abrufbar, <https://www.qualitaetssicherung-mit-routinedaten.de>, Abruf am 5. Mai 2022.

⁴⁰⁶ PKV, Qualitätspartnerschaften für Privatpatienten, <https://www.derprivatpatient.de/krankenhaus/qualitaetspartner>, Abruf am 5. Mai 2022.

⁴⁰⁷ Das IQTIG nannte Anfang 2021 einen Abdeckungsgrad von 20 Prozent des stationären Leistungsspektrums, vgl. IQTIG, Planungsrelevante Qualitätsindikatoren – Neukonzeption der Entwicklung und Bewertung, Bericht zu Teil A, Berlin, 2021, S. 43, 133 f., 203.

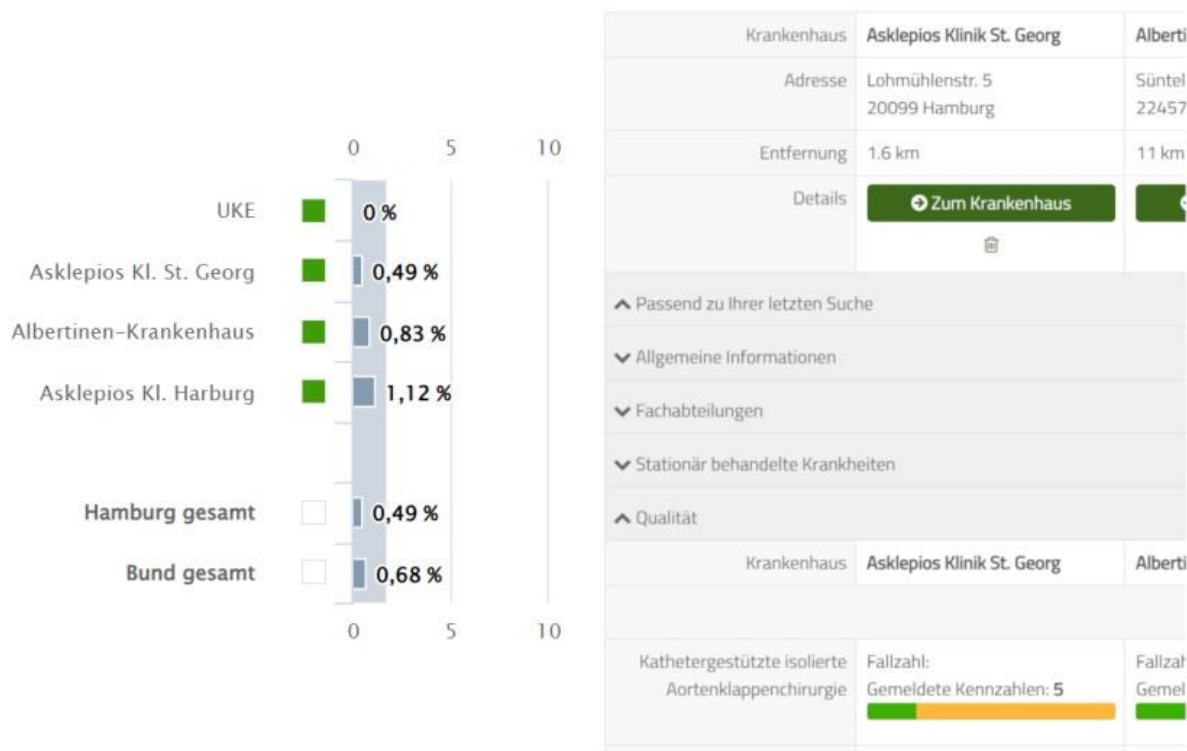
Dabei handele es sich überwiegend um Prozessindikatoren. Ergebnisindikatoren existieren bisher tendenziell eher bei operativen Eingriffen, vor allem im Bereich der Kardiologie.

277. Noch wenig entwickelt zeigt sich auch der Bereich der empfehlenden Beratung der Krankenversicherungen, die über die eigenen Internetportale hinaus kaum spezifische Angebote vorhalten, um die Versicherten aktiv bei der Wahl eines Krankenhauses zu unterstützen. Zwar können auch die gesetzlichen Krankenkassen gem. § 136b Abs. 7 Satz 2 SGB V zum „Zwecke der Erhöhung von Transparenz und Qualität der stationären Versorgung“ „die Versicherten auf der Basis der Qualitätsberichte auch vergleichend über die Qualitätsmerkmale der Krankenhäuser informieren und Empfehlungen aussprechen“. Die heute bestehenden Informationsangebote der Krankenversicherungen bei der Krankenhauswahl sind jedoch in aller Regel nicht auf konkrete Empfehlungen im Einzelfall ausgelegt, sondern konzentrieren sich vor allem auf die Zusammenstellung von zahlreichen allgemeinen und spezifischen Informationen regionaler Krankenhäuser auf den Webseiten. Die Darstellung zahlreicher allgemeiner Strukturinformationen neben gegebenenfalls vorhandenen behandlungsspezifischen Qualitätsindikatoren bzw. deren Aufbereitung bietet je nach Angebot aber den Patientinnen und Patienten oft nur eine eher unspezifische Handreichung. In manchen Vergleichsportalen werden z. B. sehr viele allgemeine Informationen bereitgestellt, sodass es für Patientinnen und Patienten schwierig ist, die für eine konkrete Behandlung tatsächlich relevanten Informationen – insbesondere Qualitätsindikatoren und das Abschneiden eines Krankenhauses im Verhältnis zu anderen – zu identifizieren. Abbildung 5.3 zeigt beispielsweise hierzu die Darstellung eines Qualitätsindikators einer Bypass-Operation innerhalb verschiedener Anzeigergebnisse der Barmer Kliniksuche im Vergleich mit der Darstellung im Hamburger Krankenhausspiegel.

278. Auch der Gesetzgeber hat erkannt, dass die Empfehlung durch die Krankenkassen bisher nicht ausreichend ist und bereits im Jahr 2014 durch das GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz in § 137a Abs. 3 Satz 2 Nr. 5 SGB V einen gesetzlichen Auftrag geschaffen, wonach zukünftig der G-BA im Internet durch einrichtungsbezogene, vergleichende Übersichten über die Qualität von maßgeblichen Bereichen der Krankenhausversorgung informieren soll. Laut Gesetzesbegründung sollen auf diese Weise Unterschiede in der Qualität der stationären Versorgung deutlich gemacht und eine qualitätsorientierte Auswahlentscheidung der Patientinnen und Patienten gefördert werden.⁴⁰⁸ Zur Umsetzung ist es bisher allerdings noch nicht gekommen. Der G-BA hat vor dem Hintergrund der gesetzlichen Vorgaben am 17. Januar 2019 das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) damit beauftragt, ein Umsetzungskonzept für ein solches sog. „Qualitätsportal“ zu erarbeiten. Das Konzept des Instituts liegt seit November 2021 vor und befindet sich derzeit in der Abstimmung beim G-BA. Zeitplan und Art der Umsetzung sind ebenso wie der Konzeptentwurf bisher nicht öffentlich bekannt.

⁴⁰⁸ Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG), BR-Drs. 151/14 vom 11. April 2014, S. 34.

Abbildung 5.3: Darstellung von Qualitätsindikatoren in den Portalen Hamburger Krankenhausspiegel und der Barmer Kliniksuche (Ausschnitt der Webseiten)



Hinweis: Auf der linken Seite ist die Seltenheit neurologischer Komplikationen bei einer Bypass-OP des Hamburger Krankenhausspiegels dargestellt. Der hell hinterlegte Zielbereich steht dabei für Werte innerhalb einer guten Behandlungsqualität. Rechts ist ein Ausschnitt des Suchergebnisses der Barmer Kliniksuche zur Behandlung "Operatives Anlegen eines Umgehungsgefäßes (Bypass) bei verengten Herzkranzgefäßen" in Hamburg ersichtlich. Dabei steht der grüne Bereich der Qualitätsindikatoren für Ergebnisse innerhalb eines Referenzbereichs und oberhalb des Bundesdurchschnittes. Es ist kein sog. „Sentinel Event“ (also ein unvorhersehbares Ereignis, welches zum Tod oder schwerer Verletzung des Patienten führt und nicht direkt mit dem Krankheitsverlauf zusammenhängt) vorgekommen. Der gelbe Bereich stellt Ergebnisse dar, die entweder innerhalb des Referenzbereichs und unterhalb des Bundesdurchschnittes oder außerhalb des Referenzbereichs und oberhalb des Bundesdurchschnittes liegen oder außerhalb des Referenzbereichs liegen, aber als qualitativ unauffällig eingestuft wurden.

Quellen: Hamburger Krankenhausspiegel, <https://www.hamburger-krankenhausspiegel.de/qualitaetsergebnisse-a-z/herzchirurgie/bypass-op/neurologische-komplikationen>, Abruf am 4. Mai 2022; Barmer, <https://www.barmer-kliniksuche.de/>, Abruf am 4. Mai 2022.

5.1.4.3 Interessenkonflikte beim G-BA erfordern veränderte Umsetzungsprozesse bei zentral gesteuerten Qualitätstransparenzinitiativen

279. In Deutschland werden zahlreiche Qualitätsprozesse innerhalb eines dichten Regulierungsnetzes im SGB V zentral und einheitlich gelenkt. Werden Transparenzprozesse einheitlich vorangetrieben, so besteht die Möglichkeit, dass sie damit – anders als im Wettbewerb – keiner fortwährenden Kontrolle ihrer zentralen Merkmale wie Innovation, Umfang, Geschwindigkeit und Qualität unterliegen. Zentrale und einheitlich abgestimmte Prozesse sind deshalb aus wettbewerbstheoretischer Sicht auch im Zusammenhang mit der Prüfung und Darstellung von Qualität für Patientinnen und Patienten grundsätzlich begründungsbedürftig. In Bezug auf die Schaffung von Transparenz durch Qualitätsindikatoren kann deren Entwicklung vor allem dann zentralisierte Prozesse erfordern, wenn diese auf spezifischen Daten beruhen, die von den Krankenhäusern verpflichtend zu erheben sind. Diese Prozesse werden in Deutschland im

Rahmen der sog. Qualitätssicherung über den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gesteuert. Nachfolgend wird analysiert, ob der Bereich der Messung und Darstellung von Qualität durch spezifische Indikatoren derzeit so organisiert ist, dass sich hieraus Wohlfahrtsvorteile ergeben können.

280. Die zentrale Qualitätssicherung ist vom Gesetzgeber hauptsächlich in den §§ 136 ff. SGB V angelegt. Diese geben dem G-BA die Stellung eines Regulierers, der eine Qualitätssicherung betreiben und koordinieren soll. Er erfüllt auch über die Qualitätssicherung hinaus zentrale Aufgaben einer Regulierungsagentur, insbesondere indem er den Markt für Leistungen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung bestimmt. In verschiedenen Bereichen konkretisiert er die durch die Gesetzgebung vorgegebenen Leitlinien der Gesundheitspolitik für den Markt der gesetzlichen Krankenversicherung, indem er Richtlinien beschließt, die den Charakter untergesetzlicher Normen besitzen. Eine Besonderheit besteht hier dadurch, dass die Regulierungsfunktion im Rahmen der Selbstverwaltung durch die regulierten Institutionen selbst ausgeübt wird. Im G-BA entscheiden Krankenkassen und (betroffene) Leistungserbringer mit paritätischen Stimmrechten, während z. B. Organisationen der Patientinnen und Patienten nur über ein Antragsrecht verfügen.⁴⁰⁹

281. Im Bereich der Qualitätssicherung von Krankenhäusern wurde dem G-BA unter anderem die Aufgabe übertragen, die Messung der Qualität von Krankenhausleistungen durch Indikatoren anzustoßen. Er legt insbesondere die dazu notwendigen Richtlinien mit dem Charakter untergesetzlicher Normen fest bzw. passt diese zudem durch Beschlüsse regelmäßig an neue Erfordernisse an. Zentrale Bedeutung hat hier derzeit die DeQS-Richtlinie, die die benannten 15 Qualitätssicherungsverfahren beinhaltet. Bei der Konzeption und Umsetzung der Qualitätssicherungsverfahren ist seit 2015 das IQTIG zuständig.⁴¹⁰ Das Institut soll dem G-BA notwendige Entscheidungsgrundlagen auf wissenschaftlicher Basis liefern.⁴¹¹ Bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren und Qualitätsvergleichen soll das Institut auch auf Sozialdaten der Krankenkassen zurückgreifen. Das Institut arbeitet jedoch nicht eigenständig an den gesetzlichen Zielen, sondern wird ausschließlich auf Basis konkreter Aufträge des G-BA tätig.⁴¹² Davon ausgenommen ist die Möglichkeit einer unmittelbaren Beauftragung des Instituts durch das Bun-

⁴⁰⁹ Gemäß § 91 SGB V sind Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses der GKV-Spitzenverband auf der einen Seite und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KZBV) sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) auf der anderen Seite. Zudem gibt es drei neutrale Stimmrechte. Das Antragsrecht von Organisationen der Patientinnen und Patienten ist in § 140f SGB V geregelt. Die Stimmrechte der Leistungserbringer bei Abstimmungen ist gemäß der Geschäftsordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Betroffenheit geregelt. An Abstimmungen zu krankenhausspezifischen Qualitätsindikatoren ist entsprechend die deutsche Krankenhausgesellschaft berechtigt, die Stimmrechte auszuüben. Vgl. G-BA, Geschäftsordnung, https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2726/GO_2021-12-16_iK-2022-01-25.pdf, Abruf am 5. Mai 2022.

⁴¹⁰ Bei der Einführung der einheitlichen Qualitätssicherung und Darstellung im Jahr 2007 beauftragte der G-BA ein unabhängiges Institut, die Arbeitsgemeinschaft Qualitätsförderung in der ambulanten Versorgung (aQua), mit der Konzeption und Darstellung von Qualitätsindikatoren im stationären Bereich. Der Vertrag mit aQua wurde Ende 2015 aufgelöst, nachdem 2014 im GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz gem. § 137a SGB V mit dem IQTIG eine dauerhafte Einrichtung geschaffen wurde.

⁴¹¹ Bundesregierung, BR-Drs. 151/14, a. a. O., S. 33 ff.

⁴¹² Die Aufträge lassen sich auf der Webseite des IQTIG im Einzelnen einsehen: IQTIG, Aufträge des G-BA, <https://iqtig.org/das-iqtig/auftraege-des-iqtig>, Abruf am 5. Mai 2022.

desministerium für Gesundheit gemäß § 137a Abs. 4 Satz 2 SGB V, die jedoch in der Praxis bis heute keine Rolle spielt.

282. Im Rahmen seiner Aufgaben bei der Qualitätssicherung besitzt der G-BA einen breiten Entscheidungsspielraum und kann so deren Ausrichtung erheblich beeinflussen. Neben der Entwicklung von Qualitätsindikatoren für verschiedene Fachbereiche macht er auch Vorgaben für die Einhaltung von Strukturparametern, die öffentliche Berichterstattung sowie die Entwicklung von Mindestmengen sowie für die Überwachung von deren Einhaltung (zu letzteren siehe auch Abschnitt 5.2). Der G-BA ist damit auch zentraler Anstoßgeber und Entscheider für die Auswahl und Entwicklung neuer Qualitätssicherungsmaßnahmen. In welchem Bereich und mit welchem Ziel Qualitätssicherungsmaßnahmen in Deutschland angestoßen werden, bestimmt der Ausschuss weitgehend eigenständig. Im Einzelfall liegen gesetzliche Aufträge zugrunde, die in der Regel durch den G-BA zu konkretisieren sind. Stößt die Politik eine Qualitätsinitiative an, wie z. B. mit der in § 137a Abs. 3 Satz 2 Nr. 4 SGB V dargelegten Aufgabe, Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu veröffentlichen, so berät der G-BA über Zeitpunkt und Fragestellung für eine Beauftragung des IQTIG. Die Expertisen des IQTIG sind wiederum Grundlage der Entscheidung des G-BA über eine oftmals deutlich spätere und gegebenenfalls angepasste Umsetzung durch die Schaffung oder Änderung von Richtlinien. Während sich die Aufträge an das IQTIG und der Zeitpunkt der Abgabe von Expertisen auf der Webseite des Instituts konkret verfolgen lassen, werden die Expertisen in aller Regel erst nach Entscheidung des G-BA über deren Umsetzung veröffentlicht.

283. Einen Entscheidungsspielraum besitzt der G-BA ferner auch bei der Auswahl und Ausrichtung der Qualitätsindikatoren selbst. So kann der G-BA den Schwerpunkt bei deren Entwicklung auf die (direkte) Qualitätsförderung oder die Qualitätsdarstellung legen. Die Qualitätsförderung ist auf die Aufdeckung und die Behebung von vorab zu identifizierenden Qualitätsschwachstellen durch Krankenhäuser und Regulierer gerichtet. Dies soll den Krankenhäusern selbst Hilfestellung bieten, Verbesserungen einzuleiten. Hierfür sehen die vom G-BA zu diesem Zweck beschlossenen Richtlinien nach der Datenerfassung und Aufbereitung durch das IQTIG und vor der Veröffentlichung der Daten zunächst einen sog. strukturierten Dialog zwischen dem Institut und den Krankenhäusern vor, durch den Auffälligkeiten identifiziert und Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet werden sollen. Die Qualitätsdarstellung dient hingegen in erheblichem Maße der Qualitätstransparenz für Dritte – insbesondere Patientinnen und Patienten – sodass in diesem Fall der G-BA und damit auch die Leistungserbringer nicht selbst über die Interpretation und entsprechende Konsequenzen entscheiden.

284. Vor dem Hintergrund des großen Entscheidungsspielraums, den der G-BA im Rahmen der Qualitätssicherung besitzt, stellt sich die Frage, ob es hier zu idealen Entscheidungen im Sinne der Allgemeinheit kommen kann. Typischerweise ähnelt die Abstimmung im G-BA durch die Stimmrechtsstruktur bilateralen Verhandlungen über Kosten und Nutzen einer Maßnahme. In Bezug auf die zahlreichen Aufgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses bei der Konkretisierung des Leistungsangebots im Gesundheitswesen sind mit den Leistungserbringern und den Krankenkassen als Kostenträger zwei wesentliche Interessengruppen beteiligt. An dieser Stelle soll dabei nicht grundsätzlich auf das Prinzip der Selbstverwaltung eingegan-

gen werden, dessen demokratische und inhaltliche Legitimation aufgrund der umfassenden Steuerungsfunktionen im Gesundheitswesen schon seit längerem intensiv diskutiert wird.⁴¹³ Allerdings stellt sich die Interessenlage des Ausschusses, die Einführung und Steuerung von Maßnahmen zur Qualitätstransparenz betreffend, als besonders problematisch dar. Die Aufgaben des G-BA sind für die Funktionsbedingungen eines Qualitätswettbewerbs für Patientinnen und Patienten von entscheidender Bedeutung. Organisationen der Patientinnen und Patienten verfügen im G-BA jedoch über keine Stimmrechte. Demgegenüber ist es den Leistungserbringern möglich, über die Einführung von Mechanismen der eigenen wettbewerblichen Qualitätskontrolle konkret mitzuzentscheiden. Hierbei ergibt sich der zuvor bezeichnete Spielraum zum einen bei der Auswahl der Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Darüber hinaus ist er auch in Bezug auf die Möglichkeit relevant, die fachlich unabhängigen Expertisen des IQTIG im Rahmen der Beauftragung durch Art und Zeitpunkt der Fragestellung gezielt zu lenken.

285. Die starke Stellung, welche die Leistungserbringer bei der Schaffung von Mechanismen der eigenen Qualitätskontrolle und Anreizsetzung besitzen, kann dabei ergebnisstrukturell mit der kollusiven Schaffung von Wettbewerbsbeschränkungen verglichen werden. Eine geringere Transparenz über die Qualität vermag die Wettbewerbsintensität zwischen Krankenhäusern tendenziell abzuschwächen. Dies (und die daraus folgende niedrigere Qualität) kann gegebenenfalls individuelle Vorteile bei Leistungserbringern auslösen.⁴¹⁴ Werden die Leistungserbringer mit einem entsprechend großen Einfluss auf die Qualitätstransparenz und deren Entwicklung ausgestattet, lassen sich Qualitätsinitiativen über die im SGB V festgelegten Mechanismen und Aufträge zwar grundsätzlich anschieben. Es besteht jedoch die Gefahr, dass zahlreiche Einflussmöglichkeiten, z. B. in Bezug auf eine hinreichende Risikoadjustierung von Qualitätsindikatoren, die Nutzung von Sozialdaten, die Abdeckung verschiedener medizinischer Fachbereiche mit Indikatoren oder in Bezug auf die Strategie der Qualitätssicherung, eher zugunsten der Interessen der Leistungserbringer ausfallen und damit von den Interessen der Patientinnen und Patienten abweichen können. So könnte angenommen werden, dass die Entwicklung des gesetzlich vorgesehenen Qualitätsportals womöglich zurückhaltender als nötig vorangetrieben wird und der Fokus der Qualitätssicherung eher auf die durch die Leistungserbringer selbst kontrollierbare autonome Qualitätsförderung gelegt wird.⁴¹⁵

286. Deshalb erscheint es erforderlich, im Bereich der gesetzgeberischen Initiativen zur Qualitätstransparenz den bestehenden Entscheidungsprozess zu überdenken und anders zu adjustieren. Die Monopolkommission schlägt der Bundesregierung vor, aufgrund der dargelegten

⁴¹³ Siehe zu dieser Diskussion Coenen, M./Haucap, J./Loeber, I., Stiftung Münch Projektbericht: Bestandsaufnahme zum Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), München, 2016.

⁴¹⁴ Es ist darauf hinzuweisen, dass der Fokus dieser Betrachtung auf extrinsische Anreize gelegt wird. Eine autonome Motivation der Leistungserbringer zur Qualitätsverbesserung kann diese beeinflussen. Zur Kenntnis zu nehmen ist allerdings, dass Beispiele aus anderen Märkten zeigen, dass wettbewerbsbehindernde Absprachen zwischen Anbietern von Leistungen oft als Mittel genutzt werden, um Qualität zu verschlechtern. Ein öffentlich sehr bekannt gewordenes Beispiel aus jüngerer Zeit sind Absprachen verschiedener Automobilhersteller sind Absprachen über die technische Entwicklung im Bereich der Stickoxidreinigung, die gegen die EU-Kartellrechtsvorschriften verstoßen haben. Vgl. Europäische Kommission, Kommission verhängt Geldbußen von 875 Mio. EUR gegen Automobilhersteller, Pressemitteilung, 8. Juli 2021.

⁴¹⁵ Neben der Qualitätstransparenz betrifft dies auch das Interesse an wirksamen Maßnahmen durch dritte Parteien, etwa dem qualitätssichernden Eingriff der Krankenhausplanung (vgl. hierzu auch das Instrument der planQI in Abschnitt 5.2.1.2) oder finanziell wirksamen Anreizsystemen zur Qualitätsverbesserung (vgl. Abschnitt 5.3).

Interessenkonflikte solche Qualitätssicherungsverfahren, welche die vergleichende Transparenz der Qualität insbesondere durch die Entwicklung geeigneter Indikatoren betreffen, im Verfahren nicht von Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschuss abhängig zu machen. In einem ersten Schritt ist dazu dem Bundesminister für Gesundheit zu empfehlen, in diesem Zusammenhang von der Regelung in § 137a Abs. 4 Satz 2 SGB V Gebrauch zu machen und das IQTIG direkt mit der Erstellung von Expertisen im Zusammenhang mit der Förderung vergleichender Transparenz zu beauftragen. Konkret könnte das IQTIG Handlungsempfehlungen erarbeiten, wie die Qualitätsmessung und Darstellung der Versorgungsqualität möglichst kurzfristig mit dem Ziel einer erhöhten Qualitätstransparenz für die Patientinnen und Patienten ausgeweitet werden kann.

287. Die hierbei entstandenen Empfehlungen könnten dann Grundlage für eine Überarbeitung der gesetzlichen Aufträge in der Qualitätssicherung sein. Hierbei wäre auch der Entscheidungsprozess im G-BA zu adressieren. So sollte die Beobachtung der Entscheidungsfindung im G-BA durch demokratisch legitimierte Organe und die Öffentlichkeit verbessert werden. Dazu erscheint es insbesondere empfehlenswert zu regeln, dass die Expertisen des IQTIG nach Beauftragung und Abgabe an den G-BA unmittelbar im Internet zu veröffentlichen sind. Eine weitere Möglichkeit, das Verfahren zu verbessern, könnte darin bestehen, den Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten bei Entscheidungen, welche die Qualitätssicherung gem. §§ 136 ff. SGB V betreffen, neben den Krankenkassen und den Leistungserbringern, ein Stimmrecht im G-BA einzuräumen.

5.1.4.4 Rolle der Krankenversicherungen in der vergleichenden Beratung stärken

288. Die Entwicklung und Darstellung von Qualitätsindikatoren und anderen vergleichenden Informationen zur Qualität von Krankenhäusern kann ferner auch im Wettbewerb vorangetrieben werden. Trotz zahlreicher weiterhin bestehender Hürden könnte der Wettbewerb auf dem Versichertenmarkt der Krankenkassen und der privaten Krankenversicherungen ein konkurrierendes Angebot in der Qualitätsberatung der eigenen Versicherten sogar erwarten lassen.⁴¹⁶ Dabei könnte allein die Darstellung vergleichender Qualitätstransparenz über Krankenhäuser ein geeignetes wettbewerbliches Experimentierfeld sein. Dies wird auch aus den sehr unterschiedlichen Ansätzen der Krankenkassen und anderer Akteure ersichtlich, die Qualitätsmerkmale auf ihren Online-Portalen aufzubereiten. Neben der Darstellung von Qualität umfasst dieses Interesse auch eigene quantitative Auswertungen zu Qualitätsmerkmalen, die auf Basis der Routinedaten durch gesetzliche und private Krankenversicherungen erfolgen können. Wie bereits zuvor dargestellt, nimmt allerdings bisher vor allem das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) in seinem Projekt QSR eigene quantitative Auswertungen solcher Routinedaten (insbesondere in Form von Längsschnittdaten) vor. Andere Kassen und private Krankenversicherungen stützen sich bei quantitativen Qualitätsdarstellungen vor allem auf die Daten der einheitlichen externen Qualitätssicherung.

⁴¹⁶ Zu Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem hat die Monopolkommission sich umfassend in einem Sondergutachten geäußert, vgl. Monopolkommission, Sondergutachten 75, a. a. O.

289. Das bisher noch eher zurückhaltende Interesse der Krankenversicherungen, sich intensiver mit der Beratung ihrer Versicherten bei der Auswahl eines Krankenhauses zu beschäftigen, dürfte auf verschiedene Gründe zurückzuführen sein. In Bezug auf eigene Qualitätsauswertungen der Krankenversicherungen besteht die Notwendigkeit, auf eine möglichst breite Datenbasis zuzugreifen. Die AOK besitzt hier mit fast 27 Millionen Versicherten den größten Bestand an Routinedaten, hinter dem andere gesetzliche und private Krankenversicherungen zurückbleiben. Das verschafft ihr gerade bei der Entwicklung eigener robuster Qualitätsindikatoren auf Basis ihres Datenbestands einen Vorteil. Kleinere Krankenkassen und private Krankenversicherungen müssten im Rahmen der kartellrechtlichen Zulässigkeit entsprechende Kooperationen bilden. Grundsätzlich besteht zudem die Möglichkeit, die kumulierten Sozialdaten aller Krankenkassen im Rahmen der Vorgaben zur Datentransparenz gem. §§ 303a ff. SGB V in einem Forschungsdatenzentrum auszuwerten, das beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte eingerichtet wurde.⁴¹⁷ Allerdings hat der Gesetzgeber die Nutzung dieser Daten eingeschränkt, sodass gemäß § 303e Abs. 5 Satz 2 SGB V kein Bezug zu Leistungserbringern hergestellt werden kann. Vor dem Hintergrund des zugleich verfolgten Zieles, eine vergleichende Transparenz über Qualitätsindikatoren herzustellen, kann diese Einschränkung als ein Konstruktionsfehler betrachtet werden. Die Monopolkommission empfiehlt deshalb, eine Auswertung von Einzeldaten zur Entwicklung vergleichender Qualitätsindikatoren durch Krankenversicherungen und Institutionen der Gesundheitsforschung zu ermöglichen.

290. Damit die Krankenkassen ein eigenes Interesse an einer Qualitätsberatung entwickeln, sind hieraus erwachsende individuelle Vorteile notwendig. Diese können sich auf eine Kostensenkung oder die Gewinnung von Versicherten beziehen. Aufgrund der standardisierten Leistungen kann ein Beratungsangebot der eigenen Versicherten vor allem die Folgekosten der Behandlung beeinflussen, wenn der Gesundheitszustand der Versicherten durch die Beratung kausal positiv beeinflusst wird. Die Wirkung eines solchen Engagements lässt sich allerdings nur sehr ungenau prognostizieren. Zudem werden die Anreize, geringe Folgekosten in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erreichen, dadurch geschmälert, dass der Risikostrukturausgleich derzeit Mehrkosten einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Versicherten gegebenenfalls auszugleichen vermag.⁴¹⁸

291. Anreize der Krankenversicherungen, eine Qualitätsberatung anzubieten, könnten daher vor allem durch die Möglichkeit der Gewinnung von Versicherten beeinflusst werden. Bei der derzeit stattfindenden Qualitätsberatung sind solche Anreize allerdings kaum zu beobachten. In der gesetzlichen Krankenversicherung lässt sich dies daran erkennen, dass die Krankenkassen den Kreis der Nutzerinnen und Nutzer für ihre Online-Vergleichsportale für Krankenhäuser nicht auf die eigenen Versicherten begrenzen. So können beispielsweise nicht nur Versicherte der AOK die vergleichende Aufbereitung der Qualitätsindikatoren im AOK-Navigator nutzen, die zudem die erweiterten Analysen aus der AOK eigenen QSR-Forschung enthalten. Es ist

⁴¹⁷ Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Forschungsdatenzentrum Gesundheit, https://www.bfarm.de/DE/Das-BfArM/Aufgaben/Forschungsdatenzentrum/_node.html, Abruf am 5. Mai 2022.

⁴¹⁸ Monopolkommission, Sondergutachten 75, a. a. O., Tz. 77 ff.

anzunehmen, dass die Qualitätsberatung von den Krankenkassen derzeit als ein allgemeiner gesellschaftlicher Beitrag und weniger als Wettbewerbsparameter verstanden wird. Hier dürfte eine Rolle spielen, dass eine vollständige Ausschließbarkeit der Versicherten anderer Kassen in Bezug auf vergleichende Informationen auch kaum herzustellen ist. Würden sich die Kassen entschließen, ihr Onlineangebot auf die eigenen Versicherten zu begrenzen, käme es gegebenenfalls dennoch zu einem Informationsaustausch über Versicherte verschiedener Kassen hinweg. Hierzu tragen vor allem der nur gelegentliche Bedarf, eine Krankenhausauswahlentscheidung zu treffen, die standardisierten Informationen und die bisher allgemein erst noch im Wachstum befindliche Rolle von individualisierten „smarten“ Beratungsangeboten und Apps bei. Gerade in den letzten beiden Punkten besteht aber die Möglichkeit, dass die Entwicklung eine Intensivierung des Wettbewerbs zur Folge hat. Je spezifischer die Beratung auf den Bedarf einzelner Versicherter zugeschnitten ist, desto eher können konkrete Empfehlungen erfolgen und desto höher wiegt der Vorteil, bei einer Krankenkasse versichert zu sein, die solche Beratungsangebote anbietet.

292. In der Gesamtschau ist davon auszugehen, dass die Anreize für ein wettbewerbliches Angebot an individualisierter Beratung von Versicherten bei der Krankenhauswahl derzeit bei den Krankenversicherungen nicht hinreichend ausgeprägt sind. Ursächlich dafür ist unter anderem ein Marktversagen, weil die einzelnen gesetzlichen und privaten Versicherungen jeweils nur begrenzte finanzielle Vorteile aus der Beratung ziehen können. Vor diesem Hintergrund ist anzunehmen, dass sich das bestehende Angebot gesellschaftlich als unteroptimales Angebot darstellt. Es könnte durch eine gezielte Verpflichtung zur individualisierten Beratung verbessert werden. Diese sollte es den Krankenversicherungen zudem ermöglichen, auch eigene Routinedaten auszuwerten und für die empfehlende Beratung zu verwenden. Die Monopolkommission empfiehlt zu diesem Zweck die Vorschrift in § 136b Abs. 7 Satz 2 SGB V wie folgt zu ergänzen (Ergänzung in Fettschrift):

*„Zum Zwecke der Erhöhung von Transparenz und Qualität der stationären Versorgung können die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Krankenkassen und ihre Verbände die Vertragsärzte und die Versicherten auf der Basis der Qualitätsberichte auch vergleichend über die Qualitätsmerkmale der Krankenhäuser informieren und Empfehlungen aussprechen. **Die Krankenkassen müssen ihren Versicherten zur Auswahl eines Krankenhauses bei absehbarem Behandlungsbedarf zudem eine individuelle Qualitätsberatung auf Basis der Qualitätsberichte und anderer evidenzbasierter Qualitätsinformationen anbieten, die mittels persönlicher, telefonischer oder elektronischer Angebote erfolgen kann.**“*

Für die private Krankenversicherung könnte analog die Pflicht zu einem entsprechenden Beratungsangebot in § 192 Abs. 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) ergänzt werden:

„Die privaten Krankenversicherungen müssen ihren Versicherten zur Auswahl eines Krankenhauses bei absehbarem Behandlungsbedarf eine individuelle Qualitätsberatung auf Basis der Qualitätsberichte und anderer evidenzbasierter Qualitätsinformationen anbieten, die mittels persönlicher, telefonischer oder elektronischer Angebote erfolgen kann.“

5.1.5 Bundesregierung sollte den Qualitätswettbewerb gezielt intensivieren

293. Der Wettbewerb von Krankenhäusern bedarf geeigneter gesetzlicher Rahmenbedingungen, um positive Wirkungen auf die Qualität von Krankenhäusern entfalten zu können. Vor allem können die Auswahlentscheidungen der Patientinnen und Patienten Qualitätsanreize auslösen und so einen Beitrag zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung leisten. Je besser es gelingt, die Wettbewerbsintensität in den Krankenhausmärkten auf die Verbesserung von Qualität zu lenken, desto geringer ist der Bedarf, auf Basis zentraler Vorgaben und durch Eingriffe der Landeskrankenhausplanungen eine sekundäre Qualitätssicherung zu betreiben.

294. Um dem Ziel einer höchstmöglichen Versorgungsqualität näherzukommen, bedarf es einer gezielten Aktivierung von wirksamen Wettbewerbsprozessen zur Schaffung höherer Transparenz über die Behandlungsqualität. Zwar hat die Entwicklung von quantitativen Indikatoren, die auch die medizinische Versorgungsqualität erfassen, bereits in den vergangenen 15 Jahren erkennbare Fortschritte gemacht. Wie dargelegt wurde, bestehen bei der konsequenten Entwicklung einer vergleichenden Qualitätsdarstellung jedoch weiterhin zahlreiche Hürden. Zusammenfassend sieht die Monopolkommission daher folgende Maßnahmen als empfehlenswert an:

- Die Rolle der Krankenversicherungen bei der qualitätsorientierten vergleichenden Beratung im Rahmen der Krankenhauswahl sollte gestärkt werden. Die eigene Auswertung von Routinedaten kann die zentral gesteuerte Qualitätserfassung mit einem Wettbewerbselement geeignet ergänzen. Individualisierte Angebote könnten zu einem Wettbewerbsparameter zwischen Krankenversicherungen werden, der eine Verbesserung der Beratung zur Folge haben könnte. Um die Entwicklung wettbewerblicher individualisierter Beratungsprozesse anzustoßen, sollte ein entsprechendes Beratungsgebot der Krankenkassen gesetzlich vorgesehen werden.
- Die Vorschriften zur Datentransparenz in den §§ 303a ff. SGB V sehen eine Forschungsmöglichkeit an sog. Routinedaten der Krankenkassen vor, die es diesen ermöglichen könnten, geeignete Qualitätsanalysen unabhängig von der Versichertenzahl und den damit einhergehenden Größenvorteilen zu erstellen. Hierzu sollte eine Auswertung von Einzeldaten zur Entwicklung vergleichender Qualitätsindikatoren für konkrete Leistungserbringer durch Krankenversicherungen und Institutionen der Gesundheitsforschung ermöglicht werden.
- Die existierenden zentralisierten Prozesse der externen Qualitätssicherung sollten zudem transparenter gestaltet werden. Um die Beobachtbarkeit der Entscheidungsprozesse im G-BA durch demokratisch legitimierte Organe und die Öffentlichkeit zu verbessern, sollten die beauftragten Expertisen des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen unmittelbar nach der Übergabe an den Ausschuss veröffentlicht werden.
- Da die Leistungserbringer als Mitglied des G-BA derzeit an der eigenen Qualitätssicherung und -kontrolle beteiligt sind, sind Interessenkonflikte zu befürchten. Deshalb ist dem Bundesminister für Gesundheit zu empfehlen, gem. § 137a Abs. 4 Satz 2 SGB V

das IQTIG zu wichtigen Fragen der Transparenzentwicklung selbst zu beauftragen. Das Institut könnte Handlungsempfehlungen erarbeiten, wie die Qualitätsmessung und Darstellung der Versorgungsqualität zügig mit dem Ziel ausgeweitet werden kann, eine Erhöhung der Qualitätstransparenz für Patientinnen und Patienten zu erreichen.

5.2 Einfluss durch Qualitätsvorgaben des G-BA und der Krankenhausplanung

295. Da bisher keine umfassende Qualitätstransparenz insbesondere für die Patientinnen und Patienten im Krankenhaussektor gegeben ist, ist die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Behandlung eine weitere Kernaufgabe des Staates. Dies gilt insbesondere für die Sicherstellung einer Art Mindestqualität, um einen ausreichenden Schutz der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Hierzu haben sowohl der G-BA als auch die Länder jeweils Qualitätsvorgaben, zum Beispiel zur medizinischen Ausstattung oder zu Mindestfallzahlen, festgelegt. Diese Bestimmungen werden im Abschnitt 5.2.1 näher beleuchtet. Darüber hinaus werden in einigen Bundesländern Planungskonzepte umgesetzt, die die Behandlungsqualität steigern sollen (Abschnitt 5.2.2). Dies betrifft zum einen das gegenwärtig weit verbreitete Versorgungsstufenkonzept und zum anderen das neuartige Leistungsgruppenkonzept, welches in Kürze in Nordrhein-Westfalen eingeführt wird. Abschließend werden Auswahlentscheidungen als ein Planungsinstrument der Landesbehörden speziell in Bezug auf ihr Potenzial zur Qualitätssteigerung näher untersucht (Abschnitt 5.2.3). Sowohl bei den Planungskonzepten als auch bei den Auswahlentscheidungen spielen die Auswirkungen auf den Wettbewerb eine wichtige Rolle. Denn häufig sollen Qualitätssteigerungen dadurch erreicht werden, dass sich Krankenhäuser auf bestimmte Behandlungen spezialisieren. Allerdings führt ein solcher Spezialisierungsprozess in der Regel dazu, dass im Hinblick auf eine bestimmte Behandlungsleistung weniger Krankenhäuser miteinander konkurrieren. Angesichts der in Abschnitt 5.1.4.1 dargestellten möglichen positiven Wirkungen des Wettbewerbs entsteht somit ein Spannungsfeld, welches in den folgenden Abschnitten näher beleuchtet werden soll.

5.2.1 Bestandsaufnahme qualitativer Vorgaben

5.2.1.1 Vorgaben auf Bundesebene

296. Grundlegend für die Qualitätssicherung im deutschen Krankenhaussektor sind bundesweit geltende, spezifische Vorgaben. Diese sind in den §§ 135a ff. SGB V geregelt. Hierzu zählt neben der Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung auch die Förderung der Qualität über die Kassenärztliche Vereinigung und über die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Die Qualitätsvorgaben werden dabei über Richtlinien vom G-BA bestimmt.⁴¹⁹ Er ist gesetzlich beauftragt, verpflichtende Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zum Qualitätsmanagement der Krankenhäuser festzulegen, vgl. § 92 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V.

⁴¹⁹ Der Gemeinsame Bundesausschuss ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen und wird von den vier Selbstverwaltungsorganisationen Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) gebildet, vgl. §§ 91 SGB V ff.

297. Über die Richtlinien des G-BA werden gemäß § 136 SGB V verpflichtende Maßnahmen der Qualitätssicherung, grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement sowie Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändiger medizintechnischer Leistungen, festgelegt. Für diese gibt der G-BA insbesondere Mindestanforderungen vor, welche unter anderem auch ausschlaggebend für die Krankenhausplanung der Landesbehörden sind. Darüber hinaus beschließt der G-BA gemäß § 136b SGB V weitere Richtlinien, die speziell den Krankenhausesektor betreffen. Der G-BA legt demgemäß unter anderem Richtlinien zu fachärztlichen und psychotherapeutischen Fortbildungspflichten sowie zu Mindestmengen für planbare Leistungen fest. Besonderen Einfluss auf die Qualität wie auch die Krankenhausplanung haben vornehmlich die bundesweiten Mindestanforderungen sowie die Mindestmengen zu spezifischen Leistungsbereichen.

Mindestqualitätsanforderungen

298. Für bestimmte Bereiche legt der G-BA Mindestanforderungen an die Qualität fest. Dieses Instrument der Qualitätssicherung wird beispielsweise bei sehr schwierigen und gefährlichen Operationen genutzt, die besonders qualifiziertes Personal oder auch eine gesonderte Ausstattung erfordern.⁴²⁰ Der G-BA beschließt diese Richtlinien als Maßnahme zur Qualitätssicherung auf der Grundlage von § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V. Mit den Richtlinien soll die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gesichert sowie verbessert werden.⁴²¹

299. Aktuell bestehen Richtlinien des G-BA mit damit einhergehenden Qualitätsvorgaben für acht Bereiche.⁴²² Diese betreffen insbesondere spezielle Bereiche der Chirurgie, der Tumorbehandlung sowie der Behandlung von Neugeborenen und Kindern.⁴²³ Mindestanforderungen können allgemeine wie auch fachspezifische Vorgaben für die Struktur innerhalb des Krankenhauses vorsehen. Beispiele hierfür sind Vorgaben für das Vorhandensein von Fachabteilungen, die Weiterbildungsmaßnahmen von Ärztinnen und Ärzten sowie beispielsweise das Vorhandensein einer Intensivstation.⁴²⁴ Spezifische Mindestanforderungen können zudem vorsehen, dass die Behandlung der Patientinnen und Patienten in einer ärztlich geleiteten Fachabteilung zu erfolgen hat, dass eine Fachärztin oder ein Facharzt die Abteilung führt oder auch dass 24 Stunden am Tag eine Ärztin bzw. ein Arzt präsent ist. Weitere Anforderungen können Mindestvorgaben für die Prozessqualität vorsehen. Hierzu zählen Vorgaben zu sog. Standard Ope-

⁴²⁰ Dies ergibt sich aus § 92 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V.

⁴²¹ Der G-BA ist hierzu demokratisch legitimiert, vgl. BSG, B 1 KR 28/15 R, 19. April 2016, openJur 2016, 12911.

⁴²² Insgesamt gibt es derzeit 15 Qualitätssicherungsverfahren, die verschiedene seltene Erkrankungen und Tumorerkrankungen betreffen.

⁴²³ Im Einzelnen handelt es sich um die Behandlung von Bauchortenaneurysmen, die Kinderherzchirurgie, die minimalinvasive Herzklappenintervention, die Positronenemissionstomographie zur Behandlung des nichtkleinzelligen Lungenkarzinoms, die Protonentherapie beim Rektumkarzinom, die Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur, der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen sowie die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten. Eine Übersicht ist beispielsweise auf den Internetseiten des G-BA abzurufen, vgl. G-BA, Richtlinien zum Themenbereich Qualitätssicherung, <https://www.g-ba.de/richtlinien/zum-unterausschuss/3/>, Abruf am 16. März 2022.

⁴²⁴ Beispielsweise ist bei hüftgelenknahen Femurfrakturen allgemein vorgesehen, dass mindestens eine Fachabteilung Chirurgie oder Unfallchirurgie und Innere Medizin vorhanden sind.

rating Procedures (SOP), d. h. zu standardisierten Vorgehensweisen etwa bei Operationen oder im Bereich physiotherapeutischer Behandlung.

300. Die Erfüllung der Mindestanforderungen wird vom G-BA durch Strukturabfragen ermittelt.⁴²⁵ Die Datenerhebung wie auch Auswertung erfolgt über das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). Sofern hierbei die Nichterfüllung der Mindestanforderungen nachgewiesen wird, kann die beispielsweise den Wegfall des Vergütungsanspruchs zur Folge haben. So hat ein Krankenhaus zum Beispiel keinen Anspruch auf Vergütung für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit offen chirurgisch oder endovaskulär behandlungsbedürftigem Bauchaortenaneurysma, wenn die Leitung der Intensivstation keinen Leitungslehrgang absolviert hat.⁴²⁶ Im Allgemeinen obliegt dem G-BA die Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen gemäß § 137 SGB V.

Mindestmengenregelung

301. Neben den bundesweit geltenden Mindestqualitätsanforderungen hat der G-BA die Möglichkeit, Mindestmengen für besonders komplexe Eingriffe festzulegen (§ 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V). Hintergrund dieser Aufgabe ist es, dass bei besonders komplexen Behandlungen und Operationen ein Zusammenhang zwischen der Anzahl der Durchführungen und der Behandlungsqualität besteht.⁴²⁷ Das Erfüllen einer Mindestmenge kann für diese Behandlungen die notwendige Erfahrungskompetenz sicherstellen. Mindestmengenregelungen dienen daher als spezielles Instrument zur Qualitätssicherung bei ausgewählten, schwierigen Operationen und Prozeduren. Der G-BA erstellt hierzu einen Katalog planbarer Leistungen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen abhängt, sowie Mindestmengen für diese Leistungen je Ärztin/Arzt oder je Standort eines Krankenhauses.

302. Die Mindestmengenregelungen entfalten unmittelbare Bindungswirkung für Krankenkassen sowie Leistungserbringer. Da die Mindestmengenvorgabe intensiver in die Berufsfreiheit eines Krankenhauses eingreift als beispielsweise qualitative Anforderungen an die Leistungserbringung, hat das Bundessozialgericht entschieden, dass verfassungsrechtlich dem milderen Mittel der Steuerung über verhaltensabhängige Qualitätsanforderungen der Vorzug zu geben sei. Raum für Mindestmengenregelungen bleibe aus Gründen der Qualitätssicherung nach Maßgabe von Art. 12 Abs. 1 GG nur, soweit sie Qualitätsvorteile zu gewährleisten versprechen,

⁴²⁵ Die Erfüllung der Anforderungen nach den Richtlinien wird für alle Einrichtungen ermittelt. Hierzu werden die in den Anlagen der Richtlinien aufgeführten Daten zur Abfrage der Erfüllung der Anforderungen jeweils für das zurückliegende Kalenderjahr (Erfassungsjahr) von den Einrichtungen in digitaler Form erhoben, vgl. z. B. G-BA, Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFRRL), § 10.

⁴²⁶ BSG, B 1 KR 28/15 R, a. a. O.

⁴²⁷ Als Erläuterung, warum der G-BA von der Möglichkeit der Mindestmengenregelungen Gebrauch macht, siehe beispielsweise: Ärzteblatt, Mindestmengen für Operationen bei Brust- und Lungenkrebs festgelegt, 16. Dezember 2021: „Mindestmengen haben eine ganz klare und wichtige Aufgabe: Sie sollen sicherstellen, dass ein Krankenhaus aufwendige, technisch höchst anspruchsvolle und komplikationsträchtige Operationen nicht nur gelegentlich durchführt“, sagte Karin Maag, unparteiisches Mitglied des G-BA und Vorsitzende des Unterausschusses Qualitätssicherung“.

die mit vertretbarem Aufwand anderweitig nicht erreichbar erscheinen. In dem Grundsatzurteil des Bundessozialgerichts zu Mindestmengen bei Knie-Totalendoprothesen sieht das Gericht die Nachweisanforderungen der Mindestmengenregelung dann als erfüllt, wenn es sich um eine hochkomplexe Leistungserbringung handelt und nach dem Beweisgrad der hinreichenden Wahrscheinlichkeit die Erwartung berechtigt ist, dass die Güte der Leistungserbringung auch von der Erfahrung und Routine mit der jeweiligen Versorgung beeinflusst ist. Dies sei allerdings mit wissenschaftlichen Belegen zu untermauern.⁴²⁸

303. Die Mindestmengenregelungen sind zuletzt am 16. Dezember 2021 geändert worden.⁴²⁹ Die Anpassungen sehen eine Hinzunahme von zwei Leistungsbereichen, Chirurgische Behandlung des Brustkrebses und thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen, sowie eine Erhöhung bestehender Mindestmengen seit Januar 2022 vor. Derzeit bestehen Regelungen für zehn Leistungsbereiche.⁴³⁰ Diese betreffen insbesondere Organtransplantation, die speziellen Bereiche der Chirurgie sowie die Versorgung von Frühgeborenen und Neugeborenen mit geringem Gewicht.⁴³¹

304. Der Beschluss des G-BA zu Mindestmengen regelt im Besonderen, dass Krankenhäuser nur dann die jeweiligen Leistungen mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen dürfen, wenn sie die Mindestmenge nachweislich erfüllen.⁴³² Für die Zulässigkeit der Leistungserbringung muss das Krankenhaus bzw. der Krankenhausträger gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jährlich darlegen, dass die erforderliche Mindestmenge im nächsten Kalenderjahr voraussichtlich erreicht wird.⁴³³

305. Ausnahmen bestehen im Speziellen für Krankenhäuser, die eine der oben genannten Leistungen zukünftig anbieten wollen, aber noch keine Mindestmenge nachweisen können. Für diese Häuser wie auch jene, welche die Leistung in den vergangenen 24 Monaten nicht erbrachten, besteht die Ausnahmeregelung, dass 50 Prozent der festgelegten Mindestmenge im ersten Jahr erbracht werden müssen. Erst im darauffolgenden Jahr ist die Erbringung der

⁴²⁸ BSG, B 3 KR 10/12 R, 12. September 2012, openJur 2013, 47757, Rn. 47.

⁴²⁹ Vgl. BMG, BAnz AT 02.02.2022 B2 vom 16. Dezember 2021; BMG, BAnz AT 11.02.2022 B3 vom 16. Dezember 2021; BMG, BAnz AT 23.02.2022 B1 vom 16. Dezember 2021; BMG, BAnz AT 20.01.2022 B2 vom 16. Dezember 2021.

⁴³⁰ Insgesamt werden aktuell zu 15 Leistungsbereichen im stationären Sektor Daten für die Qualitätssicherung erhoben.

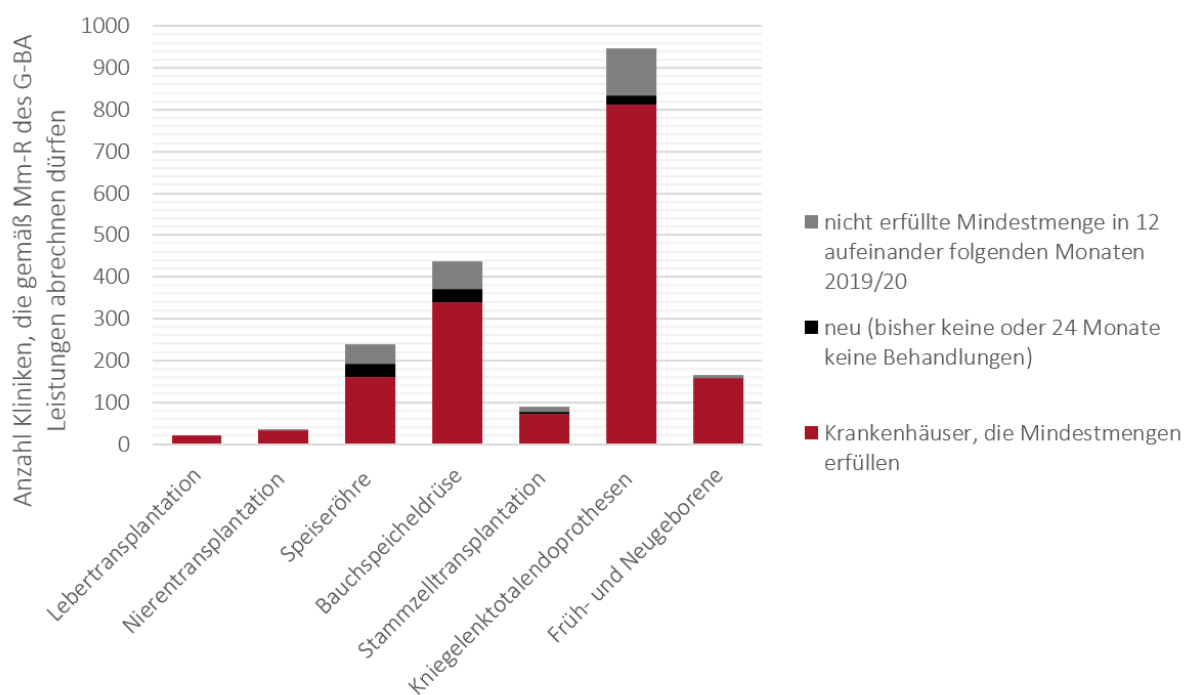
⁴³¹ Im Einzelnen handelt es sich um Lebertransplantationen (mind. 20), Nierentransplantationen (mind. 25), komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene (mind. 26), komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene (mind. 20), Stammzelltransplantation (mind. 25), Kniegelenk-Totalendoprothesen (mind. 50), Koronarchirurgische Eingriffe (Die Aufnahme in den Katalog erfolgte zunächst ohne Mindestmenge.), die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegewicht von < 1.250 g (mind. 25), chirurgische Behandlungen des Brustkrebses (mind. 100) und thoraxchirurgische Behandlungen des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen (mind. 75). Vgl. G-BA, Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, zuletzt geändert am 16. Dezember 2021 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 02.02.2022 B2, BAnz AT 11.02.2022 B3, BAnz AT 23.02.2022 B1) in Kraft getreten am 1. Januar 2022.

⁴³² Vgl. § 136b Abs. 4 SGB V.

⁴³³ Hierbei kann nicht ausgeschlossen werden, dass es durch die mengenmäßigen Nachweispflichten zu Fehlanreizen einer Ausdehnung der Fallzahlen kommt. So könnten insbesondere Krankenhäuser, bei denen die Fallzahlen knapp unter der Mindestmenge liegen, Anreize zum Generieren zusätzlicher, ggfs. unnötiger Fälle haben. Es wird allerdings davon ausgegangen, dass die Vorteile der Mindestmengenregelungen mögliche Nachteile überwiegen.

Mindestmenge nachzuweisen.⁴³⁴ Darüber hinaus kann eine Ausnahme vorliegen, wenn die Leistung als Notfall erbracht wurde oder eine Verlegung der Patientin oder des Patienten in ein Krankenhaus, das die Mindestmenge erfüllt, medizinisch nicht vertretbar war.⁴³⁵ Darüber hinaus hat der G-BA die Covid-19-Pandemie und die daraus resultierende geringere Anzahl an planbaren Operationen als Ursache für die Nichterfüllung von Mindestmengen anerkannt, weshalb einige Kliniken in den vergangenen 24 Monaten Mindestmengen nicht erfüllt haben, aber die Erlaubnis zur Abrechnung weiter besteht.⁴³⁶ Eine besondere Ausnahme ist darüber hinaus über § 136b Abs. 5a SGB V vorgesehen. So kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde Leistungen aus dem Katalog planbarer Leistungen des G-BA bestimmen, bei denen die Anwendung der Mindestmengenregelung zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung ausgeschlossen wird.

Abbildung 5.4: Anzahl der Kliniken, die gemäß Mindestmengenregelungen des G-BA im Jahr 2021 Leistungen abrechnen dürfen



Quelle: Eigene Darstellung basierend auf AOK-Mindestmengen-Transparenzliste 2021.

Hinweis: In der Abbildung wurden die bis zum 15. Dezember 2021 geltenden Mindestmengenregelungen berücksichtigt: D. h. mind. 20 Lebertransplantationen, mind. 25 Nierentransplantationen, mind. zehn komplexe Eingriffe an Speiseröhre und Bauchspeicheldrüse, mind. 20 Stammzelltransplantationen, mind. 50 Kniegelenktotalendoprothesen und mind. 14 Versorgungen von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1.250 Gramm. Vgl. AOK-Bundesverband, Mindestmengen-Transparenzliste 2021, https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/engagement/mindestmengen/mindestmengen-transparenzliste_2021.pdf, Abruf am 15. März 2022.

⁴³⁴ Vgl. § 6 Mindestmengenregelung.

⁴³⁵ Vgl. § 4 Satz 3 Mindestmengenregelung.

⁴³⁶ Vgl. G-BA, Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Mindestmengenregelung, Mm-R), § 4 Abs. 3 Satz 2 Mm-R.

306. Einen Überblick über die erbrachten Leistungen dieser Leistungsbereiche bietet die Mindestmengen-Transparenzkarte sowie die Mindestmengen-Transparenzliste der AOK.⁴³⁷ In dieser Liste werden je Bundesland und je Leistung aufgezeigt, wie viele Operationen bzw. Behandlungen an den einzelnen Kliniken durchgeführt wurden und ob die Mindestmenge erfüllt wurde. Während im Jahr 2021 gemäß den Mindestanforderungen insgesamt 947 Kliniken für die Behandlung von Kniegelenk-Totalendoprothesen zugelassen waren, waren es beispielsweise für Lebertransplantationen ausschließlich 21 Kliniken und für Nierentransplantationen 37, wobei eine Klinik ihre Zulassung durch die Landesbehörde und nicht durch die Erfüllung der Mindestmenge erhielt. Somit sind abhängig von dem Leistungsbereich teilweise relativ viele, für besonders spezielle Eingriffe aber sehr wenige Krankenhäuser von den Mindestmengen betroffen, vgl. Abbildung 5.4.

307. Die bundeseinheitlichen Qualitätsanforderungen und Mindestmengen zu den oben dargestellten Leistungsbereichen dürften zur Sicherung der Qualität beitragen. Gleichwohl beziehen sich die Qualitätsanforderungen wie auch Mindestmengen auf sehr komplexe Eingriffe in ausgewählten Leistungsbereichen. In der Praxis betreffen die bundesweiten Qualitätsvorgaben daher nur eine gewisse, teilweise sehr geringe Anzahl von Krankenhäusern.⁴³⁸ Der Einfluss der bundesweit gültigen Regelungen dürfte daher eher als gering einzuschätzen sein.

5.2.1.2 Vorgaben auf Landesebene

308. Damit die Qualität auch bei der Krankenhausplanung der Bundesländer besser berücksichtigt werden kann, beschließt der G-BA auf Grundlage von § 136c SGB V planungsrelevante Qualitätsindikatoren (planQI) zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Sie sollen als qualitätsorientierte, bundesweit einheitliche Entscheidungshilfe für die Krankenhausplanung auf Landesebene dienen. Mit den planQI wird bezweckt, dass nur Einrichtungen mit qualitativ hochwertiger und patientengerechter Versorgung in den Krankenhausplan aufgenommen werden. Die Empfehlungen des G-BA sind gemäß § 6 Abs. 1a KHG Bestandteil des Krankenhausplans, sofern die Bundesländer nicht durch Landesrecht die Geltung der planQI ausschließen oder einschränken. Falls ein Plankrankenhaus „nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität“ nach Maßgabe der planQI aufweist, ist das Krankenhaus ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herauszunehmen (§ 8 Abs. 1b KHG).

309. Die aktuellen Qualitätsindikatoren wurden vom IQTIG in einem Abschlussbericht zur Auswahl und Umsetzung der planQI vorgeschlagen, vom G-BA beschlossen und gelten seit dem Jahr 2017.⁴³⁹ Es wurden insgesamt elf Qualitätsindikatoren festgelegt, die sich auf die Bereiche Gynäkologische Operationen, Geburtshilfe und Mammachirurgie beziehen.

⁴³⁷ AOK-Bundesverband, Mindestmengen-Transparenzliste 2021, https://www.aok-bv.de/engagement/mindestmengen/index_25041.html#6/51.331/10.481, Abruf am 5. Mai 2022.

⁴³⁸ Siehe beispielsweise Tz. 306.

⁴³⁹ G-BA, Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Liste der Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Abs. 1 SGB V, 15. Dezember 2016.

310. Die Empfehlung und Festlegung der aufgeführten Indikatoren erfolgte im August 2016.⁴⁴⁰ Um eine Auswahl zu treffen, ermittelte das IQTIG im Speziellen, welche der bereits erhobenen Indikatoren als Grundlage für Planungsentscheidungen im Krankenhausplan relevant sein könnten. Hierfür wurde unterschieden, ob es sich um Entscheidungen (i) zur Aufnahme neuer Krankenhäuser in den Krankenhausplan handelte (sog. Zulassung), (ii) ob qualitativ schlechte Krankenhäuser aus der Planung genommen werden sollten (sog. Intervention) oder (iii) ob eine Auswahl zwischen qualitativ besonders guten Krankenhäusern notwendig wurde (sog. Auswahl). Für die Zulassung neuer Krankenhäuser wären Indikatoren zu Strukturmerkmalen hilfreich gewesen, die zu dem Zeitpunkt jedoch nicht erfasst wurden.⁴⁴¹ Auch konnten hinsichtlich der Auswahlentscheidung keine Vorgaben vorgesehen werden.⁴⁴² Aus diesem Grunde konzentrierte sich das IQTIG auf den Bereich der Intervention als Zulassungseinschränkung im Krankenhausplan. Für die Intervention wurde die Patientensicherheit als zentraler Aspekt der Versorgung für den Planungsprozess ermittelt und die planQI entsprechend dieser Anforderung ähnlich zu Mindestanforderungen ausgewählt.⁴⁴³ Die planQI beschränken sich bisher auf spezielle Leistungsbereiche und Indikatoren, welche die Patientengefährdung abbilden können. Zur kontinuierlichen Weiterentwicklung dieser Qualitätsindikatoren wird gemäß § 137a SGB V das IQTIG beauftragt. Bisher erfolgte noch keine Anpassung bzw. Weiterentwicklung.

311. Gemäß § 136c Abs. 1 SGB V stellt der G-BA sicher, dass die Krankenhäuser die für die Qualitätsindikatoren relevanten Daten an das IQTIG übermitteln. Das Auswertungsverfahren erfolgt über das IQTIG. Der G-BA übermittelt den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen regelmäßig die einrichtungsbezogenen Auswertungsergebnisse der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu den planQI sowie Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung der Qualitätsergebnisse von Krankenhäusern. Eine nicht oder nicht ausreichend gesicherte Leistungserbringung hat rechtliche Konsequenzen für die Aufnahme oder den Verbleib der Einrichtung im Krankenhausplan eines Landes, sofern dieses die planQI nicht rechtlich ausschließt.⁴⁴⁴

312. Grundsätzlich könnte die bundesweite Vorgabe von planQI zu einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung führen. In der Praxis zeigt sich jedoch, dass die festgelegten Qualitätsindikatoren nur wenige, sehr spezielle Leistungsbereiche betreffen. Ihre praktische Relevanz ist vergleichsweise gering. Außerdem wird regelmäßig von Fachleuten im Gesundheitssektor kritisiert, dass die derzeitigen planQI in der Praxis nicht hinreichend für die Bewer-

⁴⁴⁰ Der Auftrag des G-BA an das IQTIG erfolgte am 17. März 2016.

⁴⁴¹ Als Merkmale einer guten Fachabteilungsqualität im Krankenhaus könnten zum Beispiel ärztliches und pflegerisches Personal eine Rolle spielen.

⁴⁴² Vgl. zu Auswahlentscheidungen Abschnitt 5.2.3.

⁴⁴³ Insgesamt wird von drei Planungsprozessen ausgegangen, die Zulassung, die Intervention und die Auswahl. Für den dritten Planungsprozess, d. h. die Auswahl von qualitativ besonders hochwertigen Behandlungen, konstatierte das IQTIG, dass Indikatoren zu wählen seien, die im Bereich besonders guter Qualität differenzieren. Da dies zu dem Zeitpunkt für kaum einen der Qualitätsindikatoren der Qualitätssicherung zutraf, wurde auch der dritte Planungsprozess Auswahl im ersten Entwicklungsabschnitt der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nicht berücksichtigt, vgl. IQTIG, Planungsrelevante Qualitätsindikatoren, Abschlussbericht zur Auswahl und Umsetzung, Berlin, 2016.

⁴⁴⁴ Vgl. Fraktionen der CDU/CSU und SPD, Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSg), BT-Drucksache 18/5372 vom 30. Juni 2015, S. 35.

tung der Qualität einer Leistung insgesamt, einer Abteilung oder eines ganzen Krankenhauses geeignet seien.⁴⁴⁵ Deshalb spricht vieles dafür, dass die Verhältnismäßigkeit der vorgesehenen Rechtsfolge bei Nichteinhaltung der planQI – die Herausnahme einer Abteilung oder sogar des gesamten Krankenhauses – in den wenigsten Fällen gegeben sein wird. Mildere Mittel zur Durchsetzung der planQI stehen den Planungsbehörden nicht zur Verfügung. Die bisherigen Erfahrungen zeigen deshalb einen vergleichsweise geringen Nutzen für die Krankenhausplanung, der in keinem Verhältnis zu dem Aufwand beim Planungsprozess steht. Daher haben die meisten Bundesländer von der rechtlichen Ausnahmemöglichkeit Gebrauch gemacht und die Nutzung der planQI ausgeschlossen.

313. Darüber hinaus können die Länder ergänzend zu den bundesrechtlichen Vorgaben und den Beschlüssen des G-BA nähere Regelungen in ihren Landesgesetzen zur Gestaltung der Krankenhausplanung und Krankenhauslandschaft treffen (vgl. § 6 Abs. 4 KHG, § 136b Abs. 2 Satz 4 SGB V). Den Ländern wird dadurch die Möglichkeit eröffnet, zusätzlich zu den bundesweit einheitlichen Qualitätsstandards jeweils eigene Anforderungen für bestimmte Bereiche zu stellen. Dies hat zur Folge, dass die Regelungen der Länder zwar Gemeinsamkeiten aufweisen. So haben beispielsweise fast alle Länder den Qualitätsaspekt in ihren Landesgesetzen generell aufgegriffen und zumeist auch in den Zielen des Gesetzes verankert.⁴⁴⁶ Dennoch gehen die Länder insbesondere im Hinblick auf den Regelungsumfang, die Regelungstiefe sowie die konkrete Ausgestaltung der Qualitätsvorgaben teils sehr unterschiedliche Wege.

314. Zunächst ist festzustellen, dass viele Bundesländer den Qualitätsaspekt zwar gesetzlich verankern, diesen aber nicht näher konkretisieren. Zurückhaltend sind diesbezüglich z. B. Baden-Württemberg, Bayern, Berlin oder Sachsen. So heißt es im baden-württembergischen Krankenhausgesetz in § 6 Abs. 1 Satz 4 LKHG, dass im Rahmen der Krankenhausplanung „insbesondere [...] die Qualität und Sicherheit der Versorgung zu beachten“ sei. Eine Konkretisierung, wie die Qualität in der Praxis genau beachtet werden soll, erfolgt nicht.⁴⁴⁷ Einige andere Länder gehen demgegenüber einen Schritt weiter und führen den allgemeinen Qualitätsgedanken im Landesrecht näher aus. Hierbei werden typischerweise Regelungen getroffen, die auf unterschiedliche Weise der Versorgungsqualität dienen sollen. Als Beispiel seien Regelungen zu Hygienemaßnahmen,⁴⁴⁸ zur Bereitstellung von Qualitätsbeauftragten,⁴⁴⁹ zum Beschwerdemanagement und Fürsprechenden für Patientinnen und Patienten⁴⁵⁰ oder zum Um-

⁴⁴⁵ Siehe beispielsweise DKG, Qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung sichern, <https://www.dkgev.de/themen/qualitaet-hygiene-sicherheit/qualitaetsorientierte-krankenhausplanung/>, Abruf am 25. März 2022; Levsen, A./Offermanns, M., Planungsrelevante Qualitätsindikatoren, das Krankenhaus, Sonderheft 2021, 2021, S. 62-65.

⁴⁴⁶ Den Qualitätsgedanken in der gesetzlichen Zielsetzung aufgenommen haben beispielsweise Bremen (§ 2 Abs. 1 BremKrhG), Hessen (§ 1 Abs. 1 HKHG), Rheinland-Pfalz (§ 1 Abs. 1 LKG), Schleswig-Holstein (§ 1 Abs. 1 LKHG) und Thüringen (§ 1 Abs. 1 ThürKHG).

⁴⁴⁷ Ähnliche Vorschriften finden sich auch in den Krankenhausgesetzen anderer Länder, siehe beispielsweise § 4 Abs. 1 Satz 4 und 5 LKHG B-W; § 1 Abs. 2 LKG Berlin; § 12 Abs. 2 BbgKHEG; § 13 KHGG NRW; § 6 Abs. 4 LKG R-P.

⁴⁴⁸ Beispiele § 32 Abs. 1 BremKrhG, § 23 ThürKHG.

⁴⁴⁹ Beispielsweise § 6b Abs. 4 HmbKHG; § 31 Abs. 2 BremKrhG.

⁴⁵⁰ In Nordrhein-Westfalen ist etwa vorgesehen, dass Krankenhäuser Vorkehrungen zur Entgegennahme und Bearbeitung von Patientenbeschwerden treffen (vgl. § 5 Abs. 1 KHGG NRW). Dies umfasst grundsätzlich auch die Bereitstellung von Fürsprechenden für Patientinnen und Patienten. Es handelt sich dabei um Personen, die das Vertrauensverhältnis zwi-

gang mit Menschen mit Behinderung⁴⁵¹ genannt. Nur wenige Bundesländer treffen umfassendere und tiefergehende Qualitätsvorgaben. Hierzu gehören Hamburg, das Saarland oder Thüringen. Die Qualitätsvorgaben werden dabei nicht nur in den Landesgesetzen, sondern auch in zusätzlichen Rechtsverordnungen näher spezifiziert. So hat Hamburg eine Verordnung, in der unter anderem personelle, technische sowie strukturelle Anforderungen für ausgewählte Leistungsbereiche festgelegt sind. Für die Kinderherzchirurgie ist etwa vorgegeben, dass jederzeit ein dem technischen Fortschritt entsprechender Operationssaal mit für Kinder und Jugendliche geeigneter Herz-Lungen-Maschine und Pflegepersonal mit mindestens fünf Jahren Berufserfahrung verfügbar sein müssen.⁴⁵² Hierbei zu berücksichtigen ist, dass in vielen Ländern die Planungsbehörden ermächtigt werden, zusätzliche Rechtsverordnungen zur Konkretisierung der gesetzlichen Qualitätsvorgaben zu erlassen.⁴⁵³ Bisher ist dies jedoch nur in wenigen Ländern, z. B. aber in Hamburg und Thüringen, erfolgt.

315. Nichtsdestotrotz greifen nahezu alle Planungsbehörden den Qualitätsaspekt in diversen Bereichen in den Krankenhausplänen auf. In aller Regel werden Vorgaben zur Strukturqualität, z. B. zu weitergehenden Mindestmengen, zur personellen und technische Ausstattung oder zu Zertifizierungsverpflichtungen, aufgestellt.⁴⁵⁴ Besonders häufig betreffen die Vorgaben die Bereiche Schlaganfälle, Onkologie oder Geriatrie. Zudem weisen einige Krankenhauspläne in Bezug auf die Qualitätssicherung und -verbesserung spezielle Versorgungsschwerpunkte und Kooperationen zwischen Krankenhäusern aus.⁴⁵⁵ Durch die Kooperationen soll auch der medizinische Wissenstransfer und die Notfallbereitschaft unterstützt werden. In vielen Krankenhausplänen werden ferner besondere Qualitätsvorgaben zu Zentren, insbesondere in der Onkologie, getroffen.⁴⁵⁶ Insgesamt unterscheiden sich die Qualitätsvorgaben in den Krankenhausplänen – ähnlich wie in den Landesgesetzen – sowohl im Hinblick auf den Umfang der Qualitätsorientierung als auch im Hinblick auf die Regelungstiefe und die betroffenen Fachrichtungen erheblich. Während etwa manche Länder vor allem allgemeine Ausführungen zum Stellenwert der Qualitätssicherung machen, stellen andere Länder sehr detaillierte Qualitätsanforderungen auf. Häufig variiert der Detaillierungsgrad auch innerhalb eines Krankenhausplans. Denkbar ist beispielsweise, dass ein Krankenhausplan umfassende Vorgaben zu den

schen der behandelten Person und dem Krankenhaus fördern sollen. Auch im niedersächsischen Krankenhausgesetz ist die Bereitstellung von Patientenfürsprechenden gesetzlich verankert, vgl. § 16 Abs. 1 NKHG.

⁴⁵¹ Im Saarland sollen die Krankenhäuser zur Qualitätssicherung beispielsweise auch die baulich-technische sowie kommunikative Barrierefreiheit im Umfang mit Menschen mit Behinderung berücksichtigen, vgl. § 9 SKHG.

⁴⁵² Verordnung über ergänzende Qualitätsanforderungen nach § 6b Abs. 3 des Hamburgischen Krankenhausgesetzes (HmbQualiVO) vom 20. Februar 2018.

⁴⁵³ Beispielsweise §§ 31 Abs. 3, 32 Abs. 2 BremKrhG; § 6b Abs. 3 HmbKHG; § 22 Abs. 3a Satz 1 SKHG; § 4 Abs. 2a, 3 ThürKHG; § 6 Abs. 4 LKG R-P; § 13 Abs. 1 KHGG KHGG NRW; § 6 Abs. 3 LKG Berlin.

⁴⁵⁴ Einen Überblick über die Qualitätsvorgaben liefert das IQTIG, vgl. IQTIG, Planungsrelevante Qualitätsindikatoren – Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung, Anhang zum Abschlussbericht, Berlin, 2018.

⁴⁵⁵ Eine Steigerung der Qualität durch eine stärkere Schwerpunktbildung und Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern sehen beispielsweise die Krankenhauspläne in Baden-Württemberg, Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern Sachsen, Sachsen-Anhalt oder Schleswig-Holstein vor.

⁴⁵⁶ So trifft beispielsweise der Krankenhausplan Rheinland-Pfalz bestimmte Mindestanforderungen, wie z. B. die Zertifizierungsverpflichtung der Deutschen Krebsgesellschaft e. V., vgl. Krankenhausplan Rheinland-Pfalz, S. 155 ff. Das Land NRW trifft demgegenüber eine Reihe von Anforderungen für die Anerkennung von Brustzentren, vgl. Krankenhausplan NRW, S. 102 f.

Teilgebieten Palliativversorgung und Kardiologie trifft, anderweitige Leistungsgebiete jedoch unberücksichtigt bleiben.⁴⁵⁷

316. In der Gesamtschau zeigt sich, dass die Qualitätsvorgaben auf Landesebene – d. h. sowohl in den Landeskrankenhausgesetzen als auch in den Krankenhausplänen – häufig wenig konkret und teils sehr vage ausgestaltet sind. Außerdem betreffen die Qualitätsvorgaben regelmäßig nur einzelne ausgewählte Leistungsbereiche. Ein Grund dafür dürfte sein, dass die Länder selbstständig aktiv werden müssen, um eine bestimmte Versorgungsqualität durchzusetzen. Nach Auffassung einiger Fachleute im Gesundheitswesen ist hierzu ein „erhebliches Selbstbewusstsein“ erforderlich, um die insbesondere bei Krankenhäusern sowie auch bei Kostenträgern nicht immer populären Maßnahmen zu planen und umzusetzen.⁴⁵⁸

5.2.2 Wettbewerbsbeschränkende Wirkung bei Versorgungsplanungskonzepten berücksichtigen

317. Die Länder sind im Rahmen der Krankenhausplanung gesetzlich dazu verpflichtet, für eine qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung zu sorgen (vgl. § 6 Abs. 1 i. V. m. § 1 Abs. 1 KHG). Damit diese gesetzliche Zielsetzung verwirklicht und eine bestmögliche Versorgungsqualität gewährleistet werden kann, müssen die zuständigen Planungsbehörden über geeignete Instrumente verfügen, mit denen sie die Krankenhauslandschaft im Hinblick auf ihre Struktur und Qualität gestalten können. Vor diesem Hintergrund setzen einige Bundesländer in der Krankenhausplanung auf das sog. Versorgungsstufenkonzept. Es handelt sich hierbei um ein Rahmenkonzept, mit dem die Planungsbehörden die Krankenhauskapazitäten eines Landes auf Basis von vordefinierten und mit Struktur- und Qualitätsvorgaben komplementierten Versorgungsstufen planen. Zudem wird aktuell häufig ein weiteres, in Deutschland bisher neuartiges Konzept – das sog. Leistungsgruppenkonzept – diskutiert. Im Rahmen dessen soll zur Qualitätssicherung eine eher leistungsorientierte Krankenhausplanung auf Basis von verschiedenen Leistungsgruppen erfolgen.

318. Aktuell plant auch die Bundesregierung eine Strukturreform der Krankenhausplanung. So hat sie erst kürzlich eine Regierungskommission einberufen, die Empfehlungen für eine auf Versorgungsstufen und Leistungsgruppen basierende Krankenhausplanung erarbeiten soll.⁴⁵⁹ Die Monopolkommission geht im Folgenden sowohl auf das Versorgungsstufenkonzept (Abschnitt 5.2.2.1) als auch auf das neuartige Leistungsgruppenkonzept (Abschnitt 5.2.2.2) näher ein. Sie geht dabei der Frage nach, inwieweit sich diese Konzepte zur Umsetzung einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung in der Praxis eignen. Auf dieser und der bisher wenig beleuchteten Frage, welcher Raum dabei dem Wettbewerb zwischen Krankenhäusern verbleibt, soll nachfolgend das Augenmerk liegen.

⁴⁵⁷ Siehe beispielsweise die Krankenhauspläne Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern oder Sachsen-Anhalt.

⁴⁵⁸ Malzahn, J./Garre, P./Mostert, C., Umsetzung der Qualitätsagenda des Krankenhausstrukturgesetzes – ein Vorschlag zur Vorgehensweise am Beispiel des Landes Nordrhein-Westfalen, in: Klauber, J. u. a. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2018 - Schwerpunkt: Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit, Berlin, 2018, S. 189.

⁴⁵⁹ BMG, Lauterbach: Krankenhausreform wird Schwerpunkt der nächsten Jahre, Pressemitteilung, 2. Mai 2022.

5.2.2.1 Das Versorgungstufenkonzept

319. Zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung nehmen einige Bundesländer eine Krankenhausplanung auf Basis des Versorgungstufenkonzepts vor.⁴⁶⁰ Hierzu wird die Krankenhauslandschaft des Bundeslandes zunächst in verschiedene Versorgungstufen unterteilt. Eine bundesweit einheitliche Definition von Versorgungstufen existiert nicht. In der Regel wird jedoch zwischen vier Versorgungstufen – der Grund-, Regel-, Schwerpunkt- und Maximalversorgung – unterschieden (siehe auch Abschnitt 3.1). Hierfür sind üblicherweise die Strukturmerkmale eines Krankenhauses, wie die Anzahl von Betten sowie die Art und Anzahl von Fachabteilungen, maßgeblich. In Rheinland-Pfalz gilt beispielsweise ein Krankenhaus als Grundversorger, wenn es bis zu 250 Betten und die Fachabteilungen Innere Medizin und Chirurgie vorhält.⁴⁶¹ Grundsätzlich gilt, dass je größer die Anzahl an vorgehaltenen Betten und verschiedenen Fachabteilungen ist, desto höher ist auch die Versorgungstufe und desto umfassender ist der Versorgungsauftrag eines Krankenhauses. Darüber hinaus werden die jeweiligen Versorgungstufen regelmäßig mit weiteren Struktur- und Qualitätsanforderungen, wie einer Mindestanzahl und Qualifikation des Personals oder technischen Ausstattungsanforderungen, belegt. So ist in Sachsen-Anhalt für die Schwerpunktversorgung unter anderem eine 24-Stunden-Notfallbereitschaft für Computertomographie-Untersuchungen und Labordiagnostik sowie eine jährliche Mindestmenge von 16.000 vollstationär behandelten Fällen pro Haus festgelegt.⁴⁶² Im Ergebnis sollen auf diese Weise konkrete Struktur- und Leistungsanforderungen mit einzelnen Versorgungstufen verknüpft werden.⁴⁶³ Schließlich werden die Krankenhäuser einer Versorgungstufe zugeordnet und die Versorgungstufe von der Planungsbehörde im Feststellungsbescheid ausgewiesen. Der Versorgungsauftrag eines Hauses richtet sich sodann nach der zugeordneten Versorgungstufe. In der Folge darf ein Krankenhaus nur jene Leistungen erbringen und mit den Krankenkassen abrechnen, die laut Krankenhausplan dieser Versorgungstufe zugeordnet sind. Es existiert kein Vergütungsanspruch für Behandlungen außerhalb des Geltungsbereichs des erteilten Versorgungsauftrags.⁴⁶⁴

320. Das erklärte Ziel einer auf Versorgungstufen basierenden Krankenhausplanung ist es, durch eine klare Zuordnung von Leistungen zu einer bestimmten Versorgungstufe und die verbindlich zu erfüllenden Struktur- und Qualitätsvorgaben für eine qualitativ hochwertige

⁴⁶⁰ Das Versorgungstufenkonzept findet gegenwärtig Anwendung u. a. in Bayern, Brandenburg, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen.

⁴⁶¹ Krankenhausplan Rheinland-Pfalz 2021-2015, S. 23. Siehe für Überblick von Versorgungstufen in den Bundesländern DKG, Bestandaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, 2021, S. 81.

⁴⁶² Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt gemäß § 3 Abs. 1 KHG LSA, Stand: 14. Juni 2019, S. 20.

⁴⁶³ Im Rahmen der Notfallversorgung gibt es bereits eine Art von Versorgungstufen. Der G-BA hat dabei unterschiedliche Notfallversorgungstufen definiert und strukturelle Voraussetzungen für die Erbringung einer jeweiligen Stufe erlassen. Ähnliches existiert im Bereich der Perinatal- und Neonatalversorgung. Vgl. G-BA, Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), 2020; G-BA, Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Abs. 1 Nr. 5 SGB V i. V. m. § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 13 SGB V, 2021.

⁴⁶⁴ BGS, B1 KR 2/18 R, 9. April 2019, ECLI:DE:BSG:2019:090419UB1KR218R0.

Krankenhausversorgung zu sorgen. So soll mit der versorgungsstufenabhängigen Krankenhausplanung sichergestellt werden, dass ein Krankenhaus nur dann bestimmte medizinische Behandlungen durchführt, wenn es die dafür erforderlichen strukturellen Voraussetzungen wie die Vorhaltung einer bestimmten Anzahl an Betten oder Fachabteilungen erfüllen kann. Damit soll vor allem verhindert werden, dass etwa ein kleines Krankenhaus komplexe und vergleichsweise risikoreiche Leistungen anbietet, obwohl es hierzu medizinisch möglicherweise nicht in der Lage ist. Häufig wird in der öffentlichen Diskussion vorgetragen, dass durch die klare Rollenverteilung bestehende Strukturen und Ressourcen optimal genutzt werden können. So könne sich ein Krankenhaus auf die ihm zugewiesenen Leistungsbereiche spezialisieren, da nicht mehr jedes Krankenhaus jede medizinische Leistung erbringen dürfe. Insgesamt könnten regionale Leistungsangebote besser aufeinander abgestimmt werden. Hierbei wird typischerweise eine Konzentration von Versorgungsleistungen auf größere Krankenhäuser angestrebt, weil sich dadurch – nach weit verbreiteter Einschätzung – tendenziell Verbesserungen der Versorgungsqualität erzielen lassen. Eine Bündelung von Fachkapazitäten wird mithilfe des Versorgungsstufenkonzepts dadurch erreicht, dass nur Krankenhäuser einer gewissen Versorgungsstufe und damit insgesamt weniger Krankenhäuser eine bestimmte Leistung anbieten dürfen. Dies führt in der Folge dazu, dass die Fallzahlen in den verbleibenden Krankenhäusern für diese bestimmte Leistung entsprechend ansteigen. Eine Leistungskonzentration sei nicht zuletzt auch aus Kostengründen erforderlich, weil nicht jedes Krankenhaus personell und technisch ausgestattet sei, um sämtliche Krankheitsbilder bestmöglich behandeln zu können. Vor diesem Hintergrund spricht sich eine Reihe von Marktakteuren und Fachgremien im Gesundheitswesen ausdrücklich für eine Krankenhausplanung auf Basis verschiedener Versorgungsstufen aus.⁴⁶⁵

321. Darüber hinaus gaben einige Planungsbehörden gegenüber der Monopolkommission an, dass ein wesentlicher Vorteil des Versorgungsstufenkonzepts in der rechtlichen Durchsetzbarkeit von Qualitätsvorgaben bestehe. Zwar haben die Planungsbehörden theoretisch die Möglichkeit, Versorgungsaufträge mit konkreten Qualitätsvorgaben zu versehen.⁴⁶⁶ Die Umsetzung gestaltet sich in der Praxis jedoch häufig schwierig, da die Behörde bei der Festlegung der jeweiligen Qualitätsvorgaben einen qualitätssteigernden Effekt evidenzbasiert und rechtssicher nachweisen muss. Demgegenüber ermöglicht eine auf Versorgungsstufen basierende Krankenhausplanung eine typisierte Durchsetzung von Qualitätsvorgaben. So müssen lediglich für die jeweilige Versorgungsstufe allgemeine Qualitätsvorgaben aufgestellt werden. Die Festlegung von Qualitätsvorgaben für einzelne Abteilungen oder Behandlungsleistungen ist nicht mehr erforderlich, wie das Bundessozialgericht bestätigt hat.⁴⁶⁷ Aus diesem Grund wählen viele Länder zur Qualitätssicherung den rechtssicheren Weg einer Krankenhausplanung nach Versorgungsstufen. Ferner werden in dem Versorgungsstufenkonzept häufig weitere praktische Vorteile gesehen. Beispielsweise kann die Klassifizierung der Krankenhäuser nach Versor-

⁴⁶⁵ Siehe beispielsweise Marburger Bund, Zukunft der Krankenhausversorgung aus ärztlicher Sicht, Berlin, 17. September 2020; AKG, Krankenhausversorgung 2030 – das AKG-Stufenmodell, <https://www.akg-kliniken.de/das-akg-stufenmodell/>, Abruf am 5. Mai 2022; Barmer, Vorschläge für eine Krankenhausstruktur, Berlin Kompakt, 11, 2021.

⁴⁶⁶ §§ 1 Abs. 1, 6 Abs. 1b KHG.

⁴⁶⁷ BGS, B1 KR 2/18 R, a. a. O.; OVG Bautzen, 5 A 525/16, 20. Juni 2019, ECLI:DE:OVGSN:2019:0620.5A525.16.00.

gungsstufen die Arbeitsprozesse der Planungsbehörden erleichtern, indem diese auf eine detaillierte Leistungsbeschreibung in den Versorgungsaufträgen verzichten und stattdessen auf die allgemeinen Ausführungen zu den Versorgungsstufen im Krankenhausplan verweisen können.

322. Vor diesem Hintergrund erscheint das Versorgungsstufenkonzept ein methodisch vergleichsweise einfaches Planungskonzept zu sein, mit dem sich eine gewisse Qualitätsorientierung in der Krankenhausplanung realisieren lässt. Vor allem die leichtere Durchsetzung von typisierten Struktur- und Qualitätsvorgaben stellt einen gewichtigen Vorteil dar. Zudem kann die mit dem Versorgungsstufenkonzept induzierte Bündelung von Fachkapazitäten bzw. die Konzentration spezialisierter Behandlungsleistungen auf einzelne Krankenhäuser zu weiteren Verbesserungen der stationären Versorgungsqualität beitragen. Nichtsdestotrotz darf nicht verkannt werden, dass das Versorgungsstufenkonzept ein eher grobes Instrument zur Qualitätssicherstellung darstellt. So dürften die festgelegten Struktur- und Qualitätsvorgaben in aller Regel zu grob und unpräzise sein, da sie nur einzelne Versorgungsstufen, nicht aber einzelne Behandlungsleistungen erfassen können. Ferner ist zu berücksichtigen, dass die Größe eines Hauses und die Anzahl der vorgehaltenen Fachabteilungen lediglich einen Anhaltspunkt für die Versorgungsqualität in dem betroffenen Krankenhaus bieten können. Dabei müssen die planerisch vorgesehenen Fachabteilungen, die ein Krankenhaus für eine Versorgungsstufe vorhalten muss, nicht zwangsläufig in einem direkten medizinischen Zusammenhang stehen (z. B. Herzchirurgie und Orthopädie). Es ist dann nicht ersichtlich, warum ein größeres Haus z. B. den herzchirurgischen Eingriff qualitativ besser als ein kleineres Haus mit möglicherweise identischen Fallzahlen in der Herzchirurgie erbringen kann, nur weil es neben der Fachabteilung Herzchirurgie nach der Versorgungsstufenplanung auch eine Orthopädie vorhalten muss. Es ist insoweit zumindest fraglich, ob die Versorgungsqualität eines Krankenhauses allein an der Gesamtgröße und den vorgehaltenen Fachabteilungen gemessen werden sollte.

323. Eine Krankenhausplanung auf Basis starrer Versorgungsstufen ist darüber hinaus kritisch zu sehen, weil sie mit gewichtigen Nachteilen verbunden ist. Sie birgt vor allem die Gefahr, den Wettbewerb zwischen Krankenhäusern erheblich einzuschränken. Die Einschränkung des Wettbewerbs kann zulasten der stationären Versorgungsqualität und damit zulasten der Patientinnen und Patienten gehen. So wird im Rahmen des Versorgungsstufenkonzepts den Krankenhäusern ein bestimmtes Leistungsangebot rein pauschal – d. h. nur auf Basis äußerer Strukturmerkmale – zugewiesen. Es kann dabei in der Praxis nicht gewährleistet werden, dass eine bestimmte Behandlungsleistung tatsächlich von jenem Krankenhaus erbracht wird, das die Behandlung auch am qualitativ hochwertigsten anbieten würde. Es erfolgt somit keine Bestenauslese.

324. Die planerische Zuweisung von Behandlungsleistungen an Krankenhäuser hat zur Folge, dass nur noch solche Krankenhäuser miteinander im Wettbewerb um Patientinnen und Patienten stehen, die im Rahmen des Versorgungsstufenkonzepts die gleichen Leistungen zugewiesen bekommen haben. Da Krankenhäuser oftmals dazu berechtigt sind, neben dem Leistungskatalog der eigenen Versorgungsstufe auch Leistungen einer niedrigeren Versorgungsstufe anzubieten – ein Maximalversorger dürfte grundsätzlich auch Basisversorgungsleistungen anbieten –, konkurrieren um bestimmte Leistungen nur Krankenhäuser einer gleichen

(oder höheren) Versorgungsstufe. Im Ergebnis wirkt das Versorgungsstufenkonzept damit wettbewerbsbeschränkend.

325. Das Ausmaß der Wettbewerbsbeschränkung hängt dabei auch von der konkreten Ausgestaltung des Versorgungsstufenkonzepts ab. Marktakteure gaben gegenüber der Monopolkommission an, dass in der Praxis Versorgungsstufenmodelle denkbar wären, bei denen sich die Leistungserbringung eines Hauses ausnahmslos auf eine einzelne Versorgungsstufe beschränkt. Dies bedeutet, dass beispielsweise ein Maximalversorger keine Basisversorgung erbringen dürfte, sondern in solchen Fällen die Patientinnen und Patienten an einen Grundversorger verweisen bzw. dorthin verlegen müsste. In einem solchen Versorgungsstufenmodell würde der Wettbewerb von Krankenhäusern verschiedener Versorgungsstufen vollständig unterbunden werden.

326. Problematisch ist dabei vor allem, dass dynamische Wettbewerbsprozesse eingeschränkt werden. Im Rahmen des Versorgungsstufenkonzepts bleibt es den Krankenhäusern grundsätzlich verwehrt, ihr Leistungsangebot an die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten anzupassen und so im direkten Vergleich mit Krankenhäusern höherer Versorgungsstufen zusätzliche Patientinnen und Patienten für sich zu gewinnen. Insbesondere ist es den Krankenhäusern nicht ohne weiteres möglich, sich auf bestimmte medizinische Leistungen oder Leistungsbereiche zu spezialisieren und in den Versorgungsstufen aufzusteigen. Werden Krankenhäuser erst einmal einer Versorgungsstufe zugewiesen, befinden sie sich in einem relativ starren System, das ihnen wenig Möglichkeiten zur wettbewerblichen Leistungsabgrenzung bietet.

327. Dies kann sich negativ auf die Versorgungsqualität auswirken, was sich gut anhand eines fiktiven Beispiels verdeutlichen lässt. Denkbar ist, dass ein kleines, der Grundversorgung zugeordnetes Krankenhaus eine renommierte Chefarztin oder einen renommierten Chefarzt mit langjähriger medizinischer Erfahrung auf dem Gebiet der Knie-Endoprothetik eingestellt hat. Mit diesem Fachwissen könnte sich das Krankenhaus in diesem Bereich spezialisieren und das Leistungsangebot entsprechend ausbauen. Die Spezialisierung ist sodann mit Fallzahlsteigerungen verbunden. In der Folge wäre das Krankenhaus zwar weiterhin gemessen an der Gesamtgröße oder den Gesamtfallzahlen klein, aber in dem konkreten Spezialisierungsbereich möglicherweise groß. Damit könnte das Krankenhaus etwa mit einem Maximalversorger, welcher nach dem Versorgungsstufenkonzept eigentlich für solche Behandlungen vorgesehen ist, um die Patientinnen und Patienten in diesem Bereich konkurrieren. Es erscheint nicht ausgeschlossen, dass das kleinere Haus durch die Spezialisierung und die Fallzahlsteigerung eine bessere Ergebnisqualität als der Maximalversorger erzielt. Mit dem Versorgungsstufenkonzept ist es allerdings in der Regel von vornherein ausgeschlossen, dass der Grundversorger Leistungen der Knie-Endoprothetik anbieten darf und beide Krankenhäuser um Patientinnen und Patienten konkurrieren, obwohl nicht zwingend Qualitätsdefizite vorliegen müssen. Schließlich reduzieren die mit der Versorgungsstufenplanung aufgebauten Rigiditäten auch die Anreize eines Krankenhauses, die eigene Versorgungsqualität im Vergleich zu anderen Krankenhäusern kontinuierlich zu verbessern.

328. In der Gesamtschau zeigt sich, dass mit dem Versorgungsstufenkonzept ein für Planungsbehörden vor allem praktikables Instrument existiert, mit dem sie grobe Struktur- und Qualitätsvorgaben für einzelne Versorgungsstufen typisiert umsetzen können. Es sollte jedoch nicht

übersehen werden, dass die Anwendung des Versorgungsstufenkonzepts auch zu gegenteiligen Effekten führen kann, weil es mit einer Einschränkung des Wettbewerbs verbunden ist, die sich zulasten der Versorgungsqualität und damit zulasten der Patientinnen und Patienten auswirken kann. Die Monopolkommission hält es für geboten, bei der Krankenhausplanung stets auch die wettbewerblichen Implikationen zu berücksichtigen.

5.2.2.2 Das Leistungsgruppenkonzept

329. Ein zum Versorgungsstufenkonzept alternatives und aktuell häufig diskutiertes Instrument zur Qualitätssicherung in der Krankenhausplanung ist das sog. Leistungsgruppenkonzept. Es handelt sich hierbei um ein Planungskonzept, nach dem die Versorgungskapazitäten einer Zielregion auf Basis von sog. Leistungsgruppen, die spezifische medizinische Behandlungsleistungen abbilden, geplant werden. International gesehen existieren hierzu bereits diverse Ansätze. Ein weit fortgeschrittener Ansatz findet sich beispielsweise in der Schweiz. Hier wurde im Kanton Zürich im Jahr 2012 eine detaillierte Leistungsgruppensystematik in der Krankenhausplanung eingeführt.⁴⁶⁸ Dazu wurden 145 sog. Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) definiert und auf Grundlage dessen bettenunabhängige Leistungsaufträge an einzelne Krankenhäuser vergeben.⁴⁶⁹ Inzwischen findet das Züricher Leistungsgruppenkonzept in den meisten Schweizer Kantonen Anwendung. In Deutschland existiert bisher (noch) keine leistungsorientierte Krankenhausplanung. Erste Bestrebungen in diese Richtung gab es jedoch in der Vergangenheit unter anderem vom RWI-Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung und dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.⁴⁷⁰

330. Im Jahr 2019 hat sich das Land Nordrhein-Westfalen sodann als bisher erstes Bundesland dazu entschieden, seine Krankenhausplanung zukünftig von einer starren betten- und fachabteilungsbezogenen auf eine leistungsbezogene Planungssystematik umzustellen. Die rechtlichen Weichen wurden dazu mit der Novellierung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes (KHGG NRW) zum 18. März 2021 gestellt.⁴⁷¹ Anschließend wurde im April 2022 der neue Krankenhausplan veröffentlicht, dessen konkrete Umsetzung derzeit vorbereitet wird.⁴⁷²

⁴⁶⁸ Lehmann, H./Vetter, M./Bieri, N., Spitalplanungs-Leistungsgruppen: SPLG Version 2.0 – Definitionshandbuch, Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (Hrsg.), Zürich, 2012.

⁴⁶⁹ Die Zuordnung einzelner Behandlungsfälle zu einer Leistungsgruppe erfolgt automatisch mithilfe eines Algorithmus und einem eigens dafür entwickelten Programm, dem sog. Grouper. Mit dem Grouper können unter anderem auch die Fallzahlen eines Krankenhauses etwa im Hinblick auf bestimmte Mindestmengenanforderungen abgeglichen sowie mit dem erteilten Leistungsauftrag überprüft werden. Vgl. Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, SPLG-Grouper, <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/planung/splg-grouper>, Abruf am 5. April 2022.

⁴⁷⁰ Augurzky, B. u. a., Krankenhausplanung 2.0, RWI Materialien Heft 84, Essen, 2014; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, Bonn/Berlin, 2018.

⁴⁷¹ Landtag NRW, Drittes Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalens, GV. NRW 2021 Nr. 22 vom 17. März 2021, S. 272 ff.

⁴⁷² Die Umsetzung der Vorgaben des neuen Krankenhausplans erfolgt durch regionale Planungskonzepte. Die Verhandlungen über ein regionales Planungskonzept sollen gemäß § 13 Abs. 2 KHGG NRW spätestens sechs Monate nach Veröffentlichung des neuen Plans erfolgen. Der neue Krankenhausplan ist auf der Homepage des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) veröffentlicht. Siehe MAGS, Krankenhausplanung Nordrhein-Westfalen 2022, https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/krankenhausplan_nrw_2022.pdf, Abruf am 5. Mai 2022.

Nach dem neuen Krankenhausplan soll die zukünftige Krankenhausplanung auf Grundlage von sog. Leistungsbereichen und sog. Leistungsgruppen erfolgen (vgl. § 12 Abs. 3 KHGG NRW). Die Leistungsbereiche bilden den übergeordneten medizinischen Rahmen. Sie orientieren sich im Wesentlichen an den Fachgebieten der ärztlichen Weiterbildungsordnung und umfassen beispielsweise die Bereiche „Allgemeine Innere Medizin“ oder „Neurologie“.⁴⁷³ Dem Krankenhausplan zufolge sind insgesamt 32 Leistungsbereiche, davon 30 in der somatischen Versorgung und 2 in der psychiatrischen-psychosomatischen Versorgung, vorgesehen. Innerhalb eines Leistungsbereichs werden sodann eine oder mehrere Leistungsgruppen definiert, welche die konkreten medizinischen Leistungen feingliedrig abbilden. Beispielsweise teilt sich der Leistungsbereich „Neurologie“ in die drei Leistungsgruppen „Allgemeine Neurologie“, „Stroke Unit“ und „Neuro-Frühreha“ auf. Insgesamt soll zwischen 60 Leistungsgruppen im Bereich der somatischen Versorgung sowie 4 in der psychiatrischen-psychosomatischen Versorgung unterschieden werden.

331. Hierbei gibt die Krankenhausplanung für jede einzelne Leistungsgruppe bestimmte Qualitätsvorgaben vor. Im Einzelnen handelt es sich um strukturelle, apparative und personelle Ausstattungsanforderungen sowie sonstige bundes- und landesrechtliche Struktur- und Prozesskriterien wie die Einhaltung einschlägiger G-BA-Richtlinien. Für die Leistungsgruppe „Allgemeine Neurologie“ ist etwa die Vorhaltung von mindestens drei vollzeitbeschäftigten Ärztinnen oder Ärzten mit einer fachärztlichen Qualifikation in der Neurologie und einer 24/7-Rufbereitschaft erforderlich. Zudem muss eine Reihe spezifischer Geräte, wie ein CT- oder MRT-Gerät, vorgehalten sein.

332. Schließlich können die Krankenhäuser im Planungsverfahren einen Antrag auf die Erbringung bestimmter Leistungsgruppen stellen. Damit das Krankenhaus das gewünschte Versorgungsangebot erhält, muss es die planerisch vorgesehenen Qualitätsanforderungen der jeweiligen Leistungsgruppe erfüllen. Über die verbindliche Zuteilung der Leistungsgruppen an ein Krankenhaus entscheidet die zuständige Planungsbehörde. Der Inhalt eines Versorgungsauftrags richtet sich dann nach den jeweiligen Leistungsgruppen, die dem Krankenhaus mit dem Feststellungsbescheid zugeordnet werden. Im Feststellungsbescheid wird dabei für jede Leistungsgruppe in der Regel eine bestimmte Versorgungskapazität bzw. Fallzahl ausgewiesen.⁴⁷⁴ Die Fallzahl je Leistungsgruppe wird im Zuge einer behördlichen Bedarfsermittlung und -prognose festgelegt, wobei den Krankenhäusern eine gewisse Schwankungsbreite zugestanden wird, im deren Rahmen sie von den festgelegten Fallzahlen abweichen dürfen.⁴⁷⁵ Krankenhäuser, die eine bestimmte Leistungsgruppe nicht von der Planungsbehörde zugewiesen bekommen haben, dürfen diese Leistungsgruppen sodann für gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten nicht anbieten.

⁴⁷³ Im Einzelnen richten sich die Leistungsbereiche nach der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, vgl. § 12 Abs. 3 S. 3 KHGG NRW.

⁴⁷⁴ Die Bettenanzahl eines Krankenhauses nimmt in einer leistungsorientierten Krankenhausplanung eine untergeordnete Rolle ein und wird lediglich nachrichtlich im Feststellungsbescheid ausgewiesen.

⁴⁷⁵ § 16 Abs. 1 Nr. 7 KHGG NRW.

333. Das Leistungsgruppenkonzept nach dem Vorbild von Nordrhein-Westfalen ermöglicht eine größere Detailtiefe bei der Planung stationärer Versorgungskapazitäten im Vergleich zu einem versorgungsstufen- oder bettenbezogenen Planungsansatz. Gegenwärtig fallen beispielsweise rund zwei Drittel aller Behandlungsfälle allein auf die Fachgebiete Innere Medizin und Chirurgie. Im Rahmen der leistungsorientierten Krankenhausplanung kann dieses sehr breite Versorgungsgeschehen in weitere spezialisierte Leistungsgruppen untergliedert und so eine feingliedrige Leistungsabgrenzung vorgenommen werden.⁴⁷⁶ Dies bietet den Vorteil, dass eine Planungsbehörde für jede einzelne Leistungsgruppe spezifische Qualitätsvorgaben definieren und im Zuge der Krankenhausplanung einheitlich gegenüber den Krankenhäusern durchsetzen kann. So könnte die Planungsbehörde etwa in der Chirurgie für den untergeordneten Behandlungsbereich der Kinder- und Jugendchirurgie eine fachärztliche Weiterbildung auf dem Gebiet der Kind- und Jugendmedizin voraussetzen. Das Leistungsgruppenkonzept bietet damit zur Qualitätssicherung einen im Vergleich zu bisherigen Planungsansätzen detaillierteren Ansatz, da es die Festlegung individueller Qualitätsvorgaben für einzelne Bereiche ermöglicht und damit für eine umfassendere Qualitätssicherung sorgen kann. Demgegenüber sind Qualitätsvorgaben auf Grundlage von Betten und Fachgebieten zur Qualitätssicherung in der Praxis oftmals eher ungeeignet. Diese sind in der Regel zu grob und unpräzise, da verschiedenste Leistungen pro Bett oder einer Fachabteilung erbracht werden können.

334. Darüber hinaus könnten sich die Planungsbehörden bei der Festlegung von Qualitätsvorgaben auf jene Leistungsgruppen beschränken, in denen ihnen evidenzbasierte Qualitätskriterien zur Verfügung stehen. Sie müssten nicht zwangsläufig für sämtliche Leistungsgruppen Vorgaben definieren. Dies erscheint bereits deshalb sachgerecht zu sein, weil insoweit nur dann in die Berufsfreiheit der Krankenhäuser eingegriffen wird, wenn die Qualitätsanforderungen nachgewiesenermaßen dem Ziel einer qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung dienen. Für die weitere Entwicklung evidenzbasierter Qualitätsvorgaben könnten vor allem Leistungsgruppen priorisiert werden, für die etwa aufgrund eines eingeschränkten Wettbewerbs zwischen Krankenhäusern konkrete Vorgaben zur Absicherung einer gewissen Mindestqualität erforderlich sind. Vor diesem Hintergrund erscheint der leistungsorientierte Planungsansatz ein besser geeignetes Instrument als das Versorgungsstufenkonzept zu sein, um den Weg hin zur Verwirklichung gesetzlicher Qualitätsziele im Krankenhaussektor und einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung zu ebnen.

335. Es könnte in diesem Zusammenhang eingewendet werden, dass das Leistungsgruppenkonzept zur Qualitätssicherung mit einer Komplexitätssteigerung der Krankenhausplanung verbunden ist, da die Entwicklung und Ausarbeitung der einzelnen Leistungsgruppen und Qualitätsvorgaben hohe Anforderungen an die Planer stellt. Die Einführung einer Leistungsgruppensystematik umfasst insbesondere den Aufbau von Expertise im Umgang mit großen Mengen an Daten, medizinischen Klassifikationssystemen sowie die Entwicklung von Qualitätsindikatoren. Es handelt sich dabei jedoch vor allem um einen initialen Entwicklungsaufwand.⁴⁷⁷ Zudem könnte der neue Krankenhausplan Nordrhein-Westfalens den Planungsbe-

⁴⁷⁶ PD – Berater der öffentlichen Hand, Gutachten Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen, Berlin, 2019, S. 64.

⁴⁷⁷ PD – Berater der öffentlichen Hand, Gutachten Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen, a. a. O., S. 230.

hörden als ein möglicher Anhaltspunkt dienen. Auch der Blick in die Schweiz zeigt, dass eine Krankenhausplanung auf Basis von detaillierten medizinischen Leistungsgruppen nicht nur theoretisch möglich, sondern auch in der Praxis umsetzbar ist. Es ist daher davon auszugehen, dass die Vorteile des Konzepts in Bezug auf eine Qualitätsverbesserung mögliche Nachteile des Entwicklungsaufwands überwiegen.

336. In Bezug auf die Frage, welchem Raum dem Wettbewerb zwischen Krankenhäusern in einer nach Leistungsgruppen geplanten Krankenhauslandschaft verbleibt, gilt es den Blick auf die genaue Wirkungsweise des Planungsansatzes zu richten. Es lässt sich feststellen, dass Krankenhäuser im Rahmen einer leistungsorientierten Krankenhausplanung grundsätzlich weniger in ihrem Versorgungsangebot eingeschränkt werden als im Rahmen einer versorgungsstufenabhängigen Krankenhausplanung, um die Ziele einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung zu erreichen. So hat ein Haus grundsätzlich die Möglichkeit, ein breites Spektrum an verschiedensten Behandlungsleistungen – von der grundlegenden Basisversorgung bis hin zur Spezialisierung auf einzelne medizinische Bereiche – zu erbringen, sofern es die jeweiligen Qualitätskriterien erfüllt.⁴⁷⁸ Damit könnte das Krankenhaus vielfältige Behandlungsbereiche anbieten, die nach dem Versorgungsstufenkonzept verschiedenen Versorgungsstufen von der Grund- bis hin zur Maximalversorgung zugeordnet wären. Beim Versorgungsstufenkonzept wäre ein Krankenhaus in erster Linie auf die Erbringung vordefinierter Leistungen einer einzelnen Versorgungsstufe beschränkt. Die Abbildung 5.5 zeigt einen exemplarischen Vergleich von dem möglichen Leistungsangebot zweier Krankenhäuser unter einer versorgungsstufen- und einer leistungsgruppenabhängigen Krankenhausplanung.

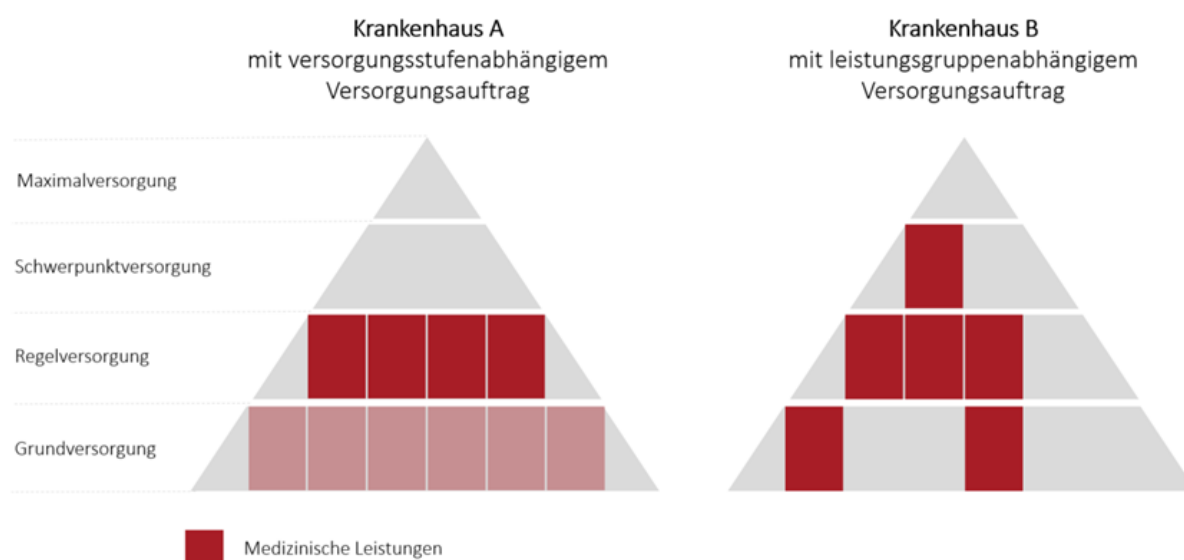
337. Die Möglichkeit der Krankenhäuser zur flexiblen Anpassung des Leistungsangebotes an den Versorgungsbedarf führt in der Konsequenz dazu, dass grundsätzlich alle Krankenhäuser einer Region um eine bestimmte Behandlungsleistung und damit um Patientinnen und Patienten konkurrieren können. Die äußeren Strukturmerkmale eines Hauses, wie die Anzahl von Betten oder bestimmten Fachabteilungen, spielen indes keine Rolle. Denkbar wäre beispielsweise, dass ein sowohl vergleichsweise kleines als auch großes Krankenhaus einen Versorgungsauftrag für die Erbringung der Leistungsgruppe „Herzchirurgie“ erhält, sodass beide Häuser in einen direkten Wettbewerb treten. Dies kann den Krankenhäusern wirksame Anreize setzen, die eigene Versorgungsqualität über die behördlich festgelegten Mindestqualitätsanforderungen hinaus zu steigern, um so zusätzliche Patientinnen und Patienten für sich zu gewinnen.

338. Unter der Voraussetzung einer sorgfältig mit dem Ziel des Qualitätswettbewerbs abgestimmten Anwendung, könnte das Leistungsgruppenkonzept aus Sicht der Monopolkommission eine Chance bieten, die stationäre Versorgungsqualität im Rahmen der Krankenhausplanung zu verbessern. Insbesondere die Festlegung individueller Qualitätsanforderungen für einzelne Leistungsgruppen kann zu einer umfassenderen Qualitätssicherung beitragen. Darüber hinaus ist zu begrüßen, dass bei einer nach Leistungsgruppen vorgenommenen Krankenhausplanung im Vergleich zum Versorgungsstufenkonzept potenziell mehr Raum für den

⁴⁷⁸ Dies gilt unter der Annahme, dass die Krankenhäuser im Rahmen des Entscheidungsprozesses in der Praxis auch die gewünschten Versorgungsaufträge erhalten. Zu möglichen Problemen im Entscheidungsprozess siehe Abschnitt 4.2.4.

Wettbewerb zwischen Krankenhäusern verbleiben kann. Das mögliche Potenzial für einen wirksamen Wettbewerb ist dabei jedoch maßgeblich von der konkreten Ausgestaltung des Leistungsgruppenkonzepts abhängig. Damit der Wettbewerb zwischen Krankenhäusern nicht eingeschränkt wird, muss es den Krankenhäusern möglich sein, ihr Versorgungsangebot leicht bzw. flexibel an die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten anzupassen. Dies bedeutet, dass nur evident notwendige Anforderungen an das Angebot der Leistungsgruppen gestellt werden. Krankenhäuser sollten auf eigenen Wunsch weitere Leistungsgruppen von der Planungsbehörde zugewiesen bekommen oder aber auch wieder abgeben können. Durch eine solche flexible Leistungsanpassung können sich Krankenhäuser im Vergleich zu anderen Krankenhäusern wettbewerblich abgrenzen und bestmöglich im Markt positionieren.

Abbildung 5.5: Beispielhafte Versorgungsaufträge von Krankenhäusern beim Versorgungsstufen- und Leistungsgruppenkonzept



Quelle: Eigene Darstellung.

Anmerkung: Krankenhaus A hat einen versorgungsstufenabhängigen Versorgungsauftrag erhalten. Das Leistungsangebot des Hauses beschränkt sich in erster Linie auf die im Rahmen der Regelversorgung vorgesehenen medizinischen Leistungen. Demgegenüber besitzt Krankenhaus B einen leistungsgruppenabhängigen Versorgungsauftrag. Das Krankenhaus darf sowohl grundversorgende als auch medizinisch-technisch komplexe Leistungen erbringen.

339. Keinesfalls darf das Leistungsgruppenkonzept von den Planungsbehörden dazu instrumentalisiert werden, die Krankenhauslandschaft nach eigenen Vorstellungen zu designen. Das Konzept sollte beispielsweise nicht dazu genutzt werden, eine konkret gewünschte Versorgungsstruktur zu erreichen, indem Qualitätsvorgaben für einzelne Leistungsgruppen derart ausgestaltet werden, dass sie im Ergebnis nur bestimmte ausgewählte Krankenhäuser erfüllen können. Denkbar bliebe jedoch, dass eine Planungsbehörde im Einzelfall einen Bedarf sieht, zur Qualitätsverbesserung, z. B. zum Abbau von Überkapazitäten, in das stationäre Versorgungsangebot der Krankenhäuser einzugreifen. Da ein solches Eingreifen der Planungsbehörde wettbewerbliche Steuerungsmechanismen unterbindet, gleichzeitig aber aus Gründen der Qualität erforderlich sein kann, sollte im Einzelfall eine Abwägung erfolgen. Aus Sicht der Mo-

nopolkommission sollten die Planungsbehörden hierzu gezielte und rechtssichere Auswahlentscheidungen im Rahmen der Krankenhausplanung treffen können (siehe hierzu Abschnitt 5.2.3).

5.2.2.3 Leistungsgruppenkonzept harmoniert mit Wettbewerb

340. Die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung nimmt im Rahmen der Krankenhausplanung eine besondere Rolle ein. In der Praxis setzen die Krankenhausplanungen der Länder zur Qualitätssicherung gegenwärtig vor allem auf das Versorgungsstufenkonzept. Als erstes und bisher einziges Bundesland stellt zukünftig Nordrhein-Westfalen auf eine Krankenhausplanung nach dem Leistungsgruppenkonzept um.⁴⁷⁹ Es konnte herausgearbeitet werden, dass sowohl das Versorgungsstufen- als auch das Leistungsgruppenkonzept einen Beitrag zur stärkeren Qualitätsorientierung in der Krankenhausplanung und damit zur Verbesserung der stationären Versorgungsqualität leisten können. Beide Konzepte können zudem die Vorteile der Bündelung medizinischer Fachkapazitäten nutzen, die Streuung der Behandlungszahlen reduzieren und spezialisierte Behandlungen auf einzelne Kliniken konzentrieren. In der Gesamtschau zeigt sich, dass der Vorteil des Versorgungsstufenkonzepts dabei vor allem darin liegt, dass es sich um ein methodisch vergleichsweise einfaches und praktikables Planungsinstrument handelt. In aller Regel dürfte das Konzept jedoch zu grob und unpräzise sein, um eine umfassende Qualitätssicherung für einzelne Behandlungsbereiche zu gewährleisten. Das Leistungsgruppenkonzept bietet hier trotz seines initial höheren Entwicklungsaufwandes einen umfassenderen Ansatz, da es die Festlegung individueller Qualitätsvorgaben für einzelne medizinische Behandlungsbereiche ermöglicht.

341. Nach Auffassung der Monopolkommission kann auch ein wirksamer Wettbewerb zwischen Krankenhäusern zu einer qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung beitragen. Daher sollten die Krankenhausplanungen der Länder die wettbewerblichen Steuerungsmechanismen so wenig wie möglich behindern. Gerade die Auseinandersetzung mit dem Versorgungsstufenkonzept zeigt, dass die damit verbundenen Einschränkungen des Wettbewerbs in Bezug auf die Versorgungsqualität zu kontraproduktiven Effekten führen kann. Das Leistungsgruppenkonzept lässt dem Wettbewerb zwischen Krankenhäusern potenziell mehr Raum, um die Ziele einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung zu erreichen. Es kann insbesondere davon ausgegangen werden, dass den Krankenhäusern dabei wirksame Anreize verbleiben, das eigene Versorgungsangebot qualitativ und mengenmäßig auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten anzupassen.

342. Insgesamt stellt das Leistungsgruppenkonzept nach Auffassung der Monopolkommission ein im Vergleich geeigneteres Planungsinstrument zur Qualitätssicherung dar. Sofern die Notwendigkeit qualitätssichernder Eingriffe gegeben ist, lassen sich diese auf Basis des Leistungsgruppenkonzepts eher mit den Zielen des Qualitätswettbewerbs verbinden. Zur Einführung leistungsunabhängiger Vorhaltezuschläge, wie es im aktuellen Koalitionsvertrag vorgesehen

⁴⁷⁹ Siehe Tz. 330 dieses Sondergutachtens.

ist, sind weder Versorgungsstufen- noch Leistungsgruppenkonzepte sachlich notwendig.⁴⁸⁰ Die Monopolkommission regt daher an, das Leistungsgruppenkonzept in den Bundesländern gezielt und im Einklang mit wettbewerblichen Anforderungen anzuwenden. Der neue Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen könnte dabei als ein möglicher Anhaltspunkt zur Umsetzung einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung dienen.

5.2.3 Wettbewerbskonforme Auswahlentscheidungen der Planungsbehörden möglich

343. Auswahlentscheidungen können einen wichtigen Beitrag zur Förderung der Behandlungsqualität leisten. Sie umfassen die Abwägung der zuständigen Planungsbehörde, welche Krankenhäuser einen bestimmten Bedarf am besten decken können. Falls in diese Abwägung auch Qualitätsaspekte einbezogen werden, kann eine allgemeine Steigerung der Behandlungsqualität erzielt werden. Hiervon profitieren die Patientinnen und Patienten. Bisher sind Auswahlentscheidungen lediglich vorgesehen, wenn der von den Behörden festgestellte Bedarf dadurch überschritten wird, dass Krankenhäuser zu viele grundsätzlich geeignete Kapazitäten für die Bedarfsdeckung zur Verfügung stellen.⁴⁸¹ Dies ergibt sich aus § 8 Abs. 2 KHG. Denkbar ist, dass das Instrument der Auswahlentscheidung auch dazu genutzt werden kann, die Behandlungsqualität durch eine Konzentration der Standorte, Fachabteilungen oder Leistungsgruppen zu verbessern. Dieser Vorschlag ist Gegenstand der ersten beiden Unterabschnitte (5.2.3.1 und 5.2.3.2). Der dritte Unterabschnitt (5.2.3.3) beschäftigt sich allgemein mit der Frage, wie die Auswahlentscheidungen gestaltet werden können, um die Berücksichtigung von Qualitätsaspekten transparent und rechtssicher zu ermöglichen.

5.2.3.1 Auswahlentscheidungen zur Reduzierung der Standortanzahl unter Berücksichtigung wettbewerblicher Auswirkungen sinnvoll

344. Einige Planungsbehörden äußern, dass es aus planerischer Sicht Situationen gibt, in denen es sinnvoll wäre, die Anzahl der Krankenhausstandorte in einem bestimmten Gebiet zugunsten einer höheren Behandlungsqualität zu reduzieren. Tatsächlich zeigt die Evidenz für einige Leistungen und Abteilungen, dass die Behandlungsqualität mit höheren Fallzahlen steigt.⁴⁸² Zum Beispiel gibt es laut einer Studie Anhaltspunkte dafür, dass Frühgeborene mit einem Gewicht von unter 1250 Gramm die besten Überlebenschancen haben, wenn sie in einer Klinik behandelt werden, die zwischen 50 und 60 solcher Fälle im Jahr vorweisen kann.⁴⁸³ Demnach könnten durch eine solche Mindestfallzahl in Deutschland jedes Jahr zwi-

⁴⁸⁰ Siehe hierzu Abschnitt 4.3.2.1.

⁴⁸¹ Nach Vorschlag der Monopolkommission wäre dies erst der Fall, wenn die Bedarfsobergrenze überschritten wird, siehe Abschnitt 4.2.2.4.

⁴⁸² Für einen Überblick zum sog. Volume-Outcome-Zusammenhang, siehe IGES, Qualitätsverbesserung durch Leistungskonzentration in der stationären Versorgung, Berlin, 2021, S. 14 ff; BKartA, Sektoruntersuchung Krankenhäuser, a. a. O., Tz. 773 ff.

⁴⁸³ Heller, G. u. a., Wie hoch ist die optimale Mindestmenge für die Behandlung Frühgeborener mit einem Geburtsgewicht unter 1250 g in Deutschland?, Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie, 224, 2020, S. 289.

schen 25 und 40 Todesfälle verhindert werden.⁴⁸⁴ Auch für die Behandlung von Schlaganfällen gibt es Hinweise darauf, dass die Höhe der Fallzahlen mit dem Behandlungsergebnis in einem Zusammenhang steht.⁴⁸⁵ Durch eine Reduzierung der Standorte würden in den verbleibenden Krankenhäusern bzw. Abteilungen die Fallzahlen und somit die Behandlungsqualität grundsätzlich steigen.

345. Aktuell gibt es für Fälle, bei denen ein Zusammenhang zwischen den Fallzahlen und der Behandlungsqualität erkennbar ist, die Mindestmengenregelungen des G-BA (siehe Abschnitt 5.2.1). Allerdings beziehen sich diese nur auf eine sehr begrenzte Anzahl von Behandlungen. Zudem ist es nicht ausgeschlossen, dass eine Steigerung der Fallzahlen über die vom G-BA festgesetzten Mindestmengen hinaus weitere Qualitätsverbesserungen nach sich zieht. Für die Behandlung der Frühgeborenen mit einem Gewicht von unter 1250 Gramm wurde beispielsweise vom G-BA im Jahr 2021 beschlossen, die Mindestfallzahl von 14 auf 25 Fälle pro Jahr anzuheben.⁴⁸⁶ Dabei weist die eben beschriebene Studie zu den Mindestfallzahlen für die Behandlung sehr leichter Frühgeborener darauf hin, dass auch eine höhere Mindestmenge sinnvoll sein könnte.⁴⁸⁷ Sowohl der begrenzte Anwendungsbereich als auch die niedrigen Mindestmengen könnten für den G-BA Anlass sein, weitergehend tätig zu werden. Zudem gibt es in mehreren Bundesländern ergänzende Mindestmengenregelungen.⁴⁸⁸ Es steht den Bundesländern offen, weitergehende Vorgaben festzulegen.⁴⁸⁹ Allerdings ist es denkbar, dass die flächendeckenden Mindestmengen zu unflexibel für regionale Besonderheiten sind. Zum Beispiel könnte die Einführung oder Verschärfung von Mindestmengenregelungen dazu führen, dass in den ländlichen Regionen eines Bundeslandes die flächendeckende Versorgung in Gefahr wäre. In den Ballungsgebieten des Bundeslandes mit einer Vielzahl von Krankenhäusern mit ähnlichem Leistungsangebot könnten durch eine Reduktion der Standorte dagegen Qualitätssteigerungen erreicht werden, ohne dass die flächendeckende Versorgung gefährdet wäre. Unter idealen wettbewerblichen Rahmenbedingungen würde sich eine solche Reduktion wahrscheinlich durch den Wettbewerbsprozess einstellen. Es ist dazu auf die in den Abschnitten 4.1 und 5.1 wirkenden Mechanismen des Wettbewerbs hinzuweisen. Ein Tätigwerden der Planungsbehörden wäre dann nicht erforderlich. Vor allem im Bereich der Qualität ist die Transparenz aber bisher nicht hinreichend, sodass sich der Wettbewerb nicht voll entfalten kann. Eine gezielte behördliche Reduzierung der Anbieter nach Qualitätsmerkmalen könnte

⁴⁸⁴ Ebenda.

⁴⁸⁵ Gupta, R. u. a., Higher volume endovascular stroke centers have faster times to treatment, higher reperfusion rates and higher rates of good clinical outcomes, *Journal of Neurointerventional Surgery*, 5, 2013, 294.

⁴⁸⁶ G-BA, Mindestmengenregelung, a. a. O., S. 16.

⁴⁸⁷ Heller, G. u. a., Wie hoch ist die optimale Mindestmenge für die Behandlung Frühgeborener mit einem Geburtsgewicht unter 1250 g in Deutschland?, a. a. O.

⁴⁸⁸ Zum Beispiel wurde in Sachsen-Anhalt festgelegt, dass mindestens 300 Patientinnen und Patienten pro Jahr und Standort behandelt werden sollen, bei denen ein Herzinfarkt oder eine Angina pectoris diagnostiziert wurde (siehe Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt gemäß § 3 (1) KHG LSA, Stand: 14.06.2019, S. 63). Im Saarland dürfen gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilungen nur betrieben werden, wenn sie regelmäßig mehr als 300 Geburten jährlich vorweisen können (§ 22 Abs. 4 SKHG).

⁴⁸⁹ Dies ergibt sich aus § 136b Abs. 2 Satz 4 SGB V.

deshalb im Einzelfall zu einer Qualitätssteigerung führen. Es ist denkbar, dass eine solche Reduzierung ganze Krankenhäuser, Fachabteilungen oder Leistungsgruppen betrifft.⁴⁹⁰

346. Grundsätzlich sind nicht nur die Auswirkungen auf die Fallzahlen und damit auf die Qualität, sondern sämtliche Effekte einer solchen Reduktion zu betrachten. So ist zu bedenken, dass Patientinnen und Patienten bei einer Standortschließung weitere Fahrtwege für eine Behandlung auf sich nehmen müssen. Die Entfernung zum nächsten behandelnden Standort kann sich vornehmlich bei Notfallbehandlungen, wie z. B. der Behandlung eines Schlaganfalls, wiederum negativ auf die Ergebnisqualität auswirken.⁴⁹¹ Zudem müsste die Planungsbehörde im Einzelfall eine Prognose darüber erstellen, wie sich die Planungsentscheidung auf die Fallzahlen an den einzelnen Standorten auswirken würde. Insbesondere müsste nachgewiesen werden, dass die konkrete erwartete Steigerung der Fallzahlen eine Qualitätssteigerung bewirkt. Darüber hinaus kann eine Reduktion der anbietenden Standorte auch weniger Wettbewerb zur Folge haben. Dies kann sich wiederum negativ auf die Behandlungsqualität auswirken.⁴⁹² Eine Begrenzung der Standorte ist nur anzustreben, wenn die positiven Effekte insgesamt überwiegen. Aufgrund der vielen verschiedenen Qualitätsdimensionen dürfte die Abwägung die Landesbehörden somit häufig vor komplexe Fragen stellen. Dies gilt insbesondere für die Frage, in welchem Umfang eine geringere Wettbewerbsintensität zugunsten höherer Fallzahlen pro Standort hinzunehmen ist. Es ist somit zu klären, welche Entscheidungsgesichtspunkte hier für die Behörden ausschlaggebend sein sollten.

347. In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass in der Regel kein Konflikt mit der Fusionskontrolle entstehen dürfte. Denn wenn aufgrund der Planungsentscheidung ein Standort aus dem Krankenhausplan genommen wird, stellt dies keinen Zusammenschluss im Sinne der Fusionskontrolle dar.⁴⁹³ Die Ausgangslage ist dennoch insbesondere mit (horizontalen) Zusammenschlüssen von Konkurrenten vergleichbar, weil dort ebenfalls die Anzahl der Wettbe-

⁴⁹⁰ Zugunsten der besseren Lesbarkeit werden im weiteren Verlauf mit „Standorte“ die drei Möglichkeiten adressiert.

⁴⁹¹ So gilt beispielsweise in der Versorgung von Schlaganfällen das Motto „Time is Brain“, siehe Deutsche Gesellschaft für Neurologie u. a., S2e Leitlinie zur Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls, AWMF-Registernummer 030-046, Version 2021, https://dgn.org/wp-content/uploads/2021/05/030_046_LL_Akuttherapie_Ischaemischer_Schlaganfall_2021.pdf, Abruf am 11.04.2022, S. 106. Auf der anderen Seite gibt es Hinweise darauf, dass teilweise mehr Notfallpatientinnen und -patienten überleben, wenn sie innerhalb von 30 Minuten ein Krankenhaus mit einer guten Ausstattung erreichen, als wenn sie in der Hälfte der Zeit in einem Krankenhaus ankommen, das nur eine vergleichsweise schlechte Ausstattung vorweisen kann, vgl. etwa Bertelsmann-Stiftung, Neuordnung der Krankenhaus-Landschaft, Spotlight Gesundheit, 2, 2019, S. 6 f.; Rürup, B., Medizinische Versorgung: Überkapazitäten, Unwirtschaftlichkeit, Fehlplanung, Handelsblatt, 21.06.2019.

⁴⁹² Siehe Abschnitt 5.1.2.

⁴⁹³ Falls allerdings ein ausscheidendes Krankenhaus in Folge der Herausnahme aus dem Krankenhausplan durch die Planungsentscheidung wesentliche Vermögenswerte, wie zum Beispiel medizinische Geräte, an einen Wettbewerber veräußern sollte, könnte dies allerdings einen Zusammenschluss im Sinne des § 37 Abs. 1 Nr. 1 GWB darstellen. Die Wesentlichkeit der Vermögenswerte kann zum einen aus dem Verhältnis zum Gesamtvermögen des veräußernden Krankenhauses ergeben. Zum anderen können Vermögenswerte wesentlich sein, wenn sie eine eigenständige Bedeutung besitzen (siehe Thomas, S., in Immenga, U./Mestmäcker, E. J. (Hrsg.), Wettbewerbsrecht, Bd. 3: Deutsche und Europäische Fusionskontrolle, 6. Aufl., München, 2020, § 37 GWB Rn. 39 mit weiteren Nachweisen). Ein solches Zusammenschlussvorhaben wäre kontrollpflichtig, falls die Anmeldeschwellen aus § 35 GWB erfüllt sind. Da die Anmeldeschwellen mit der 10. GWB-Novelle deutlich erhöht wurden, dürfte in Zukunft die Kontrollpflicht seltener ausgelöst werden. Würde der Zusammenschluss die Schwellen überschreiten und eine erhebliche Behinderung wirksamen Wettbewerbs zur Folge haben, § 36 Abs. 1 Satz 1 GWB, könnte der Vermögenserwerb vom Bundeskartellamt untersagt werden.

werber auf einem Markt verringert wird. Zudem hat die hier skizzierte erforderliche Abwägung große Ähnlichkeiten mit der Überprüfung von Effizienzeinwänden zumindest in der europäischen Fusionskontrolle.⁴⁹⁴ Deshalb können Erkenntnisse hieraus grundsätzlich auf die Krankenhausplanung übertragen werden. Dies betrifft zunächst den Grundsatz, dass eine Wettbewerbsbehinderung insbesondere vorliegen kann, wenn eine marktbeherrschende Stellung eines Wettbewerbers zu erwarten ist (Art. 2 FKVO, § 36 GWB). Zudem sind die Auswirkungen auf den Wettbewerbsdruck zu evaluieren.⁴⁹⁵ Hierfür sind unter anderem die Marktanteile der Wettbewerber und die Konzentration relevant.⁴⁹⁶

5.2.3.2 Landesgesetzliche Regelung für Herausnahme von Krankenhäusern aus dem Plan zur Steigerung der Behandlungsqualität erforderlich

348. Viele Planungsbehörden würden gerne tätig werden, um durch strukturelle Veränderungen eine Verbesserung der Behandlungsqualität zu erzielen. Dies kann durchaus im Sinne des Ziels der qualitativ hochwertigen Versorgung sein. Allerdings ist dies nur der Fall, wenn die Planungsbehörden neben den Qualitätsvorteilen einer solchen Standortreduzierung auch die Qualitätsnachteile berücksichtigen, die mit der Wettbewerbsbeschränkung einhergehen können. Konkret müsste die Planungsbehörde, wenn sich ihrer Ansicht nach zu viele Krankenhäuser in einem bestimmten Gebiet befinden, verschiedene Möglichkeiten prüfen, durch die das Angebot begrenzt und die Qualität erhöht werden könnte. Hierbei kämen solche Möglichkei-

⁴⁹⁴ Die Unternehmen müssen hierfür nachweisen, dass bestimmte Vorteile des Zusammenschlusses – zum Beispiel eine Qualitätssteigerung – die Schwächung der Wettbewerbssituation ausgleichen, siehe Europäische Kommission, Leitlinien zur Bewertung horizontaler Zusammenschlüsse gemäß der Ratsverordnung über die Kontrolle von Unternehmenszusammenschlüssen, a. a. O., Tz. 76 ff. Die Monopolkommission hat im XXIII. Hauptgutachten, a. a. O., Tz. 160 ff. darauf hingewiesen, dass es unklar ist, ob Effizienzargumente in der deutschen Fusionskontrolle berücksichtigt werden können. Bisher ist jedenfalls kein Fall bekannt, in dem die Effizienzargumente von entscheidender Bedeutung gewesen wären. In der Sektoruntersuchung des BKartA wird festgestellt, dass Effizienzvorteile grundsätzlich berücksichtigungsfähig seien, siehe BKartA, Sektoruntersuchung Krankenhäuser, a. a. O., Tz. 769 ff.

⁴⁹⁵ Dies betrifft sowohl die Frage, ob beträchtlicher Wettbewerbsdruck zwischen den Zusammenschlussbeteiligten beseitigt wird, als auch den Aspekt, ob der Wettbewerbsdruck auf die verbleibenden Marktteilnehmer gemindert wird. Erwägungsgrund 25 der Verordnung 139/2004 über die Kontrolle von Unternehmenszusammenschlüssen („EG-Fusionskontrollverordnung“), ABl. L 24 vom 29. Januar 2004, S. 1.; Europäische Kommission, Leitlinien zur Bewertung horizontaler Zusammenschlüsse gemäß der Ratsverordnung über die Kontrolle von Unternehmenszusammenschlüssen, ABl. EU, C 31/5 vom 05.02.2004, Rz. 22 ff. In der wissenschaftlichen Literatur zeigt sich, dass die Intensität des Wettbewerbs in einem engen Zusammenhang mit der Anzahl der konkurrierenden Krankenhäuser steht. Wenn lediglich ein Krankenhaus eine bestimmte Behandlung anbietet, bestehen keine Anreize, über Mindestanforderungen hinausgehende Anstrengungen zur Qualitätsverbesserung zu unternehmen. Die Patientinnen und Patienten haben keine Möglichkeit, sich für ein anderes, besseres Krankenhaus zu entscheiden. Ergebnisse aus der wissenschaftlichen Literatur legen außerdem nahe, dass es auch einen Unterschied macht, ob zwei oder mehr Krankenhäuser um Patientinnen und Patienten konkurrieren. Mit zunehmender Anzahl steigt der Konkurrenzdruck und somit der Anreiz in die Behandlungsqualität zu investieren. Vergleiche hierzu Horstmann, N./Krämer, J./Schnurr, D., Number Effects and Tacit Collusion in Experimental Oligopolies, *The Journal of Industrial Economics*, 66, 2018, S. 650; Huck, S./Normann, H.-T./Oechssler, J., Two are few and four are many: number effects in experimental oligopolies, *Journal of Economic Behavior & Organization*, 4, 2004, S. 435-446, 435; Nosenzo, D./Quercia, S./Sefton, M., Cooperation in small groups: the effect of group size, *Experimental Economics*, 18, 2013, S. 4-14; Orzen, H., Counterintuitive number effects in experimental oligopolies, *Experimental Economics*, 11, 2008, S. 390-401, 390.

⁴⁹⁶ Europäische Kommission, Leitlinien zur Bewertung horizontaler Zusammenschlüsse gemäß der Ratsverordnung über die Kontrolle von Unternehmenszusammenschlüssen, a. a. O., Tz. 24 ff.

ten in Betracht, bei denen der Nachteil durch die Beschränkung des Wettbewerbs hinter dem Qualitätsvorteil durch Fallzahlsteigerungen zurückbleibt.⁴⁹⁷

349. Ein solches Planungsinstrument bedarf einer gesetzlichen Grundlage, die die Begrenzung des Angebotes unter Abwägung der genannten Kriterien erlaubt. Allerdings hängt die Prognose über die Veränderung des Wettbewerbs und der damit induzierten Qualitätsverschlechterung als auch die erwartete Qualitätssteigerung durch die Konzentration von Fallzahlen stark vom Einzelfall ab. Vor allem die genaue Prognose der wettbewerblichen Auswirkungen dürfte die Planungsbehörden vor große Herausforderungen stellen, weil hierfür sehr spezifische Kenntnisse erforderlich sind.

350. Eine sorgsame Einzelfallanalyse ist vor allem bei größeren Eingriffen mit weitreichenden Folgen notwendig. Bei kleineren, in der Tendenz unproblematischeren Fällen wäre es aus Sicht der Monopolkommission vertretbar, den Abwägungsprozess durch eine Vermutungsschwelle zu erleichtern. Vorteil hiervon ist, dass diese Überprüfung durch die Planungsbehörden selbst durchgeführt werden kann. Hierfür bietet sich die Anknüpfung an die Marktanteile der verbleibenden Anbieter bei den zu begrenzenden Krankenhausleistungen an, die eine Einschätzung geben können, ob eine Herausnahme eines Angebotes zu einer Schwächung des Wettbewerbs führt. Positive Qualitätseffekte des Eingriffs der Planungsbehörde (sog. Effizienzen) würden demnach implizit anerkannt, falls die Marktanteile den festgelegten Schwellenwert nicht überschreiten. In diesem Fall wäre grundsätzlich keine Abwägung zwischen der Qualitätssteigerung durch Erhöhung der Fallzahlen und den Auswirkungen auf den Wettbewerb erforderlich. Um eine geeignete Schwelle zu definieren, können die Leitlinien der Europäischen Kommission zu horizontalen Zusammenschlüssen herangezogen werden. Demnach gilt ein Marktanteil der beteiligten Unternehmen von nicht mehr als 25 Prozent als Anhaltspunkt dafür, dass ein Zusammenschluss mit dem Unionsrecht vereinbar ist.⁴⁹⁸ Dementsprechend sollten die Planungsbehörden überprüfen, ob die Marktanteile der verbleibenden Standorte im untersuchten Gebiet die 25 Prozent-Schwelle nicht überschreiten. Hierdurch würde sichergestellt, dass die Auswirkungen auf den Wettbewerb von den Planungsbehörden selbst in die Überprüfung mit einbezogen werden kann.

351. Für einen solchen vereinfachten Test ist zu klären, wie die Planungsbehörden die Marktanteile ermitteln können. Im Kartellrecht setzt die wettbewerbsökonomisch hinreichende Analyse der Marktanteile eine sog. Marktabgrenzung voraus. Hierbei werden im Rahmen eines komplexen Verfahrens die tatsächlich und potenziell im Wettbewerb stehenden Anbieter und Nachfrager in räumlicher und sachlicher Hinsicht ermittelt. Die Prüfung müsste jeweils für diejenigen Standorte (von Krankenhausleistungen) durchgeführt werden, die für eine Herausnahme aus dem Krankenhausplan in Frage kommen. So könnten die unterschiedlichen Szenarien miteinander verglichen werden. In aller Regel werden den Planungsbehörden für eine

⁴⁹⁷ Falls hier mehrere Varianten in Betracht kommen, müssen weitere Qualitätskriterien herangezogen werden. Siehe hierzu Abschnitt 5.2.3.3.

⁴⁹⁸ Europäische Kommission, Leitlinien zur Bewertung horizontaler Zusammenschlüsse gemäß der Ratsverordnung über die Kontrolle von Unternehmenszusammenschlüssen, Tz. 18.

kartellrechtskonforme Analyse allerdings die Ressourcen fehlen. Die Monopolkommission schlägt deshalb eine vereinfachte Marktabgrenzung vor.

352. Zur Ermittlung des sachlich relevanten Marktes kommen unterschiedliche Vorgehensweisen in Frage. Das Bundeskartellamt betrachtet die Krankenhäuser in Zusammenschlussfällen stets in ihrem gesamten Leistungsspektrum.⁴⁹⁹ Im Kontext der Krankenhausplanung könnte es allerdings den Sachverhalt besser abbilden, wenn die Marktabgrenzung nur diejenigen Leistungen erfasst, auf die sich die Planungsentscheidung tatsächlich bezieht. Die Monopolkommission schlägt vor, zugrunde zu legen, welche DRGs an dem vom begrenzenden Eingriff der Krankenhausplanung betroffenen Standort im Vorjahr abgerechnet wurden und die Marktanteile auf Fallzahlbasis zu berechnen.⁵⁰⁰ Für diese Fallgruppen könnten die kumulierten Fallzahlen von den im Wettbewerb stehenden Krankenhäusern ermittelt werden. Der Anteil der Fallzahlen eines Krankenhauses an den Gesamtfallzahlen aller betroffenen Krankenhäuser bezeichnet den jeweiligen Marktanteil.

353. Eine Klärung ist ferner auch in Bezug auf die Frage nötig, welche Standorte in geografischer Hinsicht erfasst werden sollen. Im Kartellrecht erfordert diese sog. räumliche Marktabgrenzung eine komplexe Analyse. Für die Planungsbehörden ließe sich dieser Prozess vereinfachen, indem die Marktanteile für solche Standorte ermittelt werden, die in einer bestimmten maximalen Entfernung um den Standort liegen, der von dem Eingriff der Planungsbehörde betroffen wäre. Weil über sämtliche Behandlungsfälle der deutschen Krankenhäuser hinweg ca. 81 Prozent der Patientinnen und Patienten aus einer Entfernung von bis zu 35 Kilometern kommen, erschiene diese Grenze praktikabel.⁵⁰¹ Es bietet sich an, dass die Planungsbehörde die Marktanteile sämtlicher Standorte in ihre Überprüfung mit einbeziehen, die sich jeweils in diesem Umkreis von den möglicherweise herauszunehmenden Standorten befinden.

354. Fraglich ist, wie mit Standorten zu verfahren ist, die zu demselben Krankenhausträger gehören. Aus wettbewerblicher Sicht spricht für eine genaue Abbildung der Wettbewerbssituation viel dafür, die Zugehörigkeit zu berücksichtigen. Allerdings könnte dies die praktische Umsetzung weiter verkomplizieren. Für die Zwecke der Krankenhausplanung schlägt die Monopolkommission aus diesem Grunde eine vereinfachte Zurechnung der Standorte vor. Konkret sollten nur die Marktanteile der Standorte eines Trägers addiert werden, welche im ermittelten Umkreis von 35 Kilometern liegen. Zudem sollte ebenfalls zugunsten einer praktikablen Anwendung lediglich die unmittelbare Trägerschaft ausschlaggebend sein. Mit anderen Worten wären z. B. indirekte Beteiligungen nicht zu berücksichtigen.⁵⁰²

⁴⁹⁹ Ebenda, S. 270 ff.

⁵⁰⁰ Auch das Bundeskartellamt hält es für möglich, dass eine spezifischere Betrachtung im Einzelfall geboten sein kann, siehe Sektoruntersuchung Krankenhäuser, a. a. O., Tz. 676.

⁵⁰¹ BKartA, Sektoruntersuchung Krankenhäuser, a. a. O., S. 230.

⁵⁰² In der Fusionskontrolle ist für die Berücksichtigung verbundener Unternehmen die sog. Verbundklausel anzuwenden, § 36 Abs. 2 GWB. Die Ermittlung der Verbindungen kann in der Praxis schwierig sein, zum Beispiel, wenn Konzernstrukturen zu erfassen sind. Der Sinn und Zweck der Verbundklausel ist es, eine Umgehung der Fusionskontrolle zu verhindern, indem beispielsweise Teile eines Unternehmens in ein anderes ausgelagert werden. Da im hier beschriebenen Kontext der Krankenhausplanung der Impuls von der Planungsbehörde ausgeht, ist die Gefahr einer Umgehung zumindest deut-

355. Zusammenfassend ist die Konzeption eines Annäherungsverfahrens möglich, unter dessen Voraussetzungen aus Wettbewerbssicht eine Reduktion der Standorte nicht zu beanstanden ist. Übertragen auf die hier empfohlene Planungsentscheidung könnte somit widerlegbar vermutet werden, dass eine Reduktion der Standorte unproblematisch ist, sofern keiner der in einem Umkreis von 35 Kilometern der herauszunehmenden Standorte im Jahr vor der Herausnahme bei den herausfallenden Leistungen einen Marktanteil von nicht mehr als 25 Prozent besaß. Hierdurch könnten die Planungsbehörden eigenständige Entscheidungen treffen, ohne dass eine tiefere Wettbewerbsanalyse durchzuführen wäre. Aus der Vereinfachung der Entscheidungsprozedur folgt allerdings auch, dass teilweise Fälle mit offensichtlichen Vorteilen für die Behandlungsqualität nicht erfasst wären. So kann es Fälle geben, in denen die qualitativen Vorteile die Wettbewerbsbeschränkung überwiegen würden, obwohl ein Standort einen Marktanteil von über 25 Prozent vorweist. Beispielsweise ist es denkbar, dass sich in einem Ballungsgebiet mehrere kleine Krankenhäuser sowie ein großes Krankenhaus mit einem Marktanteil von über 25 Prozent befinden. Wenn die kleineren Standorte sehr nah beieinanderliegen, aber eine größere Entfernung zu dem großen Standort aufweisen, würden die Patientinnen und Patienten bei der Schließung einer der kleineren Standorte wahrscheinlich eher zu einem der anderen kleineren Standorte wechseln. Somit wäre in der Sache zu erwarten, dass sich die Wettbewerbsbeschränkung in Grenzen hält. Dennoch wäre es der Planungsbehörde aufgrund des hohen Marktanteils des großen Standorts untersagt, die vereinfachte Prüfung durchzuführen.

356. Darüber hinaus ist einschränkend anzumerken, dass der vereinfachte Test nur auf die Herausnahme von Krankenhäusern anwendbar ist. Nicht einsetzbar ist er hingegen, wenn ein Krankenhausträger den Antrag auf Aufnahme in den Krankenhausplan stellt. Der Vorstoß eines Krankenhausträgers ist aus wettbewerblicher Sicht grundsätzlich positiv zu sehen. Aus diesem Grunde sollten Krankenhäuser grundsätzlich nicht an der Ausweitung ihres Angebots oder an der Eröffnung eines neuen Standorts gehindert werden. Dies gilt allerdings nicht, falls das Angebot des betreffenden Krankenhauses in jüngerer Vergangenheit – beispielsweise in den letzten drei Jahren – aus dem Krankenhausplan herausgenommen wurde. Wird beabsichtigt, einen Aufnahmeantrag abzulehnen, weil aufgrund der zusätzlichen Kapazitäten eine Verschlechterung der Behandlungsqualität zu erwarten ist, sollte deshalb eine Abwägung im Einzelfall durchgeführt werden. Das vereinfachte Entscheidungsverfahren wäre dementsprechend nicht anzuwenden.⁵⁰³

357. Eine weitere Einschränkung betrifft den Fall, dass zugunsten einer gesteigerten Behandlungsqualität große Kapazitäten aus dem Krankenhausplan genommen werden sollen. Falls die Marktanteile der verbleibenden Standorte relativ klein sind, würde die Anwendung des vereinfachten Tests dazu führen, dass die Reduktion der Standorte als wettbewerblich unproblematisch bewertet würde. Dies ist deshalb kritisch zu sehen, weil nach der Planungsentscheidung die Marktanteile der verbleibenden Wettbewerber erwartbar deutlich ansteigen wür-

lich reduziert. Zudem ist auch zwischen den Standorten eines Trägers ein sog. Yardstick-Wettbewerb zu erwarten, siehe Abschnitt 5.1.1, Tz. 251. Dies rechtfertigt eine vereinfachte Anwendung.

⁵⁰³ Der Grund hierfür ist, dass die abgerechneten DRGs keinen sinnvollen Ausgangspunkt bilden, weil das antragstellende Krankenhaus noch keine Fälle behandelt hat.

den. Dies wird im vereinfachten Test nicht berücksichtigt. Beispielsweise wäre nach der vereinfachten Vorgehensweise in einem Markt von zehn Standorten mit jeweils zehn Prozent Marktanteil eine Begrenzung auf nur zwei Standorte zulässig. Hier ist allerdings nicht ohne Weiteres anzunehmen, dass tatsächlich keine nennenswerte Wettbewerbsbeschränkung eintritt. Die Monopolkommission schlägt deshalb vor, die Anwendung des vereinfachten Tests auf die Herausnahme kleinerer Behandlungskapazitäten zu begrenzen. Die Grenze könnte beispielsweise bei einem herauszunehmenden Marktanteil von 20 Prozent gezogen werden.

358. Um den Planungsbehörden eine weitere Hilfestellung zu geben, könnte ein Rechtsgedanke aus dem Kartellverbot übertragen werden. Gemäß Art. 101 Abs. 1 AEUV bzw. § 1 GWB sind im Grundsatz Vereinbarungen verboten, die den Wettbewerb beschränken. Hiervon ist eine Ausnahme bei nachgewiesenen Effizienzgewinnen möglich,⁵⁰⁴ allerdings nur unter den Voraussetzungen des Art. 101 Abs. 3 AEUV bzw. § 2 Abs. 1 GWB. Insbesondere darf der Wettbewerb für einen wesentlichen Teil der betreffenden Waren bzw. Dienstleistungen nicht ausgeschaltet werden. Kern dieser Bestimmung ist somit, dass der Wettbewerbsdruck zwar unter bestimmten Voraussetzungen eingeschränkt, aber nicht vollständig beseitigt werden darf.⁵⁰⁵ Es bietet sich an, diese Grundüberlegung auch auf die hier diskutierte Planungsentscheidung zu übertragen. Hiermit würde zum Ausdruck gebracht, dass der Wettbewerb einen wichtigen Antrieb für die Steigerung der Behandlungsqualität darstellt. Es ist zu betonen, dass es sich bei den der Vermutungsschwelle und der Nicht-Ausschaltung des Wettbewerbs lediglich um äußere Grenzen handelt. Abhängig von der Ausgangslage im Einzelfall können die Gründe gegen eine Reduktion der Standorte überwiegen, ohne dass eine Ausschaltung des Wettbewerbs erkennbar ist.

359. Da die vorgeschlagene Auswahlentscheidung in die Berufsfreiheit der Krankenhausträger eingreifen würde (Art. 12 Abs. 1, 19 Abs. 3 GG), wäre eine entsprechende gesetzliche Ermächtigungsgrundlage erforderlich.⁵⁰⁶ Diese muss entsprechend der verfassungsrechtlichen Implikationen ausgestaltet sein. Die Monopolkommission schlägt deshalb vor, die Entscheidung zum Tätigwerden der zuständigen Behörde zu überlassen (sog. „Kann-Vorschrift“). Außerdem empfiehlt sie, die 25-Prozent-Schwelle als widerlegbare Vermutung auszugestalten. Hierdurch wird die Möglichkeit eröffnet, abweichenden tatsächlichen Umständen angemessen Rechnung zu tragen. Falls zu einem späteren Zeitpunkt weitere Krankenhausträger die betreffende Leistung anbieten bzw. die Fachabteilung betreiben möchten, wäre ein Antrag auf Aufnahme zu stellen. Dann müsste erneut eine Auswahlentscheidung von der Planungsbehörde getroffen werden. Dies dient dem Grundsatz der Chancengleichheit. Es ist zu empfehlen, die Vorschrift im bundesrechtlichen KHG zu verankern. So ist bereits jetzt in § 8 KHG geregelt, welche rechtlichen Möglichkeiten die zuständigen Landesbehörden haben, wenn die Landesqualitätsvorgaben bzw. planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nicht eingehalten werden. Deshalb bietet

⁵⁰⁴ Effizienzgewinne können auch in einer Qualitätssteigerung bestehen, siehe Europäische Kommission, Leitlinien zur Anwendung von Artikel 81 Absatz 3 EG-Vertrag (2004/C 101/08), Tz. 86.

⁵⁰⁵ Zur Auslegung dieses Merkmals durch die Europäische Kommission, siehe ebenda, Tz. 105 ff.

⁵⁰⁶ Siehe hierzu Abschnitt 4.2.3.2, Tz. 156.

es sich an, diese zusätzliche Ermächtigungsgrundlage zur Erhöhung der Behandlungsqualität ebenfalls hier zu verorten.

360. Ein neu einzufügender § 8 Abs. 2a KHG könnte somit lauten:

Die zuständige Behörde kann die Anzahl der Standorte, welche eine bestimmte Behandlung anbieten oder eine bestimmte Fachabteilung betreiben, begrenzen, wenn:

- 1. auf Grundlage der evidenzbasierten Medizin zu erwarten ist, dass die Erhöhung der Fallzahlen zu einer Steigerung der Behandlungsqualität führt und*
- 2. die von der Begrenzung der Standorte ausgehenden positiven Auswirkungen auf die Behandlungsqualität die Behinderung des Wettbewerbs überwiegen. Dies ist insbesondere nicht anzunehmen, wenn sie eine Ausschaltung des Wettbewerbs zur Folge haben würde.*

Das Überwiegen der positiven Auswirkungen auf die Behandlungsqualität wird widerlegbar vermutet, wenn zu erwarten ist, dass keiner der in einem Umkreis von 35 Kilometern verbleibenden Krankenhausstandorte einen Marktanteil in den betroffenen Diagnosegruppen von nicht mehr als 25 Prozent besitzt und der Marktanteil der herauszunehmenden Kapazitäten nicht mehr als 20 Prozent beträgt. Die Marktanteile werden anhand der kumulierten Fallzahlen aus dem Jahr vor der Herausnahme berechnet. Die Vermutung findet keine Anwendung, wenn von der Entscheidung Kapazitäten betroffen sind, die noch nicht in den Krankenhausplan aufgenommen wurden. Die Marktanteile der Krankenhausstandorte eines unmittelbaren Krankenhausträgers im ermittelten Umkreis werden für die Berechnung der Marktanteile addiert. Die Entscheidung der zuständigen Behörde zur Begrenzung der Standorte wird Teil des Krankenhausplans. Falls erforderlich, ist eine Auswahlentscheidung gem. § 8 Abs. 2 S. 2 KHG durchzuführen.

361. Insgesamt zeigt sich, dass die Reduktion der Standorte vor allem dann ein sinnvolles und praktisch umsetzbares Planungsinstrument sein kann, wenn sie sich innerhalb der in Anlehnung an das Wettbewerbsrecht vorgeschlagenen Grenzen bewegt. Außerhalb der Grenzen sollte das Instrument nur zurückhaltend eingesetzt werden. Gerade in diesen Fällen ist eine umfassende und komplexe Analyse erforderlich. Andernfalls besteht die Gefahr, dass der langfristige Schaden der Planungsentscheidung größer als ihr Nutzen ist. Eine Hinzuziehung von Institutionen oder Personen mit entsprechender Expertise ist in diesen Fällen deshalb angezeigt. Für die Evaluierung, ob eine Fallzahlsteigerung sich in einer erhöhten Qualität niederschlägt, könnte eine Zusammenarbeit mit dem IQTIG sinnvoll sein. Da das Institut bereits unter anderem mit der Entwicklung der Mindestmengenregelungen befasst ist, ist zu erwarten, dass dort die erforderliche Expertise bereits vorhanden ist. Für die wettbewerbliche Analyse könnte möglicherweise die entsprechende Landeskartellbehörde unterstützend tätig werden. Falls sich dies in der Praxis nicht anbietet, müsste alternativ ein externes Gutachten in Auftrag gegeben werden.

5.2.3.3 Festlegung von Abwägungskriterien für eine transparente und rechtssichere Entscheidung auch im Bereich der Qualität erforderlich

362. Generell können Auswahlentscheidungen in der Praxis sehr komplex sein, weil die Qualität in verschiedenen Krankenhäusern vergleichend evaluiert werden muss. Die relevante bundesgesetzliche Vorgabe zur Umsetzung der Auswahlentscheidung findet sich in § 8 Abs. 2 Satz 2 KHG. Dort heißt es: „Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern entscheidet die zuständige Landesbehörde unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenhausträger nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht wird; die Vielfalt der Krankenhausträger ist nur dann zu berücksichtigen, wenn die Qualität der erbrachten Leistungen der Einrichtungen gleichwertig ist.“ Hieraus wird deutlich, dass die Qualität nach Vorstellung der Bundesgesetzgebung eine maßgebliche Rolle bei der Abwägung zwischen verschiedenen Krankenhäusern spielen soll.

363. In der Praxis zeichnet sich jedoch regelmäßig ein anderes Bild ab. Manche Planungsbehörden berichten, dass aufgrund der Komplexität der Abwägung häufig nach alternativen Lösungen gesucht wird, um eine Auswahlentscheidung nach Möglichkeit zu vermeiden. Insbesondere sei es kaum nachweisbar, dass ein Krankenhaus besser als die anderen Krankenhäuser geeignet sei, um den in Rede stehenden Bedarf zu decken. Aus diesem Grunde würden Auswahlentscheidungen zumindest teilweise einer gerichtlichen Überprüfung nicht standhalten. Um diesen Unsicherheiten zu begegnen, ist die Erhöhung der Transparenz und der Rechtssicherheit ein zentraler Gesichtspunkt. Hierfür können vorab festgelegte Auswahlkriterien einen wichtigen Beitrag leisten.⁵⁰⁷ Im Zusammenhang mit der Berücksichtigung der Behandlungsqualität hervorzuheben ist der Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022.⁵⁰⁸ Dort werden für jede Leistungsgruppe neben den Mindestqualitätsanforderungen auch Kriterien für eine Auswahlentscheidung festgelegt.⁵⁰⁹ So kann es im Bereich der Geriatrie beispielsweise positiv gewichtet werden, wenn weitere Leistungsgruppen und -bereiche wie eine Chirurgie oder eine Orthopädie im selben Krankenhaus angeboten werden. Zudem kann berücksichtigt werden, wenn einem Krankenhaus das Qualitätssiegel Geriatrie des Bundesverbandes Geriatrie verliehen wurde.⁵¹⁰ Durch solche spezifischen Festlegungen wird es den Beteiligten grundsätzlich ermöglicht, die für die Planungsbehörde entscheidenden Aspekte zu antizipieren. Da durch eine Auswahlentscheidung in die Berufsfreiheit eines Krankenhauses eingegriffen werden kann, müssen die Bundesländer im Zweifel nachweisen, dass ein bestimmtes Auswahlkriterium den Zielen der Krankenhausplanung dient und somit den Eingriff rechtfertigt.⁵¹¹ Es stellt sich somit die Frage, wie speziell im Hinblick auf die Qualität adäquate Auswahlkriterien bestimmt werden können.

⁵⁰⁷ Siehe hierzu Abschnitt 4.2.3.1.

⁵⁰⁸ MAGS, Krankenhausplanung Nordrhein-Westfalen 2022, a. a. O.

⁵⁰⁹ Zum Leistungsgruppenkonzept siehe Abschnitt 5.2.2.2.

⁵¹⁰ MAGS, Krankenhausplanung Nordrhein-Westfalen 2022, a. a. O., S. 252.

⁵¹¹ Siehe hierzu Abschnitt 4.2.3.2, Tz. 161 ff.

364. Insbesondere könnten die für die externe Qualitätssicherung erhobenen Qualitätsindikatoren für die Abwägung hilfreich sein.⁵¹² Falls die Auswahlentscheidung Krankenhäuser betrifft, die bereits eine bestimmte Behandlung erbringen, kommen neben Qualitätsindikatoren zur Struktur- und Prozessqualität auch solche zur Ergebnisqualität in Frage.⁵¹³ Hervorzuheben ist auch die Bedeutung der qualitätssteigernden Effekte höherer Fallzahlen. Zunächst ist hierbei an die planQI sowie die Mindestmengen und Qualitätsanforderungen des G-BA zu denken. Eigentlich sind sie zwar nicht für die Auswahlentscheidung relevant, weil im Grundsatz alle Plankrankenhäuser diese Vorgaben einhalten müssen. Dennoch könnte eine Erfüllung der Kriterien über den festgelegten Mindeststandard hinaus Anhaltspunkte für eine besonders gute Behandlungsqualität geben. Insofern könnten die Vorgaben entsprechend auch für die Auswahlentscheidungen relevant sein. Zum Beispiel kann es – wie bereits ausgeführt – evidenzbasierte Anhaltspunkte geben, dass über die Mindestmenge hinaus höhere Fallzahlen zu einer höheren Qualität führen. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass sich die planQI wie auch die bundesweiten Vorgaben auf sehr spezifische Details innerhalb weniger Fachabteilungen beziehen. Es ist deshalb nicht möglich, auf dieser Grundlage ein umfassendes Bild von der Qualität verschiedener Krankenhäuser in einem bestimmten Bereich zu zeichnen.

365. Über diese Instrumente zur Sicherung einer Mindestqualität hinaus sind aber auch die weiteren erhobenen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen von Relevanz.⁵¹⁴ Letztere bilden ebenfalls Qualitätskriterien ab, können im Gegensatz zu den planQI, Mindestmengen und Qualitätsanforderungen des G-BA keine Aussage darüber bieten, ob die Behandlungsqualität als absolut gesehen „schlecht“ oder „gut“ einzuordnen ist. Allerdings ist es für die Zwecke der Abwägung vollkommen ausreichend, dass eine relative Qualität im Verhältnis zwischen den in Frage kommenden Krankenhäusern ermittelt wird.⁵¹⁵ Damit der Vergleich aussagekräftig ist, wäre es gegebenenfalls erforderlich, dass eine Risikoadjustierung erfolgt. Das bedeutet, dass unterschiedliche Strukturen in der Bevölkerung insbesondere im Hinblick auf Risikofaktoren rechnerisch ausgeglichen werden.⁵¹⁶ Zudem müsste eine Datenvalidierung durchgeführt werden. Darüber hinaus empfiehlt sich eine fachliche Bewertung durch das IQTIG.⁵¹⁷ Allerdings decken die Qualitätsindikatoren des IQTIG bisher lediglich 20 Prozent des stationären Leistungsspektrums ab.⁵¹⁸ Das IQTIG könnte dennoch bereits jetzt zumindest in diesem Bereich einen wertvollen Beitrag leisten.

⁵¹² Siehe näher zu den Qualitätsindikatoren für die externe Qualitätssicherung Abschnitt 5.1.4.1.

⁵¹³ Zur Arbeit des IQTIG, siehe Abschnitt 3.3, Tz. 60.

⁵¹⁴ Die meisten Qualitätsindikatoren werden vom IQTIG erhoben. Allerdings erhebt auch beispielsweise die AOK eigene Indikatoren, siehe hierzu Abschnitte 5.1.4.1 und 5.1.4.2.

⁵¹⁵ IQTIG, Planungsrelevante Qualitätsindikatoren – Neukonzeption der Entwicklung und Bewertung, Bericht zu Teil A, Berlin, 29. Januar 2021, https://iqtig.org/downloads/berichte/2020/IQTIG_PlanQI_Neukonzeption_Bericht-Teil-A_2021-01-29.pdf, Abruf am 21. April 2022, S. 43, 133 f.

⁵¹⁶ IQTIG, Öffentliche Berichterstattung von Ergebnissen der externen stationären Qualitätssicherung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser, Empfehlungen zum Erfassungsjahr 2020, Berlin, 14. Juli 2021, S. 7.

⁵¹⁷ IQTIG, Planungsrelevante Qualitätsindikatoren – Neukonzeption der Entwicklung und Bewertung, Bericht zu Teil A, a. a. O., S. 202.

⁵¹⁸ Ebenda, S. 203.

366. Es ist nicht ersichtlich, dass bereits eine Unterstützung durch das IQTIG bei Auswahlentscheidungen in der Praxis erfolgt. Deshalb empfiehlt die Monopolkommission eine Überprüfung, ob das IQTIG diese Unterstützung in der Praxis leisten kann. Die Beauftragung einer solchen Untersuchung könnte durch den Bundesminister für Gesundheit erfolgen (§ 137a Abs. 4 Satz 2 SGB V). Falls die Prüfung positiv ausfallen sollte, hat der G-BA die entsprechende Datenauswertung den zuständigen Landesbehörden weiterzuleiten. Hierfür könnte § 136c Abs. 2 SGB V zumindest klarstellend ergänzt werden, der bereits jetzt unter anderem vorsieht, dass der G-BA regelmäßig einrichtungsbezogene Auswertungsergebnisse zu den planQI an die Landesbehörden übermittelt. Darüber hinaus weist die Monopolkommission darauf hin, dass auch für die Auswahlentscheidungen eine umfassende Erfassung der Behandlungsqualität durch entsprechende Indikatoren hilfreich ist.⁵¹⁹

367. Eine weitere Herausforderung stellt sich im Hinblick auf die Konsequenzen der getroffenen Auswahlentscheidung. Aktuell scheint sich die Ablehnung eines Antrags auf Aufnahme in den Krankenhausplan bzw. eine Herausnahme aus dem Plan in der Praxis schwierig zu gestalten. Hierzu ist auf die Ausführungen in Abschnitt 4.2.3.2 zu verweisen.

368. Abschließend ist festzuhalten, dass die Auswahlentscheidungen eines der wichtigsten Instrumente für die Umsetzung der Krankenhausplanung sind. Aktuell kommen sie zum Einsatz, wenn eine Überversorgung droht. Darüber hinaus empfiehlt die Monopolkommission Auswahlentscheidungen zur Reduktion von Standorten, falls hierdurch eine Qualitätssteigerung erreicht werden kann. Hierbei sind allerdings die Auswirkungen auf den Qualitätswettbewerb zu beachten und in die Entscheidung miteinzubeziehen. Das Instrument der Auswahlentscheidungen kann generell nur dann sein ganzes Potenzial entfalten, wenn die Entscheidungen transparent erfolgen und vor Gericht Bestand haben. Die Monopolkommission empfiehlt insofern, die Möglichkeit einer Unterstützung durch das IQTIG überprüfen zu lassen.

5.3 Einfluss von Zu- und Abschlägen auf die DRG und Qualitätsverträge

369. In der deutschen Krankenhausversorgung gibt es bisher nur wenig Qualitätsanreize. Erste Anreizmechanismen im Krankenhaussektor wurden im Jahr 2016 über das Krankenhausstrukturgesetz in das SGB V integriert. Mit dem Gesetz beabsichtigte der Gesetzgeber, insbesondere die Krankenhausversorgung qualitativ hochwertig auszugestalten.⁵²⁰ Für dieses Ziel wurden zwei Anreizmechanismen etabliert. Erstens wurde eine qualitätsabhängige Vergütung der Krankenhäuser über Zu- und Abschläge auf die DRG-Fallpauschalen eingeführt, die allerdings im Jahr 2021 wieder außer Kraft gesetzt wurde. Zweitens wurde die Möglichkeit der Qualitätsverträge geschaffen, die als Instrument zur Qualitätssteigerung erprobt werden sollen. Beide Mechanismen haben grundsätzlich das Potenzial, den Krankenhäusern zusätzliche Anreize für die eigenständige Anpassung des qualitativen Leistungsangebotes zu setzen. In den folgenden

⁵¹⁹ Solche Indikatoren könnten beispielsweise separate Abschlags- und Zuschlagsindikatoren sein, wie das IQTIG in dem Beschluss zu Qualitätszuschlägen und –abschlägen analysiert. Vgl. G-BA, Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe zur Veröffentlichung der Abschlussberichte des IQTIG zur qualitätsabhängigen Vergütung mit Zu- und Abschlägen gemäß § 136b Abs. 1 Nr. 5 i. V. m. Abs. 9 SGB V, Berlin, 17. Oktober 2019.

⁵²⁰ Fraktionen der CDU/CSU und SPD, Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG), BT-Drs. 18/5372 vom 30. Juni 2015, S. 1.

Abschnitten werden ihre Wirkungsmechanismen näher beleuchtet. Dabei werden Anpassungen erörtert, welche zur Qualitätssteigerung beitragen können.

5.3.1 Qualitätssteigerung über Zu- und Abschläge auf DRG möglich

5.3.1.1 Erfahrung mit Pay-for-Performance-Ansätzen im Ausland

370. Qualitätsorientierte Vergütung zielt typischerweise darauf ab, die Qualität der erbrachten Leistungen durch Bonus- und Maluszahlungen zu beeinflussen. Auslöser für die in Deutschland geführte Diskussion um eine qualitätsorientierte Vergütung von Krankenhäusern waren die in den USA und einigen europäischen Ländern eingeführten Vergütungsbestandteile und die Erfahrungen mit diesen. Die verwendeten Konzepte werden häufig unter dem Begriff „Pay-for-Performance“ zusammengefasst.⁵²¹

371. Pay-for-Performance-Ansätze können Bonuszahlungen für Krankenhäuser mit besonders guter Qualität, Maluszahlungen im Fall nachweisbar schlechter Qualität oder Kombinationen von beiden vorsehen. Die konkrete Ausgestaltung der Vergütungsmechanismen hängt dabei von der Erhebung spezifischer Qualitätsindikatoren ab, die diese Qualitätsunterschiede nachweisen können. Da die Qualitätssicherung in den meisten Ländern in unterschiedlicher Weise erfolgt, sind Pay-for-Performance-Ansätze typischerweise unterschiedlich ausgerichtet. Einige Ansätze sehen eine gesonderte Vergütung in einzelnen Leistungsbereichen vor.⁵²² Bei anderen Ansätzen wird über die Bewertung eines Bündels von Qualitätsindikatoren die Gesamtperformance der Krankenhäuser ermittelt.⁵²³ Darüber hinaus unterscheiden sich die Ansätze hinsichtlich der finanziellen Ausgestaltung. Im Fall besonders guter Qualität werden entweder einmalig feste Zuschläge oder Zuschläge in Proportion zu der Qualitätsverbesserung vorgesehen. Im Fall besonders schlechter Qualität wird in einigen Programmen die Zahlung gänzlich eingestellt.⁵²⁴

372. In einer Reihe von Studien konnte gezeigt werden, dass in Ländern, welche Pay-for-Performance-Programme nutzen, die Qualität der Krankenhausversorgung gesteigert werden konnte.⁵²⁵ In welchem Ausmaß dies geschieht, hängt von der Ausgestaltung der Ansätze ab. So setzen Bonuszahlungen, die proportional zur Qualitätsverbesserung dauerhaft geleistet wer-

⁵²¹ Teilweise werden die Bestandteile auch als Pay-for-Quality-Programme bezeichnet, vgl. Busse, R., u. a., Vergütung und Qualität: Ziele, Anreizwirkungen, internationale Erfahrungen und Vorschläge für Deutschland, in: Klauber, J. u. a. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2020 – Finanzierung und Vergütung am Scheideweg, Berlin, 2020.

⁵²² So sind Programme in Frankreich, Italien, Norwegen, Portugal und Schweden darauf ausgerichtet, die Versorgung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nierenversagen oder Eingriffe bei Hüftfrakturen zu verbessern. In Kanada und Australien wird Pay-for-Performance beispielsweise angewendet, um Wartezeiten, u. a. in der Notaufnahme, zu reduzieren.

⁵²³ Ein Beispiel ist das „Kvalitetsbasert finansiering“ in Norwegen.

⁵²⁴ Im Grunde handelt es sich auch bei den bundesweit geltenden Mindestmengenregelungen und Mindestqualitätsanforderungen um Maluszahlungen für schlechte Qualität, siehe Abschnitt 5.2.1.1.

⁵²⁵ Analysen der Effekte gibt es für Programme, zu denen Daten bis zum Jahr 2016 erhoben wurden. Vgl. Armour, B. S. u. a., The effect of explicit financial incentives on physician behavior, *Arch Intern Med*, 161 (10), 2001, S. 1261–1266; Barreto, J. O., Pay-for-performance in health care services: A review of the best evidence available, *Ciencia Saude Coletiva*, 20 (5), 2015, S. 1497–1514; Milstein, R., Pay for performance in the inpatient sector: a review of 34 P4P programs in 14 OECD countries, *Health Policy*, 120 (10), 2016, S. 1125–1140.

den, längerfristig wirkende Anreize, während Einmalzahlungen für die Erfüllung eines Referenzwertes nur kurzfristige Anreize setzen. Zudem gehen im Vergleich zu Boni von Maluszahlungen stärkere Anreize für Qualitätssteigerungen aus.⁵²⁶

373. Allerdings können durch Pay-for-Performance-Ansätze auch unerwünschte Nebeneffekte wie Risikoselektion entstehen. So könnten spezifische Fälle prioritär behandelt werden, um den Vergütungsmechanismen schneller gerecht zu werden. Hierdurch würden andere Behandlungsfälle gegebenenfalls vernachlässigt oder erst nach längeren Wartezeiten behandelt werden. In Studien konnten solche Selektionseffekte für spezielle Pay-for-Performance-Ansätze nachgewiesen werden. Dabei ist das Auftreten von Risikoselektion abhängig von der Ausgestaltung des Vergütungsmechanismus und den für den Qualitätsnachweis erhobenen Indikatoren. Über eine geeignete Wahl spezifischer Indikatoren könnte die Gefahr von Risikoselektion reduziert werden.⁵²⁷

5.3.1.2 Zu- und Abschläge auf DRG in Deutschland ungenutzt

374. In Deutschland wurden mit dem Krankenhausstrukturgesetz im Jahr 2016 die Voraussetzungen für eine flächendeckende Einführung von qualitätsorientierten Vergütungsbestandteilen geschaffen. Über den 2016 eingeführten § 5 Abs. 3a Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) sollten der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) die Möglichkeit erhalten, für Leistungen oder Leistungsbereiche mit „außerordentlich guter Qualität“ Zuschläge oder bei „unzureichender Qualität“ Abschläge auf die DRG-Fallpauschalen zu vereinbaren.⁵²⁸

375. Zu- und Abschläge sollten dabei zunächst nur für ausgewählte Leistungen oder Leistungsbereiche gelten, die der G-BA gemäß § 136b Abs. 1 Nr. 5 SGB V bestimmen sollte. Im Auftrag des G-BA entwickelte das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) ein Konzept für die Einführung einer qualitätsabhängigen Anpassung der Vergütung in Krankenhäusern.⁵²⁹ Dabei wurde ein Leistungsbereich, nämlich die Behandlung

⁵²⁶ Die Verlustaversion von Individuen führt dazu, dass sie zunächst versuchen werden, Maluszahlungen zu verhindern. Vgl. Busse, R. u. a., Vergütung und Qualität: Ziele, Anreizwirkungen, internationale Erfahrungen und Vorschläge für Deutschland, a. a. O., S. 213.

⁵²⁷ Diese Form der Risikoselektion könnte vermieden werden, indem Ergebnis-Indikatoren bei der Messung der Qualität risikoadjustiert werden oder aber das Pay-for-Performance-Programm gezielt für die Versorgung von Patientengruppen mit vergleichbaren Risiken konzipiert wird. Vgl. Roland, M./Dudley, R., How Financial and Reputational Incentives Can Be Used to Improve Medical Care, Health Services Research, 50 (2), 2015, S. 2090-2115.

⁵²⁸ Hinsichtlich der Höhe von Zu- und Abschlägen machte § 5 KHEntgG keine Vorgaben. Allerdings sollten Abschläge erst mit einer einjährigen Verzögerung erhoben werden. Diese Regelung sollte den Krankenhäusern, die unzureichende Qualität aufwiesen, die Möglichkeit geben, festgestellte Qualitätsmängel beispielsweise durch strukturelle oder prozessuale Anpassungen zu beseitigen. Erst bei einem erneuten Nachweis einer unzureichenden Qualität sollte der Abschlag tatsächlich vorgenommen werden. Für Zuschläge wurde gesetzlich keine Vorgabe gemacht.

⁵²⁹ G-BA, Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe zur Veröffentlichung der Abschlussberichte des IQTIG zur qualitätsabhängigen Vergütung mit Zu- und Abschlägen gemäß § 136b Abs. 1 Nr. 5 i. V. m. Abs. 9 SGB V, 17. Oktober 2019. Hierbei handelt es sich um die Beschlussversion 1.2. Der Abschlussbericht „Qualitätsorientierte Vergütung Teil 1“ war am 4. Juli 2017 dem G-BA vorgelegt worden. Eine überarbeitete Version V1.1 wurde unter Berücksichtigung einer Anpassung des Auftrags, und bereits eingehend auf das Stellungnahmeverfahren, daraufhin am 6. Oktober 2017 vorgelegt. Die Version V1.2 enthält darüber hinaus redaktionelle Anpassungen und wurde durch den G-BA veröffentlicht.

spezifischer Oberschenkelbrüche, zur Erprobung des Instrumentes empfohlen.⁵³⁰ Unter der Voraussetzung einer Weiterentwicklung der Qualitätsindikatoren hätten nach Aussage des IQTIG auch für weitere Leistungsbereiche Zu- und Abschläge nachgewiesen werden können.⁵³¹ Allerdings wären für die Weiterentwicklung wie auch für die Erprobung der Zu- und Abschläge umfassende verfahrensbezogene Anpassungen notwendig geworden.⁵³²

376. Trotz der beauftragten Analysen des IQTIG hat der G-BA keinen Leistungsbereich für die Vereinbarung von Qualitätszu- und -abschlägen beschlossen. Grund dafür war der im Verhältnis zum Nutzen als zu hoch eingeschätzte Aufwand der verfahrensbezogenen Anpassungen. Zudem wurden durch das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) vom 11. Juli 2021 die vergütungsorientierten Qualitätszuschläge und -abschläge aus den Gesetzestexten gestrichen. Als Grund für die Streichung der Regelung wurde das Fehlen eines überzeugenden Konzeptes für eine in den nächsten Jahren umsetzbare Einführung von Qualitätszu- und -abschlägen angeführt. Darüber hinaus sei der verbleibende Entwicklungsaufwand zu groß. Gleichzeitig wurde befürchtet, dass Fehlanreize wie etwa eine unerwünschte Risikoselektion in der Versorgung entstehen könnten.⁵³³

5.3.1.3 Qualitätsorientierte Vergütung weiterhin erforschen

377. Pay-for-Performance-Ansätze spielen in Deutschland gegenwärtig keine praktische Rolle. Dabei spricht vieles dafür, dass Zu- und Abschläge auf Fallpauschalen zu einer Qualitätssteigerung für ausgewählte Leistungsbereiche führen, indem sie bei den Krankenhäusern Anreize für eine höherwertige qualitative Leistungsversorgung setzen. Nach Auffassung des IQTIG dürfte es über eine detaillierte Analyse einzelner Leistungsbereiche möglich sein, Bewertungskonzepte für besonders gute und unzureichende Qualität in Deutschland zu erarbeiten. Gegebenenfalls könnte hierfür die Entwicklung neuer Indikatoren notwendig werden.⁵³⁴

378. Da in den vergangenen Jahren bereits viele Indikatoren angepasst wurden und sich die Datenerfassung stetig weiterentwickelt, könnten sich neue Ansätze für eine deutsche Umsetzung von Pay-for-Performance-Konzepten durch dynamische Entwicklungen ergeben. Ein gänzliches Ausschließen bzw. Verhindern solcher Ansätze erscheint daher nicht sinnvoll. Eine detailliertere Analyse, beispielsweise eine Beauftragung des IQTIG über den Gesundheitsminister, ist insbesondere unter Berücksichtigung der sich stetig weiterentwickelnden Qualitätsindikatoren zu befürworten. Auch könnten über entsprechende Analysen Verfahren für die Krankenhausplanung, beispielsweise für Auswahlentscheidungen, entwickelt werden.⁵³⁵ Bei

⁵³⁰ Leistungsbereich „Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung“, vgl. Ebenda, S. 18.

⁵³¹ Dies geht aus dem Bericht V1.2 hervor, der auf Basis einer Auftragsanpassung über den G-BA zusätzlich erstellt wurde, vgl. Ebenda, Anlage 2, S. 196 ff. Allerdings wäre ein gesonderter Auftrag des G-BA notwendig gewesen.

⁵³² So hätte beispielsweise das Verfahren zum Strukturierten Dialog im Sinne eines zentralen Stellungsnahmeverfahrens angepasst werden müssen. Ebenda, S. 21.

⁵³³ BMG, Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit, Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG), 23. Oktober 2020, S. 89.

⁵³⁴ Ebenda, Anlage 2.

⁵³⁵ Siehe Tz. 344 ff.

diesen sind ebenso wie für qualitätsorientierte Zuschläge Indikatoren zur Unterscheidung qualitativ hochwertiger Leistungen notwendig. Hierdurch können weitere Möglichkeiten geschaffen werden, für spezielle Leistungsbereiche qualitätssteigernde Instrumente zu eruieren.

5.3.2 Qualitätsverträge weiterentwickeln

379. Aktuell gibt es nur ein Instrument, mit dem Qualitätssteigerungen bei der stationären Krankenhausversorgung über wettbewerbliche Anreize zu erreichen sind. Hierbei handelt es sich um sog. Qualitätsverträge. In solchen Verträgen vereinbaren einzelne Krankenkassen und Krankenhausträger für spezifische Leistungsbereiche gesonderte Qualitätsanforderungen. So können etwa für einzelne Leistungen die Behandlung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt, besondere Eigenschaften oder Zertifizierungen der Stationen oder die Anwesenheit zusätzlicher Pflegepersonals vertraglich vereinbart werden. Neben gesonderten Strukturen und Prozessen können in Qualitätsverträgen Vereinbarungen zu einer Verbesserung von Behandlungsergebnissen geschlossen werden. Im Gegenzug für die Erfüllung der vereinbarten und nachzuweisenden Qualitätsmerkmale sehen die Verträge Gegenleistungen der Krankenkasse vor. Hierbei kann es sich um zusätzliche Zahlungen handeln. Es sind aber auch nicht-monetäre Vorteile denkbar. Als mögliche Anreize kommen z. B. die Empfehlung des Krankenhauses durch die Krankenkasse, eine einmalige Zahlung oder auch Varianten erfolgsabhängiger Zahlungen an das Krankenhaus in Betracht.⁵³⁶ Um den Anreiz für die einzelnen Krankenkassen zu erhöhen, Qualitätsverträge zu schließen, ist es notwendig, dass die Qualitätsverbesserungen möglichst exklusiv nur den Versicherten der Krankenkasse zugutekommen, die den Qualitätsvertrag geschlossen hat. Ist das nicht gewährleistet, kommen Qualitätsverträge wegen der sog. Free-rider-Problematik nicht oder nur in geringerem Ausmaß zustande

380. Da die Patientendaten der Krankenkassen genau diejenigen Informationen enthalten, die eine Einschätzung der Qualität von Behandlungen ermöglicht, sind die Krankenkassen wie keine andere Institution in der Lage, Vorschläge für eine Verbesserung von Strukturen und Behandlungsprozessen zu machen. Krankenkassen werden daher häufig auch als „ergänzende Sachwalter“ von Patientinnen und Patienten gesehen.⁵³⁷ Da sie Kostenträger der Krankenhausleistungen sind, ist es den Krankenkassen möglich, eine Abwägung zwischen Qualitätsverbesserungen und der gegebenenfalls einhergehenden Ausgabensteigerung vorzunehmen.⁵³⁸ Im Wettbewerb der Krankenkassen untereinander besteht zudem ein Anreiz, die Behandlungsqualität der eigenen Mitglieder zu verbessern. So könnten sie einerseits mit Hilfe der Qualitätsverträge Kosten reduzieren und ihren Versicherten qualitativ bessere Leistungen anbieten.

⁵³⁶ Siehe beispielsweise § 7 Abs. 3 Rahmenvereinbarung für Qualitätsverträge in der stationären Versorgung oder auch G-BA, ebenda, S. 16: „Es ist zu betonen, dass es sich auch nicht notwendigerweise um finanzielle Anreize handeln muss. So kann Werbung für das Krankenhaus durch die Krankenkasse Teil eines Vertrags sein, um die Zahl der behandelten Patientinnen und Patienten zu erhöhen. Bei finanziellen Anreizen können Krankenkassen und Krankenhäuser im einfachsten Fall eine einmalige Abschlagszahlung für den Erprobungszeitraum vereinbaren. Jedoch können auch Varianten von erfolgsabhängigen Zahlungen denkbar sein [...]“

⁵³⁷ Klauber, J u. a., Qualität durch Wettbewerb, in: Klauber, J., u. a. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2011– Schwerpunkt: Qualität durch Wettbewerb, Stuttgart, 2011, S. 8 sowie Breyer, F., u. a., Gesundheitsökonomie, 5. Aufl., Berlin, 2004.

⁵³⁸ Auch sollten Krankenkassen am ehesten langfristige Kosteneinsparungen, die mit mittelfristigen Qualitätsverbesserungen einhergehen, nachvollziehen können.

Insoweit sind Qualitätsverträge ein Instrument, um über den Wettbewerb der Krankenkassen untereinander für sinnvolle und nachhaltige Qualitätsverbesserungen in den Krankenhäusern zu sorgen.

381. Die Erprobung von Qualitätsverträgen wurde mit Inkrafttreten des Krankenhausstrukturgesetzes im Jahr 2016 ermöglicht. Seither ist es über § 110a SGB V möglich, bestimmte Qualitätsverträge zu vereinbaren. Allerdings wurden bisher nur sehr wenige Verträge abgeschlossen. In den folgenden Abschnitten werden die Voraussetzungen und die bisherige Realisierung von Qualitätsverträgen dargestellt. Die anschließende Analyse gibt Empfehlungen für zukünftige Anpassungen dieses Instruments.

5.3.2.1 Inhalte von Qualitätsverträgen für Erprobung vorgegeben

382. Qualitätsverträge sind als Instrument zur Förderung einer qualitativ hochwertigen stationären Versorgung in § 110a SGB V geregelt. Das Ziel der Qualitätsverträge ist es gemäß der gesetzlichen Vorgaben zunächst zu erproben, inwieweit sich eine weitere Verbesserung der Versorgung mit stationären Behandlungsleistungen, insbesondere durch die Vereinbarung von Anreizen sowie höherwertigen Qualitätsanforderungen, erreichen lässt.⁵³⁹ Dabei können Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung frei verhandelt werden, wodurch Innovationen gefördert werden. Allerdings schränkt § 110a SGB V die Vereinbarung von Qualitätsverträgen auch ein.

383. Eine Eingrenzung ergibt sich durch die Vorgabe der Leistungsbereiche, für welche Qualitätsverträge abgeschlossen werden können. Die Leistungen, für die eine bessere Qualität erzielt werden soll, werden gemäß § 136b Abs. 1 Nr. 4 SGB V vom G-BA beschlossen. Bisher konzentriert sich die Erprobung auf vier Leistungen bzw. Leistungsbereiche, die der G-BA am 18. Mai 2017 vorgegeben hat.⁵⁴⁰ Es handelt sich dabei um i) die Gelenkversorgung bei Prothesen, ii) die Prävention von Bewusstseinsstörungen, welche bei älteren Patientinnen und Patienten nach Operationen auftreten können, iii) die Entwöhnung von Beatmungsgeräten bei langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten sowie um iv) die stationäre Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung.⁵⁴¹ Diese Leistungsbereiche basieren auf einer Auswahl, die das IQTIG im Auftrag des G-BA getroffen hat.⁵⁴² Dabei berücksichtigte das IQTIG gemäß seinem Auftrag ausschließlich bereits etablierte oder zumindest zur Verfügung stehende Maßnahmen der Qualitätssicherung.

⁵³⁹ § 110a Abs. 1 Satz 2 SGB V.

⁵⁴⁰ G-BA, Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung der Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V für Qualitätsverträge nach § 110a SGB V, Berlin, 18. Mai 2017.

⁵⁴¹ i) Endoprothetische Gelenkversorgung, ii) Prävention des postoperativen Delirs bei der Versorgung von älteren Patientinnen und Patienten, iii) Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten sowie iv) Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus.

⁵⁴² Eine Begründung für die festgelegten Leistungsbereiche findet sich in: G-BA, Tragende Gründe des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung der Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V für Qualitätsverträge nach § 110a SGB V, Berlin, 18. Mai 2017.

384. Darüber hinaus geben der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft weitere verpflichtende Rahmenbedingungen vor. Hierzu zählen insbesondere Qualitätsanforderungen und mit den Qualitätsverträgen zu erreichende Qualitätsziele. Im Einzelnen gehen die qualitativen Vorgaben für die jeweiligen Leistungsbereiche aus dem Evaluierungskonzept des IQTIG hervor.⁵⁴³ Beispielsweise ist bei Qualitätsverträgen im Leistungsbereich (iii) der Entwöhnung von Beatmungsgeräten das vorrangige Ziel, nicht indizierte Langzeitbeatmung im außerklinischen Bereich und damit beatmungsbedingte Komplikationen zu vermeiden. Für die Schließung von Qualitätsverträgen in diesem Leistungsbereich gilt etwa die Zertifizierung der Intensivstation eines Krankenhauses über eine Fachgesellschaft als Grundvoraussetzung. Daneben gibt es eine Reihe von Indikatoren, über die etwa der Anteil der langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten gemessen wird.⁵⁴⁴ Ziel eines Qualitätsvertrages kann beispielsweise sein, die Entwöhnungsrate der langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten zu erhöhen. Für die weiteren Leistungsbereiche sind in ähnlicher Weise Kennziffern und Ziele vorgegeben.

385. Neben den Qualitätsanforderungen sind Vorgaben zum Inhalt und der Struktur der Qualitätsverträge, zu der technischen Umsetzung und zu den notwendigen Datenerhebungen für die Evaluierung festgehalten.⁵⁴⁵ Darüber hinaus besteht ein weiter Verhandlungsspielraum für die Vertragspartner.

386. Die Vorgaben für den Abschluss von Qualitätsverträgen beziehen sich somit vor allem auf qualitative Anforderungen und weniger auf die Art der Anreize. Ein Grund, warum das Interesse der Krankenkasse am Abschluss von Qualitätsverträgen vergleichsweise gering ist, könnte der Umstand sein, dass die Qualitätsverträge in der Erprobungsphase auf sehr spezielle Leistungsbereiche und Anforderungen begrenzt werden.

5.3.2.2 Erprobung nimmt nur langsam zu

387. Die bisher in Deutschland gemachten Erfahrungen mit Qualitätsverträgen sind gering.⁵⁴⁶ Seit Einführung der Verträge im Jahr 2017 wurden insgesamt weniger als 40 Verträge erprobt, an denen 40 Krankenkassen (von insgesamt 109 Krankenkassen) und 42 Krankenhäuser (von insgesamt 1900 Krankenhäusern) beteiligt waren.⁵⁴⁷ Abbildung 5.6 zeigt die Anzahl der erprobten Qualitätsverträge für die vier Leistungsbereiche anhand ihrer Vertragslaufzeit auf. Eine Evaluierung der bestehenden Verträge zu möglichen Qualitätssteigerungen dürfte auf

⁵⁴³ Vgl. G-BA, Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe zur Veröffentlichung des Abschlussberichts des IQTIG zum Evaluationskonzept zur Untersuchung der Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Absatz 8 SGB V, Berlin, 21. Juni 2018, S. 12.

⁵⁴⁴ Ebenda, S. 39 ff.

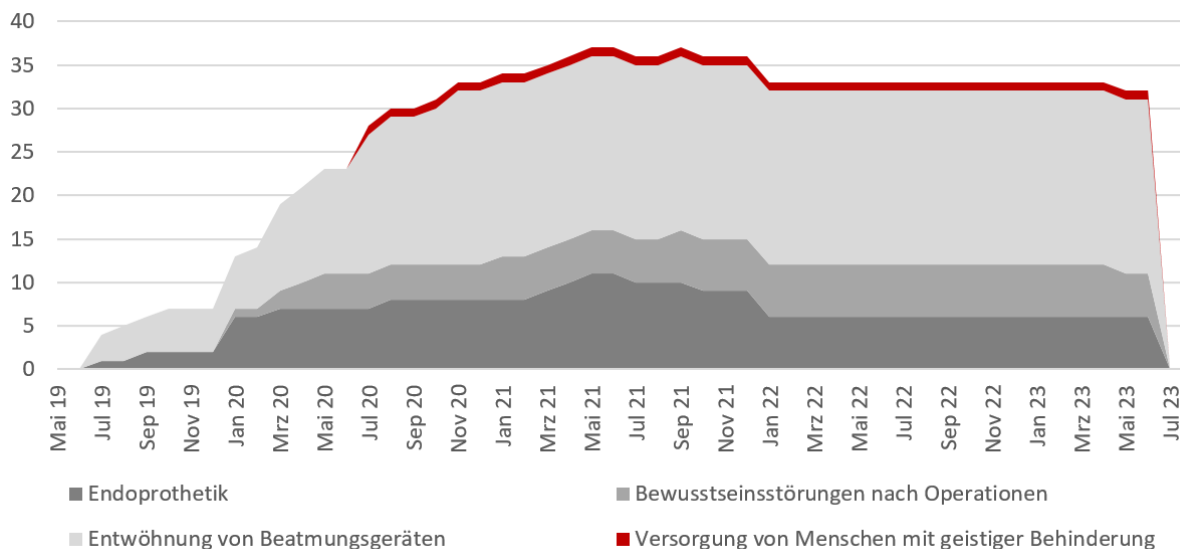
⁵⁴⁵ Vereinbarung über die verbindlichen Rahmenvorgaben nach § 110a Absatz 2 SGB V für den Inhalt der Qualitätsverträge nach § 110a Absatz 1 SGB V (Rahmenvereinbarung für Qualitätsverträge in der stationären Versorgung) vom 16.07.2018 geändert durch Änderungsvereinbarung vom 06.12.2021 zwischen dem GKV-Spitzenverband KdÖR, Berlin und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin.

⁵⁴⁶ BMG, Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung vom 23. Oktober 2020.

⁵⁴⁷ Vgl. G-BA, Übersicht abgeschlossener Qualitätsverträge nach § 110a SGB V, Stand: 22. März 2022.

Basis dessen nicht aussagekräftig möglich sein, da die geringe Zahl der Erprobungen wenig Aufschluss über die bezweckten Qualitätsverbesserungen liefern kann.

Abbildung 5.6: Anzahl erprobter Qualitätsverträge zwischen Mai 2019 und Juli 2023



Quelle: G-BA, Übersicht abgeschlossener Qualitätsverträge nach § 110a SGB V. Stand: 22. März 2022.

388. Mit dem Ziel, Qualitätsverträge für Krankenkassen und Krankenhäuser attraktiver zu machen, wurden die gesetzlichen Vorgaben, insbesondere zu § 110a SGB V im Juli 2021 reformiert.⁵⁴⁸ Das Ziel der Stärkung der Qualitätsverträge und ihrer Erprobung soll über drei Anpassungen des Gesetzestextes erreicht werden: i) die stärkere Verbindlichkeit der Erprobung, ii) die Erweiterung der Erprobung auf vier zusätzliche Leistungsbereiche, iii) die Vorgabe eines Ausgabevolumens für die Krankenkassen.

389. Die Erprobung der Qualitätsverträge steht nach der Gesetzesanpassung nicht mehr im Ermessen der Beteiligten, sondern wird in § 110a Abs. 1 Satz 1 SGB V verbindlich vorgegeben.⁵⁴⁹ Hinzu kommt, dass die Vertragsparteien gemäß Absatz 1 Satz 6 dazu verpflichtet werden, die erforderlichen vertragsbezogenen Daten an das IQTIG zu übermitteln. Zur Steigerung der Sichtbarkeit der Qualitätsverträge veröffentlicht der G-BA seit Dezember 2021 monatlich einen Überblick über die abgeschlossenen Qualitätsverträge. Dem Überblick sind die Qualitätsziele wie auch die einzelnen Vertragspartner spezifischer Qualitätsverträge zu den Leistungsbereichen zu entnehmen.⁵⁵⁰

390. Außerdem sollen mehr Leistungsbereiche definiert werden, für die Qualitätsverträge zur Erprobung abgeschlossen werden können. § 136b Abs. 1 Nr. 4 SGB V sieht vor, dass der G-BA

⁵⁴⁸ Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) vom 11. Juli 2021, BGBl. Teil I Nr. 44 vom 19. Juli 2021.

⁵⁴⁹ Vgl. Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSKG), vom 10. Dezember 2015, BGBl. Teil I Nr. 51 vom 17. Dezember 2015; Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz, a. a. O.

⁵⁵⁰ Der Überblick zu abgeschlossenen Qualitätsverträgen ist auf den Internetseiten des G-BA zu finden, G-BA, Qualitätsverträge zwischen Krankenkassen und Kliniken, <https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/weiterebereiche/leistungsbereiche-qualitaetsvertraege/>, Abruf am 3. März 2022.

bis zum 31. Dezember 2023 vier zusätzliche Leistungsbereiche oder Leistungen für die Erprobung von Qualitätsverträgen öffnet.

391. Schließlich wird den Krankenkassen konkret vorgegeben, für das Jahr 2022 EUR 0,30 pro Patientin und Patient für Qualitätsverträge zu verausgaben.⁵⁵¹ Ein Unterschreiten des festgelegten Ausgabevolumens hat zur Folge, dass die Krankenkassen den Differenzbetrag im nachfolgenden Jahr an den Gesundheitsfonds zahlen müssen. Somit wird mit der Regelung verhindert, dass Krankenkassen aus einer Untätigkeit bei der Erprobung finanzielle Vorteile ziehen. Die Regelung soll die Umsetzung der Erprobungsregelung stärken, indem sie Krankenkassen finanzielle Unterstützung bei der Umsetzung, insbesondere der Finanzierung des zusätzlichen Verwaltungsaufwands, einräumt.⁵⁵² Ein Unterschreiten des Ausgabevolumens, z. B. durch günstigere Konditionen oder durch eine kostengünstigere Umsetzung ist nicht vorgesehen und wird hierbei nicht gefördert.⁵⁵³

392. Seit Februar 2021 ist die Anzahl abgeschlossener Verträge über die gesetzliche Verbindlichkeit zur Erprobung durch das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz nicht wesentlich angestiegen. Abzuwarten bleibt, ob durch die Hinzunahme weiterer Leistungsbereiche, die bis zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht erfolgt ist, bis zum Ende der Evaluierungszeit im Jahr 2028 die Anzahl der Verträge soweit zugenommen hat, dass eine Auswertung der Qualitätswirkungen vorgenommen werden kann. Zu befürchten ist, dass die vorgenommenen Gesetzesänderungen das grundsätzliche Problem, dass die Vertragsparteien ein eingeschränktes Interesse an dem Abschluss von Qualitätsverträgen haben, nicht lösen wird.

5.3.2.3 Qualitätsverträge an Krankenhauswahltarife koppeln

393. Die geringe Anzahl an abgeschlossenen Qualitätsverträgen deutet darauf hin, dass die Vertragsparteien nur wenig Anreize haben, solche Vereinbarungen zu schließen. Ein Vertragsabschluss setzt voraus, dass sich beide Parteien durch den Vertrag besserstellen. So sollten Krankenhäuser wie auch Krankenkassen einen zusätzlichen Nutzen aus einem geschlossenen Qualitätsvertrag erwarten. Krankenhäuser haben ein Interesse am Abschluss von Qualitätsverträgen, wenn sie damit ihre Einnahmen über das Ausmaß der damit gegebenenfalls verbundenen Kostensteigerungen hinaus erhöhen können. Krankenkassen haben hingegen einen Anreiz Qualitätsverträge abzuschließen, wenn dabei Kosteneinsparungen entstehen. Dies setzt voraus, dass die vereinbarten Qualitätsanforderungen etwa dazu führen, dass beispielsweise Nachbehandlungen entfallen. Das Interesse an dem Abschluss von Qualitätsverträgen kann bei Krankenkassen auch dadurch steigen, dass die Anzahl ihrer Versicherten steigt. Dies wäre dann der Fall, wenn die Versicherten wegen der Qualitätsverträge eine höherwertige Versorgung

⁵⁵¹ Nach einer Dynamisierungsregelung ist vorgesehen, dass dem Wertverlust des vorgegebenen Betrags für die Erprobungsphase der Qualitätsverträge entgegenwirkt wird.

⁵⁵² Qualitätsverträge können finanzielle Zahlungen an Krankenhausträger im Gegenzug für bessere Qualität vorsehen. Eine finanzielle Anreizwirkung ist allerdings nicht gesetzlich vorgegeben. Daher bezieht sich das Ausgabevolumen insbesondere auf die zusätzlichen Verwaltungs- bzw. Umsetzungskosten für Krankenkassen.

⁵⁵³ Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG), BT-Drs. 19/26822 vom 19. Februar 2021, S. 52.

genießen können als im Fall, dass sie bei einer Krankenkasse ohne Qualitätsverträge versichert wären.

394. Ein Problem, was dem Abschluss von Qualitätsverträgen entgegenstehen kann, ist, dass vertraglich vereinbarte Qualitätsverbesserungen nicht nur den Versicherten der vertragsschließenden Krankenkasse, sondern allen Patientinnen und Patienten zugutekommt. Ein Beispiel hierfür ist die Zertifizierung einer Intensivstation für die Vertragsschließung im Bereich Langzeitbeatmung. Bei dieser und bei ähnlichen strukturellen wie auch prozessualen Anforderungen können Krankenhäuser kaum zwischen Patientinnen und Patienten unterschiedlicher Versicherungen unterscheiden. Aus Sicht der Krankenkassen dürfte daher nur ein eingeschränktes Interesse an entsprechenden Qualitätsvereinbarungen bestehen, wenn die Mitglieder konkurrierender Krankenkassen ebenfalls in den Genuss der Qualitätsverbesserungen kommen, ohne dass deren Krankenkasse dafür Aufwendungen hat.⁵⁵⁴ Die Problematik könnte nach der Erprobungsphase reduziert werden, indem die Rahmenvorgaben keine Einschränkungen zu Qualitätsanforderungen mehr vorsehen sollten. So könnten Krankenkassen und Krankenhäuser eigenständig über Inhalte der Verträge, insbesondere über Qualitätsanforderungen entscheiden.

395. Ein weiteres Problem ist allerdings, dass Krankenkassen nur bedingt einen Einfluss darauf haben, in welchem Krankenhaus ihre Mitglieder behandelt werden. Um Qualitätsverträge für beide Vertragspartner attraktiver zu gestalten, müsste eine Verknüpfung zwischen den Verträgen und dem Versicherungsmarkt hergestellt werden. Hierzu sollten die Krankenkassen Gelegenheit bekommen, aus selektiv kontrahierten stationären Versorgungsleistungen attraktive Angebote auf dem Versicherungsmarkt zu entwickeln. Auf diese Weise könnten die Krankenkassen sicherstellen, dass die in Qualitätsverträgen verhandelten qualitativ besseren stationären Leistungen von den Versicherten in den Vertragskrankenhäusern genutzt würden.

396. Im ambulanten Bereich bestehen ähnliche Möglichkeiten bereits über die Wahltarife gemäß § 53 SGB V. So ist es Krankenkassen möglich, für besondere Versorgungsformen spezifische Wahltarife anzubieten. Versicherte, die sich für diese Wahltarife entscheiden, verpflichten sich, die entsprechenden Leistungen bei den ausgewählten Ärztinnen und Ärzten wahrzunehmen. Im Gegenzug hierfür profitieren sie von den besseren Leistungen und gegebenenfalls günstigeren Konditionen.

397. Auf Wahltarife und mögliche Weiterentwicklungen dieser Tarife der gesetzlichen Krankenversicherung ist die Monopolkommission bereits in ihrem Sondergutachten zum Krankenversicherungsmarkt im Jahr 2017 eingegangen.⁵⁵⁵ Auch für den Krankenhausbereich könnte eine Möglichkeit geschaffen werden, Wahltarife weiterzuentwickeln. Zu empfehlen ist daher die Kopplung der Qualitätsverträge an einen Wahltarif. Versicherte könnten sich über einen entsprechenden Tarif für die von den Krankenkassen vereinbarten besseren Versorgungsleistungen entscheiden. Dafür würden die Krankenkassen die Krankenhauswahl für elektive Behandlungen auf die Krankenhäuser beschränken können, mit denen ein Qualitätsvertrag ver-

⁵⁵⁴ Dies wird häufig auch als Trittbrettfahrerproblem bezeichnet.

⁵⁵⁵ Monopolkommission, Sondergutachten 75, a. a. O.

handelt wurde. Versicherte, die einen entsprechenden Wahltarif haben, werden dadurch in ihrer Auswahl zunächst auf entsprechende Vertragskrankenhäuser beschränkt. Sollten Versicherte, die einen solchen Tarif wählen, ein anderes Krankenhaus aufsuchen wollen, stände ihnen dies über ein Entgelt für die Krankenhausbehandlung frei. Mit der Möglichkeit, Wahltarife zu vereinbaren, würden den Krankenkassen und Krankenhäusern somit zusätzliche Anreize für Qualitätsverträge geschaffen werden.

Kapitel 6

Empfehlungen für die Weiterentwicklung der deutschen Krankenhausversorgung

398. Die deutsche Krankenhausversorgung soll eine Reihe von gesellschaftlich vordefinierten Zielen erfüllen. Hierzu zählen die Gewährleistung einer flächendeckenden, qualitativ hochwertigen und zugleich finanziell tragfähigen Versorgung. Ein geeignetes Zusammenspiel von Planung und Wettbewerb ist entscheidend, damit diese Ziele erreicht werden können. Mit der vorliegenden Untersuchung zeigt die Monopolkommission, dass eine Krankenhausreform, die darauf abzielt, bestehende Konflikte zwischen diesen beiden Organisationsmechanismen aufzulösen und beide Bereiche in ihrem jeweiligen Wirkungsspektrum zu stärken, gute Voraussetzungen bietet, um die an die Krankenhausversorgung gestellten Ziele effektiver zu erfüllen.

399. Wettbewerb kann im Krankenhaussektor in vielerlei Ausprägungen vorkommen. Derzeit nimmt in Deutschland vor allem der Wettbewerb um die Gewinnung von Patientinnen und Patienten eine wichtige Rolle ein. Da die Preise für Behandlungen weitgehend reguliert sind, konzentriert sich dieser Wettbewerb vor allem auf Qualitätsmerkmale der Krankenhäuser. Krankenhäuser versuchen, durch ein qualitativ hochwertiges Angebot Patientinnen und Patienten zu gewinnen. Indem sie sich dazu am Behandlungsbedarf der Patientinnen und Patienten orientieren, tragen sie auch selbstständig zur Bedarfsdeckung bei.

400. Planerische und regulierende Eingriffe in die wettbewerbliche Selbstorganisation der Krankenhausmärkte können dann geboten sein, wenn etwa lokal ein bestimmter Umfang an Krankenhausleistungen bestimmter Qualität gewünscht wird und sich dieser nicht durch die eigenwirtschaftlichen Aktivitäten der Krankenhäuser selbstständig einstellt. Immer dann, wenn das wettbewerbliche System den an die Krankenhausversorgung gestellten gesellschaftlichen Anforderungen nicht in jedem Punkt nachkommen kann, besteht das Risiko einer Unter-, Über- oder qualitativen Fehlversorgung. Anhand dieser Probleme soll der Reformbedarf wie folgt aufgezeigt werden.

Unterversorgung: System der Bedarfsplanung gezielter, wirksamer und wettbewerbskonformer ausrichten

401. Die Versorgungssicherstellung ist eine Kernaufgabe der Bundesländer. Die jeweils zuständigen Planungsbehörden erheben hierzu in regelmäßigen Abständen den Bedarf an Krankenhausleistungen. Dazu werden die (erwarteten) Bedarfe kalkuliert. Rechtlicher Ansatzpunkt für Eingriffe der Krankenhausplanung zur Vermeidung einer Unterversorgung ist die Durchsetzung dieser Bedarfskalkulation. Parallel zu diesem zentralen Vorgang sind Krankenhäuser auch selbst bemüht und durch den Wettbewerb gefordert, ihr Angebot bestmöglich an den Bedarf anzupassen. Die zentrale Bedarfsplanung der Behörden und die eigenverantwortliche (dezentrale) Bedarfsplanung der Krankenhäuser stehen damit potenziell in einem Konflikt. Denn die eigenständige Anpassung an den Bedarf durch die Krankenhäuser kann nicht wirksam erfolgen, wenn die Krankenhäuser zugleich an fixe Vorgaben der Krankenhausplanung gebunden sind. Umgekehrt ist auch die Wirksamkeit der Planung in Frage zu stellen, wenn diese im We-

sentlichen daran anknüpft, Wettbewerbsprozesse im Krankenhausplan nachzuvollziehen. Dieser Konflikt sollte mittels einer Anpassung der gesetzlichen Grundanlage für die Bedarfsplanung aufgelöst werden, indem im KHG die Aufgaben der Organisationsmechanismen klarer zugeordnet werden. Die Krankenhäuser sollten einen Spielraum erhalten, um die Versorgungskapazitäten selbstständig im Wettbewerb zu bestimmen, während die zentrale Bedarfsplanung darauf ausgerichtet werden sollte, eine eventuell auftretende Unterversorgung gezielt abzustellen.

- *Im KHG sollte die Bedarfsplanung der Länder zielgerichteter angelegt werden, um außerhalb dieses Zielbereichs Raum für Wettbewerb zu schaffen. Statt fixer Bedarfe, die theoretisch bei Über- und Unterschreitung Handlungsbedarf auslösen, sollten die Krankenhausplanungen eine **Sicherstellungsgrenze** definieren, die nur bei deren Unterschreitung zu gezielten Eingriffen der Planung führt. (Siehe zu einem möglichen Korridor und einer Obergrenze auch die Empfehlung in Tz. 406) Die Krankenhausplanungen könnten zur Kalkulation der Sicherstellungsgrenze den zur Sicherstellung notwendigen Bedarf klarer als bisher definieren (z. B. mittels differenzierter Entfernungsregeln, welche die Flächendeckung eindeutig definieren) und gezielt tätig werden, wenn diese Grenze unterschritten wird. (ausführlich dazu Abschnitt 4.2.2.4)*

402. Im Fall der Unterschreitung eines durch die Landeskrankenhausplanungen ermittelten Bedarfs an stationären Versorgungskapazitäten benötigen die Landesbehörden außerdem wirksame Instrumente, um ein Versorgungsdefizit beheben zu können. Derzeit bestehen solche Möglichkeiten nur in einem sehr begrenzten Umfang. Die Behörden verfügen weder über zielgenaue rechtliche noch über finanzielle Eingriffsmöglichkeiten. Zur Verringerung eines Fehlbedarfs suchen sie deshalb die Zusammenarbeit mit den Krankenhausträgern, z. B. über einen Planungsausschuss. Bleibt diese Abstimmung erfolglos, dann können sie auf die – in der Praxis bisher selten angewendete – Sicherstellungsverpflichtung der kommunalen Gebietskörperschaften zurückzugreifen. Letztere sind dann verpflichtet, eine Unterversorgung zu beheben, indem sie eigene öffentliche Krankenhäuser betreiben und ein mögliches finanzielles Defizit selbst ausgleichen. Zugleich entstehen auf diese Weise Angebotsnachteile bzw. Finanzierungsvorteile kommunaler Krankenhäuser im Wettbewerb. Um diesem Problem abzuhelpfen, bedarf es der Einführung eines von den Krankenhausplanungen gezielt einsetzbaren und wettbewerbskonformen Instruments, mit dem sie den vorab definierten Bedarf sicherstellen können.

- *Es ist zu empfehlen, im Landesrecht das Vorgehen der Planungsbehörden im Fall einer Unterversorgung klar zu regeln. Zur Vermeidung einer Unterversorgung sollte zunächst weiterhin die Zusammenarbeit mit den Krankenhausträgern stehen. Sollte sich die Unterversorgung nicht abstellen lassen, sollte den Planungsbehörden ein neues wettbewerbskompatibles Instrument zur Verfügung gestellt werden, um das benötigte Leistungsangebot zu beschaffen. Dies sollte im Rahmen von **Ausschreibungen** einer Förderungssumme (sog. Sondervorhaltezuschlag, siehe Tz. 404) erfolgen, durch die die konkrete Unterversorgung in einer Region gedeckt würde. Nur in Ausnahmefällen wäre es erforderlich, auf den Sicherstellungsauftrag der Kommunen und die Finanzierung durch Defizitausgleiche zurückzugreifen. Um den Defizitausgleich einzuschränken, sollte dieser*

die Erstellung eines Konzeptes zur Finanzierungstabilisierung durch die begünstigten Krankenhäuser voraussetzen. (ausführlich dazu Abschnitte 4.2.3.1 und 4.3.1.3)

403. Mangels wirksamer anderer Instrumente nutzen die Planungsbehörden der Länder heute überwiegend die (zum Teil enge) Zusammenarbeit mit den Krankenhausträgern, um die Bedarfsziele zu erreichen. Solche Kooperationen können die Versorgung, z. B. durch die Organisation von Notfallnetzwerken, nachhaltig verbessern. Beispiele zeigen allerdings auch, dass einzelne Kooperationen weit über das effiziente aber auch kartellrechtlich zulässige Maß hinausgehen und den Wettbewerb damit einschränken können. Ein Grund, weshalb in der Praxis unzulässige Absprachen zustande kommen, dürfte in einer zu geringen Kenntnis über kartellrechtliche Anforderungen und der schädlichen Wirkung strategischer Marktabsprachen zu suchen sein. Dem sollte entgegengewirkt werden.

- *Es wird vorgeschlagen, den Informationsaustausch zwischen den Krankenhausplanungs- und Landeskartellbehörden zu verbessern, indem die Sitzungsprotokolle der Planungsausschüsse grundsätzlich der zuständigen **Landeskartellbehörde** vorzulegen sind. Dies wäre im Landesrecht zu regeln. Der Bundesregierung wird empfohlen, hierauf im Rahmen der im Koalitionsvertrag vorgesehenen Gespräche mit den Bundesländern hinzuwirken. Zugleich sollte – entsprechend zu den Anträgen aus Mitteln des Strukturfonds gem. § 12a Abs. 1 Satz 4 KHG – jedem Antrag auf Aufnahme in den Krankenhausplan eine kartellrechtliche **Unbedenklichkeitserklärung** beigefügt werden. Hierfür kommt eine Regelung in § 8 KHG in Frage. (ausführlich dazu Abschnitt 4.2.4)*

404. Um zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung beizutragen, sind neben den planerischen Tätigkeiten der Krankenhausplanungen auch die Finanzierungsmechanismen neu auszurichten. Das seit den 1970er Jahren angewandte dualistische System der deutschen Krankenhausfinanzierung sieht eine Finanzierung der Investitionskosten durch die Länder und der Betriebskosten durch die Krankenversicherungen vor. Dieser Ansatz ist heute zur wirksamen Versorgungssteuerung nicht mehr geeignet. Die Investitionskostenförderung erlaubt in ihrer gegenwärtigen Ausgestaltung keinen gezielten Einsatz zur Finanzierung von Krankenhäusern unter schwierigen strukturellen Voraussetzungen. Es besteht keine klare Verbindung der Investitionskostenförderung zur Durchsetzung der Bedarfsplanung. Demgegenüber finanzieren die Krankenversicherungen verschiedene Instrumente der Versorgungssicherstellung (z. B. Sicherstellungszuschläge). Diese bundeseinheitlichen Zuschläge sind folglich kaum auf den landespolitisch vorzugegebenen, flächendeckenden lokalen Mindestumfang an Krankenhausleistungen hin adjustiert. Ihr finanzieller Umfang ist für eine wirksame Sicherstellung zudem zu gering. Es ist deshalb zu empfehlen, die Dualistik in der Krankenhausfinanzierung neu zu gestalten.

- *Eine sachgerechtere Zweiteilung der Krankenhausfinanzierung sähe auf der einen Seite – wie bisher – ein wettbewerbsadäquates Instrument (DRG-Fallpauschalen) vor. Auf der anderen Seite müsste jedoch durch **Vorhaltezuschläge** ein Instrument zur Versorgungssteuerung neu geschaffen werden. Der Vorhaltezuschlag sollte streng als distributiver Mechanismus ausgestaltet sein, der sich allein auf Kostenparameter bezieht, die sich in dem auf allgemeinen Kosten basierenden einheitlichen DRG-System nicht abbilden lassen, aber zur Sicherstellung eines vom Land festgelegten Versorgungsniveaus notwen-*

dig sind. Der Vorhaltezuschlag könnte zu einem fixierten Anteil durch die Krankenversicherungen getragen werden. Die Länder könnten diesen Anteil auf dem Niveau der bisherigen Investitionskostenförderung aufstocken. Sie sollten Parameter des Vorhaltezuschlages auf eigene politische Wünsche bei der Versorgungssicherstellung anpassen und durch die o. g. zielgerichteten Ausschreibungen einer Fördersumme (Sondervorhaltezuschlag, siehe Empfehlung in Tz. 402) ergänzen können. Zugleich könnte die bisherige Investitionskostenfinanzierung in das Fallpauschalensystem eingegliedert und zukünftig durch die Krankenversicherungen getragen werden. (Die Möglichkeit, Investitionskosten einzelnen Fällen zuzurechnen, ist durch die bisher optional von den Ländern nutzbaren leistungsorientierten Investitionsfallpauschalen technisch bereits gegeben.) Das Niveau der neuen DRG--Fallpauschalen wäre so anzupassen, dass hiermit keine Kosten gedeckt werden, die zukünftig aus Vorhaltezuschlägen finanziert werden. Dadurch könnte das Gesamtfinanzierungsniveau bestehend aus DRG-Fallpauschalen und Vorhaltezuschlägen grundsätzlich dem bisherigen entsprechen; ebenso könnten die Finanzierungsanteile durch die Krankenversicherungen und die Länder im Grundsatz beibehalten werden. (ausführlich dazu Abschnitt 4.3.2)

Übersorgung: Fallpauschalensystem prüfen, Krankenhausplanung ertüchtigen

405. Mit dem deutschen DRG-Fallpauschalensystem besitzt das Vergütungssystem deutscher Krankenhäuser ein wettbewerbles Grundelement. Indem die Vergütung mittels dieser Fallpauschalen in Relation zu den behandelten Fällen steht, entscheiden die Patientinnen und Patienten faktisch darüber mit, welches Krankenhaus und welches Leistungsangebot eine Finanzierung erhält. Allerdings ist das Fallpauschalensystem durch zahlreiche Anpassungen in den vergangenen Jahren zunehmend komplexer geworden. Die Berechnung der Bewertungsrelationen durch das Institut für Entgeltsysteme im Krankenhaus (InEK) ist zudem nicht vollständig transparent und die Ausrichtung als wettbewerbsnahes Vergütungsinstrument ist nicht mehr klar überprüfbar. Für das Entgeltniveau besteht insbesondere keine Orientierung an einem Regulierungsstandard, z. B. den mittleren Behandlungskosten. Letztere werden zwar vom InEK erhoben, aber nicht veröffentlicht. Es ist deshalb nicht auszuschließen, dass heute auch strukturelle Ineffizienzen und Überkapazitäten in der Krankenhauslandschaft vorliegen, die auf die Finanzierung durch das Fallpauschalensystem zurückzuführen sind. Da das Fallpauschalensystem im Krankenhaussektor für den Wettbewerb der Krankenhäuser eine ähnliche Bedeutung wie z. B. der Risikostrukturausgleich für den Wettbewerb der Krankenkassen besitzt, ist eine Überprüfung notwendig.

- *Die Ausrichtung der DRG-Finanzierung und ihre Kompatibilität mit wettbewerblchen Anforderungen sollten überprüft werden. Nach dem Vorbild des wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs wäre zu empfehlen, vor diesem Hintergrund einen spezifischen **wissenschaftlichen Beirat** zur Weiterentwicklung des deutschen Fallpauschalensystems beim Bundesministerium für Gesundheit zu schaffen. (ausführlich dazu Abschnitt 4.1.4)*

406. Ein Teil der Aufgabe von Krankenhausplanungsbehörden ist es, möglichen Überkapazitäten entgegenzuwirken. Im Rahmen der aktuellen rechtlichen Konzeption der Eingriffsbefugnis-

se sind die Behörden jedoch nur bedingt handlungsfähig. Ein Grund dafür ist, dass im System der Bedarfsplanung die Feststellung einer bestehenden Überversorgung ebenso wie die einer Unterversorgung an die derzeit bestehende Ermittlung eines fixen Bedarfs gebunden ist. Eine solche Bedarfsermittlung schließt wettbewerbliche Spielräume für die Krankenhäuser aus. Jüngere Urteile schränken die Möglichkeiten der Planungsbehörden, gegen kurzfristige Überschreitungen dieses Bedarfs vorzugehen, aus guten Gründen ein. So ist eine Bedarfsgrenze, ab der eine Überversorgung anzunehmen ist, nicht ohne weiteres zu ermitteln.

- *Die wirksame Ermittlung einer möglichen Überversorgung setzt eine verbesserte Grundkonzeption der Bedarfsermittlung voraus. Die Länder sollten daher eine **Bedarfsobergrenze** definieren. Diese sollte hilfsweise in Relation zu der zuvor für die Erneuerung der Bedarfsplanung ebenfalls vorgeschlagenen Sicherstellungsgrenze (siehe Empfehlung in Tz. 401) festgelegt werden (z. B. immer 20 Prozent über dieser). (ausführlich dazu Abschnitt 4.2.2.4).*

407. Wird eine Überversorgung durch Krankenhausplanungsbehörden festgestellt, bedarf es klarer Entscheidungsgrundlagen. In der Praxis zeigt sich indes, dass hier verschiedene Rechtsunsicherheiten vorliegen können. Diese betreffen zunächst die Frage, welche Versorgungskapazitäten den Vorzug erhalten sollen. Bei einer Auswahlentscheidung können sich die Behörden im Grundsatz auf Bedarfskriterien (Erforderlichkeit zur flächendeckenden Versorgung) und Qualitätskriterien (qualitativ bestes Angebot) stützen, zu denen es in vielen Bundesländern jedoch keine landesrechtlichen Konkretisierungen gibt. Rechtsunsicherheiten können auch bei der darauffolgenden Durchsetzung einer getroffenen Auswahlentscheidung bestehen. Die Krankenhausplanungsbehörden haben zwar grundsätzlich die Möglichkeit, Versorgungskapazitäten aus dem Krankenhausplan herauszunehmen, indem sie den Feststellungsbescheid über den Versorgungsauftrag zurücknehmen oder widerrufen. Eine gesetzliche Regelung dazu existiert bisher aber nur in wenigen Bundesländern.

- *Um eine gegebenenfalls notwendige **Auswahlentscheidung** über die in den Krankenhausplan aufzunehmenden Anbieter rechtssicher und wettbewerbskonform zu gestalten, sollten relevante Entscheidungsgesichtspunkte im Landesrecht festgehalten werden. Bundesländern, welche die Rücknahme bzw. den Widerruf eines Feststellungsbescheides über die Aufnahme in den Krankenhausplan nicht explizit geregelt haben, ist zu empfehlen, eine solche Regelung zu schaffen (ausführlich dazu Abschnitt 4.2.3.2).*

Qualitative Fehlversorgung: Qualitätstransparenz erhöhen, Qualitätsvorgaben wettbewerbskompatibel ausgestalten

408. Ein weiteres relevantes Aufgabenfeld der Krankenhausplanungsbehörden betrifft die Qualitätssicherstellung. Führt der Wettbewerb nicht zu einer hinreichenden Qualität und wird die Qualität nicht durch obligatorische Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) – z. B. im Bereich Mindestmengen – gesichert, sind die Landesbehörden in der Pflicht, eine eigene Qualitätssicherung zu betreiben. Hierzu mangelt es jedoch derzeit sowohl an der personellen Ausstattung vieler zuständiger Landesbehörden als auch an rechtssicheren Konzepten. Befugnisse der Behörden, bei Qualitätsmängeln den Krankenhäusern die Abrechnung einzelner Behandlungen (DRG) zu verbieten, bestehen nicht. Das im KHG angelegte Konzept,

eine Herausnahme aus dem Krankenhausplan bei Verletzung einzelner Qualitätsparameter (planQI) zu ermöglichen, wird in der Praxis als untauglich befunden, da sich der Betrieb ganzer Fachbereiche oder Krankenhäuser nicht hinreichend durch planQI abbilden lässt. Die Bundesländer reagieren auf diese Herausforderungen mit der planerischen Zuordnung der Krankenhäuser zu Versorgungsstufen bzw. neuerdings auch zu sog. Leistungsgruppen. Hierdurch lassen sich die Voraussetzungen für die Abrechenbarkeit (spezialisierte) Leistungen klarer bestimmen. Die Versorgungsstufenkonzepte sind gegenüber den Leistungsgruppenkonzepten gegebenenfalls einfacher anwendbar, schränken aber wettbewerbliche Aktivitäten ein, sodass Leistungsgruppenkonzepte als insgesamt vorteilhafter anzusehen sind. Neben der Anwendung solcher Versorgungsplanungskonzepte sollten Krankenhausplanungsbehörden vorzugsweise qualitative Auswahlentscheidungen treffen. Dies betrifft Einzelfälle, in denen durch eine Begrenzung beispielsweise der Fachabteilungen eine Qualitätssteigerung erreicht werden kann.

- *Bei der konzeptionellen Förderung von Qualität sollten die Länder ihre Planungskonzepte daraufhin prüfen, ob diese mit Einschränkungen des Wettbewerbs verbunden sind. Grundsätzlich erscheinen **Leistungsgruppenkonzepte** gegenüber **Versorgungsstufenkonzepten** vorzugswürdig. Sind im Einzelfall Begrenzungen von medizinischen Leistungsangeboten oder Reduzierungen von Krankenhausstandorten erforderlich, weil die mit höheren Fallzahlen bewirkten Qualitätssteigerungen die Qualitätsnachteile durch geringeren Wettbewerb überwiegen, könnten Krankenhausplanungen hier nach vordefinierten Kriterien Auswahlentscheidungen treffen. (ausführlich dazu Abschnitte 5.2.2 und 5.2.3)*

409. Der wichtigste Hebel, um Qualitätssteigerungen im Krankensektor zu erreichen, ist der Qualitätswettbewerb. Die Möglichkeit für Patientinnen und Patienten, ein Krankenhaus auszuwählen, kann bei den Krankenhäusern erhebliche Qualitätsanreize auslösen. Dem steht allerdings die immer noch zu geringe Transparenz medizinischer Versorgungsqualität gegenüber. Vor allem engagieren sich die Krankenversicherungen bisher zu wenig in der Qualitätsberatung und empfehlen ihren Versicherten meist keine einzelnen Leistungserbringer. Eigene Qualitätsauswertungen durch Analyse von Routinedaten, wie sie im Projekt QSR durch die AOKen gemacht werden, sind bisher noch eine Ausnahme. Die Versicherungen sehen darin noch keinen wesentlichen Wettbewerbsparameter.

- *Die Entscheidungsgrundlagen für Patientinnen und Patienten bei der Krankenhauswahl sollten verbessert werden. Der Schlüssel dazu ist eine verbesserte Transparenz über die medizinische Qualität. Hierzu kann vor allem die weitere Entwicklung von **Qualitätsindikatoren** und eine unter anderem darauf basierende Beratung der Krankenversicherten vor elektiven Behandlungen dienen. Die Krankenversicherungen sollten deshalb verpflichtet werden, ihren Versicherten bei der Krankenhauswahl auch eine individuelle Beratung anzubieten. Die Beratung und die eigene Analyse von Krankenhausqualität können so zu stärkeren Parametern im wettbewerblichen Leistungsangebot der Krankenversicherungen ausgebaut werden. Um die Datengrundlage für alle Krankenversicherungen zu verbessern, sollten zudem die bestehenden Vorschriften zum Forschungszentrum in den §§ 303a ff. SGB V erweitert werden. Hier sollten Auswertungen von Einzeldaten zur Entwicklung vergleichender Qualitätsindikatoren für konkrete Leis-*

tungserbringer durch Krankenversicherungen und Institutionen der Gesundheitsforschung ermöglicht werden. (ausführlich dazu Abschnitt 5.1.4.4)

410. Ein Grund für eine noch nicht hinreichende Entwicklung vergleichender Qualitätstransparenz ist außerdem, dass zentrale Initiativen zur Qualitätstransparenz derzeit in aller Regel über den G-BA koordiniert werden. Im G-BA sind die Leistungserbringer an den Entscheidungen über die „Kontrollierbarkeit“ der Qualität ihrer eigenen Leistung beteiligt, während Organisationen von Patientinnen und Patienten im Ausschuss über kein Stimmrecht verfügen. Dadurch ergeben sich Interessenkonflikte, die die Weiterentwicklung der zentralen Qualitätssicherung hemmen.

- *In Bezug auf die **zentrale Qualitätssteuerung und Messung** ist es geboten, den Einfluss der Leistungserbringer auf ihre eigene Qualitätstransparenz zu verringern. Der Bundesminister für Gesundheit könnte dazu die bei bestehender Rechtslage gegebene Möglichkeit nutzen und das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen selbst mit der Ausarbeitung entsprechender Initiativen beauftragen. Außerdem sollte geregelt werden, dass Expertisen des IQTIG, die durch den G-BA beauftragt werden, unverzüglich veröffentlicht werden. (ausführlich dazu Abschnitt 5.1.4.3)*

411. Eine weitere Möglichkeit, die Qualität der Krankenhausversorgung über wettbewerbliche Anreize zu verbessern, sind die in § 110a SGB V verankerten Qualitätsverträge. Damit schließen Krankenversicherungen individuell Verträge mit Leistungserbringern, die der Versorgung ihrer Versicherten zugutekommen. Den bereits gesetzlich verankerten Qualitätsverträgen war aufgrund von institutionellen Fehlern, wie einer starken Regulierung und einer fehlenden Anbindung an Wahltarife, bisher kein Erfolg beschieden.

- *Mittelfristig sollten die Konzepte zur Stärkung des Vertragswettbewerbs weiterentwickelt werden. Hierzu zählt insbesondere der Ansatz der **Qualitätsverträge**, der an die Möglichkeit des Angebotes von Krankenhauswahlтарifen gekoppelt werden sollte. (ausführlich dazu Abschnitt 5.3.2)*

