

Monopolkommission

Krankenhausversorgung nach Corona: Wettbewerb, Planung und Finanzierung neu organisieren

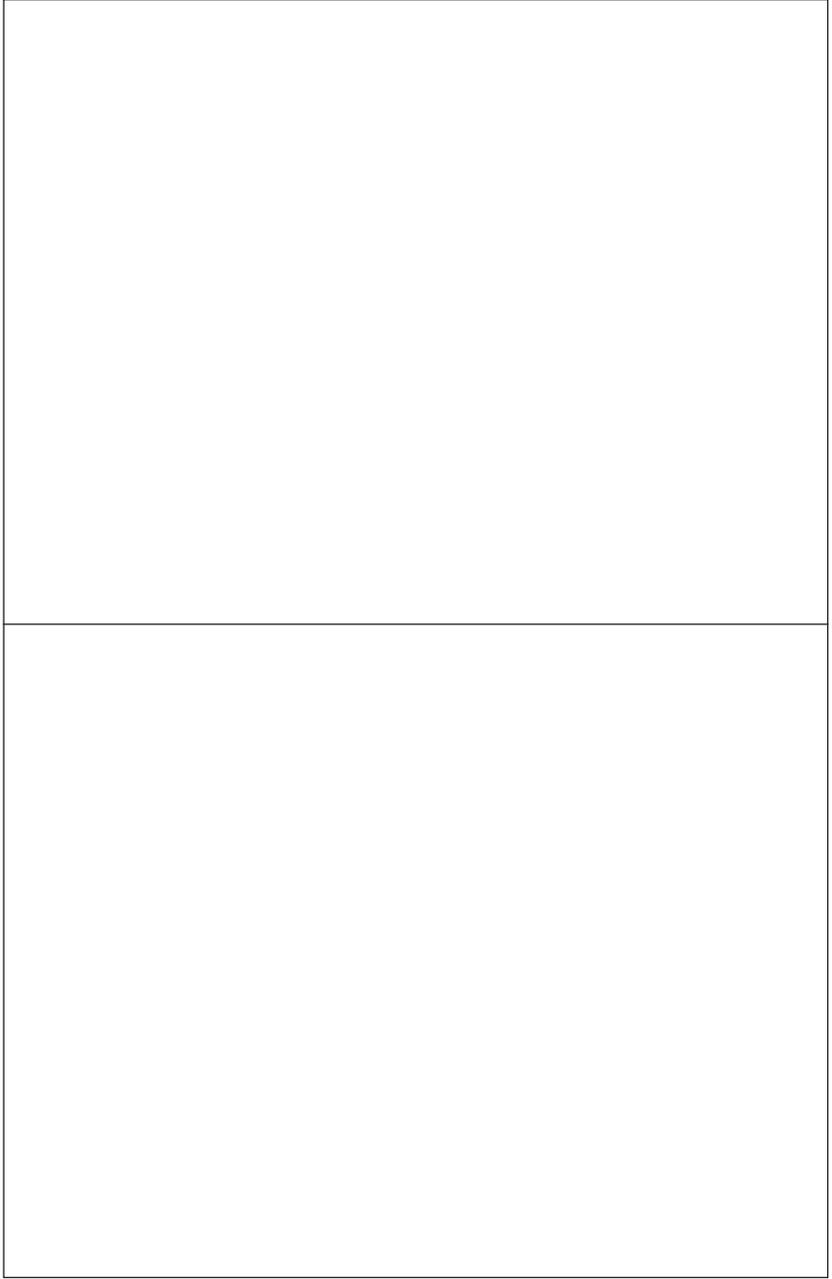
Sondergutachten 83

Gutachten der Monopolkommission gemäß § 44 Abs. 1 Satz 4 GWB

2022



Nomos



Monopolkommission

**Krankenhausversorgung nach Corona:
Wettbewerb, Planung und Finanzierung
neu organisieren**

Sondergutachten 83

Gutachten der Monopolkommission gemäß § 44 Abs. 1 Satz 4 GWB
2022



Nomos



Onlineversion
Nomos eLibrary

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-7560-0489-8 (Print)

ISBN 978-3-7489-3814-9 (ePDF)

1. Auflage 2022

© Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2022. Gesamtverantwortung für Druck und Herstellung bei der Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. Alle Rechte, auch die des Nachdrucks von Auszügen, der fotomechanischen Wiedergabe und der Übersetzung, vorbehalten. Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
Kurzfassung	3
Kapitel 1	
Krankenhauslandschaft im politischen Fokus.....	14
Kapitel 2	
Gesellschaftliche Ziele und Einflussmechanismen der deutschen Krankenhausversorgung.....	16
2.1 Die gesellschaftlichen Ziele der Krankenhausversorgung	16
2.2 Grundlegende Mechanismen zur Einflussnahme in Deutschland	22
2.2.1 Staatliche Versorgungssteuerung und Krankenhausplanung	22
2.2.2 Anreizmechanismen zur Versorgungssteuerung	24
2.2.3 Gestaltung durch den Wettbewerb	26
Kapitel 3	
Status Quo und Entwicklung zentraler Strukturmerkmale im deutschen Krankenhaussektor ..	29
3.1 Arten und besondere Merkmale der Krankenhäuser in Deutschland	29
3.2 Anzahl, regionale Verteilung und Spezialisierungsgrad der Krankenhäuser	34
3.3 Versorgungsqualität deutscher Krankenhäuser	42
3.4 Finanzielle Situation der Häuser	45
3.5 Herausforderungen durch die Covid-19-Pandemie.....	49
3.6 Verbesserungsbedarf bei strukturellen Gegebenheiten der Krankenhausversorgung.	51
Kapitel 4	
Sicherstellung eines flächendeckenden Versorgungsniveaus.....	53
4.1 Bedarf öffentlicher Versorgungsplanung aus wettbewerbsökonomischer Sicht.....	53
4.1.1 Rolle des Wettbewerbs bei der Deckung des Versorgungsbedarfs.....	53
4.1.2 aG-DRG-Fallpauschalen als wettbewerblicher Teil des Finanzierungssystems	55
4.1.3 Finanzierungsniveau bei Fallpauschalen könnte Grund für geringe Marktkonsolidierung sein	56
4.1.4 Regelmäßige Prüfung des Fallpauschalensystems durch wissenschaftlichen Beirat empfehlenswert.....	62

4.2	Einfluss der Krankenhausplanung.....	64
4.2.1	Rolle der Planung bei der Organisation der stationären Versorgung.....	64
4.2.2	Bestimmung des Versorgungsbedarfs als technischer Kern der Krankenhausplanung	68
4.2.2.1	Vorgehen der Länder bei der Bedarfsermittlung.....	68
4.2.2.2	Angewandte Methodik ermittelt Bedarf oft nur ungenau	72
4.2.2.3	Heutige Bedarfsplanung mit begrenzter Wirksamkeit	75
4.2.2.4	Empfehlung zur Weiterentwicklung hin zu einer Sicherstellungsgrenze.....	76
4.2.3	Defizite und Herausforderungen bei der Entscheidungsdurchsetzung.....	79
4.2.3.1	Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung durch Ausschreibungen ermöglichen.....	79
4.2.3.2	Rechtssichere Handlungsmöglichkeiten zur Verhinderung einer Überversorgung schaffen	83
4.2.4	Möglichkeiten und Grenzen der Koordination im Entscheidungsprozess.....	92
4.2.4.1	Absprachen zwischen Krankenhausträgern sind kartellrechtlich relevant	94
4.2.4.2	Verstoß der Landesbehörden gegen das sog. Loyalitätsgebot möglich.....	97
4.2.4.3	Entscheidungsprozesse transparenter gestalten	100
4.3	Bedeutung von Finanzierungsinstrumenten für die stationäre Versorgungssicherheit	102
4.3.1	Analyse bestehender Finanzierungsmechanismen	103
4.3.1.1	Investitionskostenförderung bei Plankrankenhäusern unzureichend	103
4.3.1.2	Zuschlagssysteme mit begrenzter Wirkung	109
4.3.1.3	Finanzierungssäule Defizitenausgleich mit wettbewerbsverzerrender Wirkung.....	115
4.3.2	Prospektive Sicherstellung der Krankenhausstrukturen durch Vorhaltezuschläge	122
4.3.2.1	Wettbewerbskompatible Ausgestaltung von Vorhaltezuschlägen nötig	122
4.3.2.2	Einbindung des Vorhaltezuschlags in eine Neuordnung des Finanzierungssystems.....	127

Kapitel 5

	Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung	129
5.1	Beitrag und Wirkung des Qualitätswettbewerbs zur Erreichung hoher Versorgungsqualität.....	129
5.1.1	Formen des Qualitätswettbewerbs im deutschen Krankenhaussektor	129

5.1.2	Internationale Studien zeigen Vorteile des Wettbewerbs abhängig vom Marktdesign	131
5.1.3	In Deutschland zielt der Qualitätswettbewerb nur begrenzt auf die Behandlungsqualität	135
5.1.4	Zahlreiche Hindernisse für Qualitätstransparenz in Deutschland	138
5.1.4.1	Bessere Vergleichbarkeit auf Basis von Qualitätsindikatoren herstellbar	138
5.1.4.2	Noch unzureichende Bedingungen für die Patientinnen und Patienten, um die Qualität von Krankenhäusern zu vergleichen	141
5.1.4.3	Interessenkonflikte beim G-BA erfordern veränderte Umsetzungsprozesse bei zentral gesteuerten Qualitätstransparenzinitiativen	144
5.1.4.4	Rolle der Krankenversicherungen in der vergleichenden Beratung stärken ..	148
5.1.5	Bundesregierung sollte den Qualitätswettbewerb gezielt intensivieren	151
5.2	Einfluss durch Qualitätsvorgaben des G-BA und der Krankenhausplanung	152
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 harmonisiert 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	174
5.2.3.2	Landesgesetzliche Regelung für Herausnahme von Krankenhäusern aus dem Plan zur Steigerung der Behandlungsqualität erforderlich	177
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	185
5.3.1	Qualitätssteigerung über Zu- und Abschläge auf DRG möglich	186
5.3.1.1	Erfahrung mit Pay-for-Performance-Ansätzen im Ausland	186
5.3.1.2	Zu- und Abschläge auf DRG in Deutschland ungenutzt	187
5.3.1.3	Qualitätsorientierte Vergütung weiterhin erforschen	188

5.3.2	Qualitätsverträge weiterentwickeln	189
5.3.2.1	Inhalte von Qualitätsverträgen für Erprobung vorgegeben	190
5.3.2.2	Erprobung nimmt nur langsam zu	192
5.3.2.3	Qualitätsverträge an Krankenhauswahltarife koppeln.....	194

Kapitel 6

Empfehlungen für die Weiterentwicklung der deutschen Krankenhausversorgung	196
--	-----

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 3.1: Verschiedene Krankenhaustypen im Überblick.....	30
Abbildung 3.2: Entwicklung der Krankenhaus- und Bettenanzahl von 2005 bis 2019	34
Abbildung 3.3: Verteilung der Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner auf Kreisebene.....	38
Abbildung 3.4: Insolvenzgefahr deutscher Krankenhäuser von 2016 bis 2019	47
Abbildung 4.1: Entwicklung Basisfallwerte und Kostenproxy (Bezugsgröße)	61
Abbildung 4.2: Bereinigte Betriebskosten der Krankenhäuser und Investitionsfördermittel der Bundesländer	106
Abbildung 5.1: Befragung der Patientinnen und Patienten nach für sie wichtigen Qualitätsmerkmalen bei Krankenhäusern- Anteil der Nennungen.....	136
Abbildung 5.2: Bedeutung verschiedener medizinische Qualitätskriterien für Patientinnen und Patienten für die Auswahl eines Krankenhauses aus Sicht der Krankenhäuser.....	137
Abbildung 5.3: Darstellung von Qualitätsindikatoren in den Portalen Hamburger Krankenhausspiegel und der Barmer Kliniksuche (Ausschnitt der Webseiten)	144
Abbildung 5.4: Anzahl der Kliniken, die gemäß Mindestmengenregelungen des G-BA im Jahr 2021 Leistungen abrechnen dürfen.....	157
Abbildung 5.5: Beispielhafte Versorgungsaufträge von Krankenhäusern beim Versorgungsstufen- und Leistungsgruppenkonzept.....	171
Abbildung 5.6: Anzahl erprobter Qualitätsverträge zwischen Mai 2019 und Juli 2023	192

Tabellenverzeichnis

Tabelle 3.1:	Anzahl deutscher Krankenhäuser nach Bettengrößenklassen	35
Tabelle 4.1:	Überschneidung des Leistungsspektrums von Fachabteilungen	71

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 mög-

chen 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 Finanzierungsinstruments. 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-BA 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.