

Auszug aus Hauptgutachten XVII (2006/2007)

Kapitel V

Potenziale für mehr Wettbewerb auf dem Krankenhausmarkt

-
1. Aktuelle Entwicklungen auf dem Krankenhausmarkt
 2. Transparenz und Wettbewerb auf dem Krankenhausmarkt
 3. Finanzierung der Krankenhausversorgung
 4. Mehr Wettbewerb durch Opting-out-Möglichkeiten
 5. Zusammenfassung der Handlungsempfehlungen
-

Inhaltsverzeichnis

Kapitel V: Potenziale für mehr Wettbewerb auf dem Krankenhausmarkt	313
1. Aktuelle Entwicklungen auf dem Krankenhausmarkt.....	313
1.1 Demografische Einflüsse.....	314
1.2 Technologische Einflüsse.....	314
1.3 Politische Einflüsse.....	315
1.4 Reorganisation als Reaktion.....	316
1.5 Krankenhausfusionen als Reaktion.....	316
1.6 Krankenhausprivatisierungen als Reaktion.....	318
2. Transparenz und Wettbewerb auf dem Krankenhausmarkt.....	319
2.1 Preiswettbewerb auf dem Krankenhausmarkt.....	319
2.2 Qualitätswettbewerb auf dem Krankenhausmarkt.....	320
3. Finanzierung der Krankenhausversorgung.....	322
3.1 Fehlanreize in der dualistischen Krankenhausfinanzierung.....	322
3.1.1 Investitionsförderung.....	322
3.1.2 Fallpauschalen.....	324
3.2 Handlungsempfehlungen.....	327
3.2.1 Rückkehr zur Monistik.....	327
3.2.2 Flächendeckende Versorgung und Monistik.....	330
4. Mehr Wettbewerb durch Opting-out-Möglichkeiten.....	331
4.1 Eingeschränkte Krankenhauswahl als Optionstarif.....	332
4.2 Keine Einschränkung des gesetzlichen Leistungsumfangs.....	332
4.3 Selektive Versorgungsverträge im Optionstarif.....	333
4.3.1 Die Perspektive der Krankenkassen.....	333
4.3.2 Die Perspektive der Krankenhäuser.....	333
4.3.3 Die Perspektive der Patienten.....	334
4.4 Diskussion.....	334
5. Zusammenfassung der Handlungsempfehlungen.....	337

Kapitel V

Potenziale für mehr Wettbewerb auf dem Krankenhausmarkt

1. Aktuelle Entwicklungen auf dem Krankenhausmarkt

794. Der deutsche Krankenhausmarkt befindet sich im Umbruch. In den zurückliegenden Jahren wurde seine Finanzierung von tagesgleichen Pflegesätzen auf Fallpauschalen umgestellt. Zugleich setzt sich der durch die angespannten Staatsfinanzen bedingte schleichende Rückzug der öffentlichen Hand aus der Investitionsfinanzierung fort. Krankenhausbetreiber begegnen diesem sowie den teils nachfragebedingten, teils angebotsbedingten Kostensteigerungen mit stetigen Rationalisierungsbemühungen, der Privatisierung öffentlicher Krankenhäuser und mit vermehrten Krankenhausfusionen.

795. Sofern Krankenhausfusionen von den Aufgreifkriterien des § 35 GWB erfasst wurden, hat das Bundeskartellamt diese zumeist genehmigt. Bei der zuständigen Beschlussabteilung wurden seit 2004 mehr als 100 Krankenhauszusammenschlüsse angemeldet. Bei drei von vier Untersagungen wurde eine Ministererlaubnis nach § 42 GWB beantragt. Zu den Anträgen hat die Monopolkommission entsprechend § 42 Abs. 4 Satz 2 GWB Stellung genommen. In den Zusammenschlussverfahren Rhön-Klinikum/Grabfeld¹ und Asklepios Kliniken Hamburg/Krankenhaus Mariahilf² konnte eine Ministererlaubnis nicht empfohlen werden. Hingegen ist die Monopolkommission in dem Zusammenschlussverfahren Universitätsklinikum Greifswald/Kreis Krankenhaus Wolgast³ zu der Einschätzung gelangt, dass die Gemeinwohlvorteile des Zusammenschlusses seine wettbewerbsbeschränkenden Wirkungen überwiegen.

796. Die Auseinandersetzung mit diesen Fällen hat die Monopolkommission dazu bewogen, im vorliegenden Hauptgutachten einen besonderen Blick auf die Strukturen des deutschen Krankenhausmarktes zu werfen und Vorschläge für eine Anpassung seiner Rahmenbedingungen auszuarbeiten. Die Kommission ist sich hierbei bewusst, dass den Krankenhausmarkt eine Reihe konsumtiver und informatorischer Besonderheiten auszeichnet und dass die Gestaltung des Krankenhausmarktes ein hohes Gut, nämlich den Erhalt und die Wiederherstellung der menschlichen Gesundheit, betrifft. Die im Folgenden noch im Einzelnen zu erörternden Problemfelder und wettbewerbsorientierten Lösungsvorschläge sollen daher

nicht außer Acht lassen, dass stets eine gewisse Begründung für die staatliche Sicherstellung einer flächendeckenden, qualitativ hochwertigen Versorgung mit Krankenhausleistungen besteht.

797. Der deutsche Gesundheitssektor verzeichnete 2005 ein Marktvolumen von insgesamt 239,4 Mrd. Euro⁴. Auf den Krankenhausmarkt entfiel hierbei mit 62,1 Mrd. Euro ein Anteil von 25,9 Prozent. Im Zehnjahresvergleich gegenüber 1996 ist dieser Anteil leicht gesunken. Damals betrug der Anteil des Krankenhausmarktes am Volumen des Gesundheitsmarktes noch 26,4 Prozent. Allerdings nahm im gleichen Zeitraum auch das Gesamtvolumen des Gesundheitsmarktes nominell von 194,9 Mrd. Euro um 22,8 Prozent deutlich zu, so dass auch der Krankenhausmarkt in dieser Zeit absolut, nämlich von 51,5 Mrd. Euro um 10,6 Mrd. Euro gewachsen ist und nur relativ zu anderen Markt Bereichen, insbesondere im Vergleich zur Pflege und den Apotheken, verloren hat. Diese Ausgabensteigerung auf dem Krankenhausmarkt hat vielfältige demografische und technologische Ursachen, wird zugleich aber auch beeinflusst von nachfrageseitigen Besonderheiten auf dem Gesundheitsmarkt und einer umfangreichen staatlichen Regulierung. Durch sie konnte in den zurückliegenden zehn Jahren das Wachstum des Gesundheitsmarktes im Allgemeinen und des Krankenhausmarktes im Speziellen in etwa auf dem Niveau des Wachstums des Bruttoinlandsproduktes gehalten werden. Während Letzteres zwischen 1996 und 2005 um 21,2 Prozent wuchs, verzeichneten die Gesundheitsausgaben ein Wachstum von 22,8 Prozent mit einem Wachstum des Krankenhausmarktes im selben Zeitraum in Höhe von 20,6 Prozent.

798. Für die Länder der OECD lässt sich über die letzten 35 Jahre ein Anstieg der kaufkraftbereinigten Gesundheitsausgaben feststellen. Dieser ist unabhängig davon, ob ein Gesundheitssystem wie in den Vereinigten Staaten eher privatwirtschaftlich organisiert und prämiendifinanziert ist, wie in Großbritannien eher planwirtschaftlich funktioniert und steuerfinanziert ist oder korporatistisch strukturiert und über Lohnbeiträge finanziert ist wie in Deutschland.⁵ Es scheinen daher den staatlichen Regulierungen zur Kostensenkung im Gesundheitswesen durch

¹ Vgl. Monopolkommission, Zusammenschlussvorhaben der Rhön-Klinikum AG mit dem Landkreis Rhön-Grabfeld, Sondergutachten 45, Baden-Baden 2006.

² Vgl. Monopolkommission, Zusammenschlussvorhaben der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH mit der Krankenhaus Mariahilf gGmbH, Sondergutachten 52, Baden-Baden 2008.

³ Vgl. Monopolkommission, Zusammenschlussvorhaben des Universitätsklinikums Greifswald mit der Kreis Krankenhaus Wolgast gGmbH, Sondergutachten 53, Baden-Baden 2008.

⁴ Vgl. Statistisches Bundesamt, Gesundheit, Ausgaben, 2005, Wiesbaden 2007, Tabelle 1. Die angegebenen Zahlen sind nicht inflationsbereinigt.

⁵ Die vorliegende Betrachtung konzentriert sich auf Reformoptionen für den Krankenhausesektor im Zusammenhang mit der vorherrschenden gesetzlichen Krankenversicherung. Die gesetzliche Krankenversicherung erhebt von ihren Beitragszahlern im Gegensatz zur privaten Krankenversicherung keinen dem zu versichernden Risiko entsprechenden Beitrag, sondern bemisst ihre Krankenkassenbeiträge an der Höhe der Erwerbseinkommen. Im Jahr 2005 waren 85,3 Prozent der Bevölkerung gesetzlich versichert. Hingegen entfielen auf die private

fundamentale Determinanten der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, die unabhängig von der Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sind, Grenzen gesetzt. Allerdings gilt für Deutschland im Vergleich mit anderen OECD-Ländern die Feststellung, dass der Anstieg der Gesundheitsausgabenquote am Bruttoinlandsprodukt in den letzten 15 Jahren vergleichsweise gering ist. Während in Deutschland der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt nur moderat von 10,1 Prozent in 1995 auf 10,7 Prozent in 2005 stieg, hatte die Steigerung in den meisten anderen Ländern eine deutlichere Dynamik. So stieg die Gesundheitsausgabenquote in der Schweiz im selben Zeitraum von 9,7 Prozent auf 11,6 Prozent, im Vereinigten Königreich von 7,0 Prozent auf 8,3 Prozent, in Frankreich von 9,9 Prozent auf 11,1 Prozent und in den Vereinigten Staaten von bereits hohen 13,3 Prozent auf 15,3 Prozent.⁶

1.1 Demografische Einflüsse

799. Inwiefern der demografische Wandel für die gestiegenen und weiter ansteigenden Kosten im Gesundheitswesen im Allgemeinen und im Krankenhaussektor im Speziellen verantwortlich gemacht werden kann, ist umstritten. Der Anteil der über 60-Jährigen an der Bevölkerung wird nach Modellrechnungen des Statistischen Bundesamtes von 24,9 Prozent im Jahr 2005 auf 38,2 Prozent im Jahr 2030 anwachsen.⁷ Ältere haben zugleich einen überproportionalen Anteil an den Patienten im Krankenhaus. Derzeit stellen die über 60-Jährigen etwa 40 Prozent der behandelten Fälle, bis zum Jahr 2050 wird ihr Anteil auf über 50 Prozent anwachsen. Zudem ist ihre mittlere Verweildauer im Krankenhaus deutlich länger als die der jüngeren Bevölkerungsgruppen.⁸ Denn ältere Patienten benötigen beispielsweise eine längere Zeit, um sich von einem operativen Eingriff zu erholen, und im Alter steigt auch das Risiko für Komplikationen.

Für eine zuverlässige Prognose der aus demografischen Veränderungen resultierenden Kostenentwicklung ist jedoch eine differenzierte Betrachtung erforderlich. Hierbei ist insbesondere die Frage von Interesse, inwiefern die auch aus medizinisch-technischen Fortschritten resultierende verlängerte Lebenserwartung mit einem Zugewinn

Krankenversicherung lediglich 10,0 Prozent der Bevölkerung. Von den insgesamt 62,1 Mrd. Euro, die 2005 im Krankenhaussektor umgesetzt wurden, trugen die gesetzlichen Krankenkassen 50,7 Mrd. Euro und die privaten Krankenversicherungen 6,3 Mrd. Euro (eigene Berechnungen der Monopolkommission auf der Grundlage von: Statistisches Bundesamt, Gesundheit, a. a. O.). Maßgeblicher Finanzierer des Krankenhaussektors ist mithin die gesetzliche Krankenversicherung.

⁶ Vgl. Felder, S., Der Krankenhaussektor in einem wettbewerblich ausgerichteten deutschen Gesundheitswesen, Gutachten im Auftrag der Monopolkommission, Magdeburg 2007, S. 10.

⁷ Vgl. Statistisches Bundesamt, Bevölkerung Deutschlands bis 2050, Wiesbaden 2006; die vorgestellten Zahlen entsprechen einem Szenario mit konstanter Geburtenhäufigkeit, einem moderaten Anstieg der Lebenserwartung bei Geburt und einem ausgeglichenen Zuwanderungssaldo.

⁸ Vgl. Schmidt, Ch./Möller, J., Katalysatoren des Wandels, in: Klauber, J./Robra, B.-P./Schellschmidt, H.: Krankenhaus-Report 2006, Stuttgart 2007, S. 4.

an gesunden Lebensjahren einhergeht und daher die Phase kostenaufwendiger medizinischer Behandlung im Alter nur hinausschiebt oder mit einer gestiegenen Häufigkeit und einer längeren Dauer von Krankheit und Behinderung verbunden ist.⁹

Die demografische Entwicklung bildet allerdings in erster Linie eine Herausforderung für die Finanzierung des Gesundheitswesens. Zum einen steht einer relativ größer werdenden Zahl von Leistungsempfängern eine relativ kleiner werdende Gruppe von erwerbstätigen Leistungszahlern entgegen. Diese gesundheitspolitische Herausforderung stellt sich aufgrund der geringen Reproduktionsrate selbst bei der vergleichsweise optimistischen Vermutung ein, dass die verlängerte Lebenserwartung die Phase kostenintensiver medizinischer Behandlung im Alter nur hinausschiebt. Die Herausforderung würde umso größer, je bedeutender für die längerfristige Kostenentwicklung im Gesundheitswesen die pessimistische zweite Vermutung ist, nach der mit zunehmender erwarteter Lebensdauer auch der Umfang der erwarteten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ansteigt. Für die isolierte Betrachtung des Krankenhaussektors ist in jedem Fall die Schlussfolgerung relevant, dass aufgrund demografischer Einflüsse zumindest in mittlerer Frist mit einer stetigen Steigerung des Kostendrucks zu rechnen ist.

1.2 Technologische Einflüsse

800. Neben möglichen demografischen Einflüssen auf die Kostenentwicklung im Krankenhaussektor erzeugen technische Fortschritte einen stetigen Kostendruck. Krankenhäuser sind die dominierenden Nachfrager nach kapitalintensiver Medizintechnik. Beispielsweise war in jüngerer Zeit der Bereich der bildgebenden Diagnostik von einiger Bedeutung, die den Komfort und die Aussagekraft von Untersuchungsmethoden verbessert, jedoch auch zu Kostensteigerungen beigetragen hat. Dies gilt insbesondere, da Computertomographie (CT) und Magnetresonanztomographie (MRT) weitgehend komplementär und nicht substitutiv zu den weniger aussagekräftigen bisherigen Standardverfahren eingesetzt werden. Zudem bedingen ständige Weiterentwicklungen kürzere Halbwertzeiten von Geräten und einen kontinuierlichen Bedarf an Erneuerungsinvestitionen.

801. Technologiebedingte Kostensteigerungen im Krankenhaussektor sind immer dann unproblematisch, wenn die durch sie hervorgerufenen Qualitätsverbesserungen und Mengenausweitungen auf eine entsprechende Präferenz der Patienten zurückgehen und sie durch die Zahlungsbereitschaft der Versichertengemeinschaft gedeckt sind. Unter dieser Bedingung entfaltet der Wettbewerb zwischen Krankenhäusern seine positiven Wirkungen, denn er ermittelt das gesellschaftlich erwünschte Angebot und bietet den Krankenhäusern Anreize zu wirtschaftlichem Verhalten. Aufgrund der spezifischen Nachfragege-

⁹ Vgl. hierzu insbesondere den Schlussbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“, Bundestagsdrucksache 14/8800 vom 28. März 2002, S. 184 ff.

gebenheiten im Krankenhaussektor kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass zumindest ein Teil der Kostensteigerungen auch auf angebotsinduzierte Nachfrageentscheidungen zurückzuführen und daher in ineffizienter Weise übersteigert ist.

Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen entfaltet sich in der Beziehung zwischen Patient und behandelndem Arzt. Der Patient ist gegenüber dem Arzt in der Regel hinsichtlich seiner Bedürfnisse unvollständig informiert. In dieser Situation und unter dem Eindruck einer schwerwiegenden, möglicherweise lebensbedrohenden Erkrankung delegiert der Patient die Entscheidung über alternative Therapien weitgehend an den Arzt und behält sich lediglich ein Letztentscheidungsrecht darüber vor, ob er dem Ratschlag des Arztes, der zugleich auch ein Angestellter und Interessenvertreter des Krankenhauses ist, Folge leisten will. Ärzte, die sich in einer oftmals auch für den Heilungserfolg entscheidenden Vertrauensbeziehung mit dem Patienten befinden, können nun die Patientenentscheidungen in vielfältiger Weise beeinflussen und gegebenenfalls auch in Richtung der finanziellen Interessen des Krankenhauses lenken. Dieser Sachverhalt wird kritisch, wenn sich der Arzt nicht länger wie ein perfekter Sachwalter der Interessen des Patienten verhält. Zwar wird der Arzt die wertvolle Vertrauensbeziehung zu seinem Patienten nicht leichtfertig aufs Spiel setzen, es sollte ihm jedoch in der Regel durch seinen Informationsvorsprung leicht fallen, zusätzliche oder alternative Untersuchungen und Therapien auszuführen, wenn diese mit nur geringen zusätzlichen Unannehmlichkeiten für den Patienten verbunden sind. Das bestehende Vollversicherungssystem der Patienten erleichtert dieses Verhalten, da den Patienten nur zu vernachlässigende zusätzliche Ausgaben und in der Hauptsache indirekte Kosten aus dem Krankheitsleid und der Aufenthaltsdauer im Krankenhaus entstehen. Führen Ärzte nun systematisch unnötig aufwendige Diagnostik und Behandlungen aus, um die Auslastung ihres Krankenhauses sicherzustellen, so wird aus einer präferenzgeleiteten Nachfrage eine angebotsinduzierte Nachfrage nach Krankenhausleistungen.

Neben den Fehlanreizen, die sich den Anbietern von Gesundheitsleistungen aus Informationsvorsprüngen über den tatsächlichen Behandlungsbedarf gegenüber den Patienten und Kostenträgern eröffnen, existieren auch für die Patienten Fehlanreize, die zu einer ineffizient hohen Nachfrage nach Krankenhausleistungen beitragen. In dem vorherrschenden gesetzlichen Vollversicherungssystem werden die Patienten bei ihren Nachfrageentscheidungen ungenügend angeleitet, die Kosten alternativer Behandlungen abzuwägen, da diese von den Krankenkassen annähernd vollständig getragen werden. Ihre Auswahlentscheidung wird daher ausschließlich von qualitativen Kriterien geleitet und ignoriert die aus ihr hervorgehenden Kosten für die Versicherungsgemeinschaft.

802. Die Monopolkommission geht davon aus, dass auch in Zukunft mit einer technologiebedingten Steigerung des Kostendrucks im Krankenhaussektor zu rechnen ist. Der medizinisch-technische Fortschritt kann Diagnostik und Therapie in entscheidender Weise verbessern und

von den Präferenzen der Patienten und der Zahlungsbereitschaft der Versicherungsgemeinschaft gedeckt sein. Inwiefern Anreize zur Entwicklung und zum Einsatz neuer Technologien bestehen, hängt in kritischer Weise von der durch Regulierung beschränkten Vergütung für Krankenhausleistungen ab. Für die Anbieter von Krankenhausleistungen bestehen allerdings auch Möglichkeiten zur Beeinflussung der Patientennachfrage. Ihnen ist hierbei die Tatsache von Nutzen, dass die individuellen Gesundheitskosten der Patienten in dem bestehenden Vollversicherungssystem weitgehend sozialisiert werden und die Patienten in der Regel in Anbetracht einer schwerwiegenden Erkrankung nur unvollständig über ihre Bedürfnisse informiert sind und daher die Therapieentscheidung bis auf ein Letztentscheidungsrecht an den behandelnden Mediziner delegieren.

1.3 Politische Einflüsse

803. Die demografie- und technologiebedingte Steigerung des Kostendrucks im Krankenhaussektor wird zu einem wirtschaftlichen Problem, da die zur Verfügung stehenden Mittel begrenzt sind und nicht erwartet werden kann, dass die Einnahmen des Gesundheitssystems aus den Beiträgen zu den Krankenversicherungen und aus freiwilligen Leistungen mit dem Ausgabendruck anwachsen werden. Zwar legen empirische Untersuchungen in den OECD-Ländern nahe, dass es sich bei Gesundheit um ein superiores Gut mit einer hohen Einkommenselastizität der Nachfrage handelt, welches überproportional dann nachgefragt wird, wenn die Einkommen der Nachfrager steigen. Das Pro-Kopf-Einkommen in den OECD-Ländern stieg seit 1970 um durchschnittlich 4,2 Prozent jährlich und es lassen sich daher zum Teil auch überproportional steigende Gesundheitsausgaben mit den sich stetig verbessernden wirtschaftlichen Verhältnissen der Nachfrager begründen. In Deutschland jedoch wird von politischer Seite großer Wert darauf gelegt, dass das Wachstum der Gesundheitsausgaben ganz im Sinne relativ stabiler Beitragssätze zur gesetzlichen Krankenversicherung, die der dominierende Träger bei den Gesundheitsausgaben ist, begrenzt wird.

804. Im Krankenhaussektor ergibt sich aus dieser Entwicklung zuallererst die Notwendigkeit zu kostensparenden Begrenzungen im Bereich der laufenden Krankenhausbetriebskosten, da ihre Finanzierung gemäß § 18 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) den Krankenkassen obliegt. Im Bereich der stationären Krankenhausversorgung hat hierbei die Einführung von DRG-Fallpauschalen zu einer Vielzahl von Prozessverbesserungen angeregt. Diese haben auch dazu beigetragen, dass sich die durchschnittliche Verweildauer von Patienten im Bereich der personalkostenintensiven stationären Versorgung zwischen 1995 und 2005 um 2,8 Tage reduziert hat.¹⁰ Aber auch für die Investitionen im Krankenhaussektor, für die gemäß § 4 KHG in Verbindung mit § 9 KHG die Bundesländer zuständig sind, reduzierte die öffentliche Hand ihre Zuschüsse kontinuierlich. So betrug

¹⁰ Vgl. Felder, S., a. a. O., S. 17.

der jährliche reale Rückgang der zur Verfügung gestellten KHG-Fördermittel im Zeitraum von 1991 bis 2005 im Durchschnitt 3,3 Prozent bei einem gleichzeitig durch den medizinisch-technischen Fortschritt und die Vorgabe hoher Standards stetig gestiegenen Investitionsbedarf.¹¹ Hierdurch habe sich bis dato bei den deutschen Krankenhäusern ein beträchtlicher Investitionsstau angehäuft, der je nach Quelle auf bis zu 50 Mrd. Euro beziffert wird.

Es ist allerdings auch in Anbetracht der großen wirtschaftlichen Herausforderungen für die deutschen Krankenhäuser darauf hinzuweisen, dass die wirtschaftliche Situation sämtlicher Kliniken keineswegs in gleicher Weise schlecht ist. Denn bei einzelner Betrachtung erweist sich die wirtschaftliche Situation deutscher Krankenhäuser als vergleichsweise heterogen. Generell hat sich die Ertragslage der deutschen Krankenhäuser in jüngster Zeit verbessert. Zwischenzeitliche Anpassungen haben dazu geführt, dass 2005 nur noch 31 Prozent der Kliniken einen Verlust meldeten gegenüber noch 46 Prozent im Jahr 2003. Auffällig ist hierbei ein Ost-West-Gefälle. So haben nur 14 Prozent der ostdeutschen Krankenhäuser 2005 mit einem Verlust abgeschlossen.¹²

1.4 Reorganisation als Reaktion

805. Die Krankenhäuser reagieren auf die sich verändernden wirtschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen durch Reorganisation. Ziel ist hierbei in erster Linie die Hebung von Rationalisierungspotenzialen, da die engen regulativen Rahmenbedingungen auf dem deutschen Krankenhausmarkt keine kurzfristige Ausweitung und Verlagerung des Angebotes in möglicherweise lukrativere Bereiche zulassen, für die ein Krankenhaus in dem jeweiligen Bedarfsplan eines Bundeslandes nicht vorgesehen ist. Allgemeine Standards sollen in der Krankenhausversorgung Arbeitsabläufe, Qualität und Wirtschaftlichkeit verbessern. Kliniken stehen in dem ständigen Bestreben, den Patientendurchsatz zu erhöhen sowie einen wirtschaftlicheren Personaleinsatz und eine effiziente Gestaltung der Klinikinfrastruktur zu erzielen. Einzelne Leistungsbereiche, bei denen sich Größenvorteile ergeben, wie Verpflegung und Wäsche, das Facility Management oder Labor- und Sterilisationsdienste werden gegebenenfalls von externen Dienstleistern übernommen oder in einem gemeinsamen Verbund mit anderen Kliniken erbracht. Auch bemühen sich Kliniken vermehrt, die Wertschöpfungskette vom ambulanten zum stationären und poststationären Sektor in effizienter Weise miteinander zu verknüpfen; dies geschieht im Bereich der integrierten Versorgung gemäß § 140a SGB V, der es den Krankenkassen ermöglicht, für ihre Versicherten Verträge über eine die Leistungssektoren übergreifende Versorgung mit ausgewählten Leistungserbringern abzuschließen.

¹¹ Vgl. Augurzyk, B. u. a., Krankenhaus Rating Report 2007, RWI Materialien, H. 32, Essen 2007, S. 51.

¹² Vgl. Augurzyk, B. u. a., Krankenhaus Rating Report 2008, RWI Materialien, H. 41, Essen 2008, S. 94.

1.5 Krankenhausfusionen als Reaktion

806. Krankenhäuser nutzen neben Möglichkeiten zur Reorganisation zudem vermehrt die Möglichkeit zur Fusion mit anderen Kliniken, um gegebenenfalls weitere Größen- und Rationalisierungsvorteile auszuschöpfen und ihre lokale Marktposition im Vergleich zu ihren Wettbewerbern zu stärken. Existierten 1991 in Deutschland 2 411 Krankenhäuser, wurden im Jahr 2006 noch 2 104 wirtschaftliche Einheiten geführt.¹³ Ein beträchtlicher Teil dieses Rückgangs dürfte auch in Anbetracht der weiterhin bestehenden Überkapazitäten im Klinikbereich auf Fusionstätigkeit zurückzuführen sein.¹⁴

807. Durch Fusionen lassen sich Skaleneffekte ausnutzen. Größenvorteile lassen sich durch die Bündelung zentral erbrachter Leistungen erzielen, beispielsweise in den Bereichen Management, Controlling, Qualitätssicherung, Öffentlichkeitsarbeit und Einkauf. Rationalisierungspotenziale, die bereits die Kooperation unabhängiger Kliniken beispielsweise zum gemeinsamen Einkauf oder dem gemeinsamen Betrieb eines Labors begründen, lassen sich möglicherweise infolge einer Fusion zu geringeren Transaktionskosten erschließen. Führungs- und Produktionsprozesse werden hierdurch optimiert. Auch kann ein Zusammenschluss von Krankenhäusern zu Krankenhausketten der Markenbildung dienen und daher Vorteile bei der Signalisierung eines hochwertigen Dienstleistungsangebotes im Qualitätswettbewerb bieten. Außerdem sind in einem Klinikverbund Rationalisierungsmöglichkeiten dadurch gegeben, dass sich einzelne Häuser spezialisiert ausrichten und innerhalb eines Netzwerkes auf neue technische Möglichkeiten, beispielsweise auf die Teleradiologie, zurückgegriffen wird.

808. Krankenhausfusionen erhöhen das Fallaufkommen und können in spezialisierten Teilbereichen des Angebotsspektrums geeignet sein, Expertise und Sachverstand zu vertiefen und hierdurch Lernkurveneffekte zu erschließen sowie die Auslastung medizinischer Großgeräte zu verbessern. Neben den hiermit verbundenen kostensparenden Wirkungen hat dies auch Auswirkungen auf die Ergebnisqualität, da bei seltenen operativen Eingriffen die notwendige Routine für Operateur und OP-Team nur in Krankenhäusern mit einem hinlänglich großen Gesamtaufkommen sichergestellt werden kann. Hohe Auslastungsgrade dämmen zudem die Gefahr angebotsinduzierter Nachfrage, da mit geringeren Leerständen auch die Möglichkeiten und Anreize der Kliniken abnehmen,

¹³ Vgl. Statistisches Bundesamt, Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.1.1: Grunddaten der Krankenhäuser 2006, Wiesbaden 2007, Tabelle 1.1. In der Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes werden als Krankenhäuser jeweils eigenständige Wirtschaftseinheiten erfasst, die unter einer einheitlichen Kontrolle stehen.

¹⁴ Das RWI Essen stellt für das Jahr 2005 in 37 Prozent der Kreise Überkapazitäten von mehr als 10 Prozent und in 3 Prozent der Kreise Überkapazitäten von über 20 Prozent fest. Diese Situation würde sich bei gleichbleibenden Kapazitäten und nachfragebedingten Anpassungen bis 2020 deutlich verschärfen. Gegenüber 2006 würden die Überkapazitäten dann von etwa 11 Prozent auf durchschnittlich 37 Prozent anwachsen. Vgl. Augurzyk, B. u. a., Krankenhaus Rating Report 2008, a. a. O., S. 51 ff., 70 ff.

nicht zwingend erforderliche Untersuchungen und Operationen an Patienten auszuführen.

809. In der Literatur wird neben der Erschließung von Rationalisierungsvorteilen als Motiv für die Fusion von Krankenhäusern auch darauf verwiesen, dass Fusionen als Vorbereitung einer späteren materiellen Privatisierung dienen und den Verkaufswert eines Krankenhauses erhöhen können. So werde den Kommunen von Unternehmensberatern empfohlen, marktbeherrschende Stellungen aufzubauen, um diese dann hochpreisig an private Klinikketten zu veräußern, die aus eigenen Stücken eine marktbeherrschende Stellung aus fusionskontrollrechtlichen Gründen nicht hätten aufbauen können. Hinter dieser Argumentation verbirgt sich die Logik, dass die wettbewerbliche Alleinstellung den zu veräußernden Gesamtkomplex besonders lukrativ mache. Wäre dies tatsächlich so, ließe das Argument jedoch auch Rückschlüsse darüber zu, dass den weithin vorgetragenen Rationalisierungsvorteilen bei Krankenhausfusionen auch bedenkliche Nachteile für die gesellschaftliche Wohlfahrt entgegenstehen, die in einem verringerten Wettbewerb, in höheren Preisen und in einer – aufgrund der Konsolidierung – weniger wohnortnahen Versorgung der Bevölkerung mit stationären Leistungen zu sehen sind.¹⁵

Die Monopolkommission weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die besondere Lukrativität eines marktmächtigen Unternehmens von seiner Fähigkeit abhängig ist, den Verkaufspreis für sein Produkt über das Wettbewerbsniveau zu heben oder – bei exogen gegebenen, konstanten Preisen – seine Qualität durch einen geringeren Mitteleinsatz, etwa in der Pflege oder bei der Verpflegung, unter das Wettbewerbsniveau zu senken, ohne dass Nachfrage in kritischer Weise abwandert. Weil es sich, wie im Folgenden noch näher auszuführen sein wird, bei dem Krankenhausmarkt um einen annähernd vollständig preisregulierten Markt handelt, müsste folglich ein allein durch seine Marktstellung außerordentlich lukratives Krankenhaus unter sonst gleichen Bedingungen eine systematisch niedrigere Qualität anbieten als ein Krankenhaus im Wettbewerb. Da nun aber die aus einer Krankenhausfusion hervorgehenden Größenvorteile gegebenenfalls auch zu Qualitätssteigerungen führen, ist ohne eine genauere Kenntnis des Einzelfalls zunächst nicht eindeutig festzustellen, ob der Nettoeffekt der marktanteilserhöhenden Fusion auf die Qualität und damit der Nutzen für die Patienten eher positiv oder negativ ausfällt, zumal Qualitätsminderung und -steigerung oft verschiedene Aspekte der Behandlung betreffen.

Der Monopolkommission erscheint in diesem Zusammenhang allerdings in jedem Fall das Argument gewichtig, dass eine konkurrenzlose Alleinstellung die Anreize eines Krankenhauses zu einem effizienten Angebot in sämtlichen Dienstleistungsbereichen mindert. Es ist daher in der Regel davon auszugehen, dass marktmächtige Krankenhäuser die – auch aufgrund der Fusion – vorhan-

denen Qualitätssteigerungspotenziale nur unvollkommen umsetzen. Da jedoch insgesamt die Qualitätsentwicklung infolge einer Fusion keineswegs klar ist, schließt dies im Einzelfall, insbesondere bei einer Fusion vergleichsweise kleiner Krankenhäuser, die mit erheblichen Lernkurveneffekten verbunden ist, nicht aus, dass die fusionsbedingten Vorteile überwiegen.

810. Das Bundeskartellamt befasst sich seit etwa 2003 auch mit Krankenhausfusionen. Nur für die wenigsten Zusammenschlussvorhaben musste das Amt nach Abschluss des Vorprüfverfahrens ein Hauptprüfverfahren einleiten, in dem ein Zusammenschlussvorhaben einer genaueren Untersuchung im Hinblick auf kritische wettbewerbsbeschränkende Wirkungen unterzogen wird. Anschließend wurde in vier Fällen das Zusammenschlussvorhaben nur unter Auflagen freigegeben, in weiteren vier Fällen kam es zu einer Untersagung durch das Amt. In den übrigen Fällen wurden keine kritischen wettbewerbsbeschränkenden Wirkungen festgestellt. In den Untersagungsfällen Rhön Klinikum/Grabfeld, Asklepios Kliniken Hamburg/ Krankenhaus Mariahilf und Universitätsklinikum Greifswald/ Kreiskrankenhaus Wolgast wurde im Anschluss an die Untersagung jeweils eine Ministererlaubnis gemäß § 42 GWB beantragt und ein Beschwerdeverfahren vor dem zuständigen Oberlandesgericht Düsseldorf eingeleitet. Durch die Rechtsprechung und den öffentlichen Diskurs im Rahmen der Ministererlaubnisverfahren ist die Rolle der Fusionskontrolle im Krankenhaussektor nach anfänglich großer Kritik inzwischen weitgehend gefestigt. Es besteht kein Zielkonflikt zwischen dem Wettbewerbsrecht auf der einen und den sozialpolitischen Zielen der Gesundheitspolitik auf der anderen Seite. Krankenhäuser sind folglich als Unternehmen im Sinne des Wettbewerbsrechts zu behandeln und stehen im Wettbewerb um Patienten.¹⁶

811. Allerdings ist zu bemerken, dass aufgrund der zumeist geringen Größe der beteiligten Krankenhausunternehmen eine Vielzahl von Krankenhausfusionen erst gar nicht von den Aufgreifschwelle des GWB zur Fusionskontrolle erfasst wird und daher wegen ihrer für Deutschland mangelnden wirtschaftlichen Bedeutung vom Bundeskartellamt unbeobachtet bleibt. Anders liegen die Dinge nur bei Beteiligung großer privater Krankenkette oder landeseigener Großkliniken wie etwa Universitätskliniken. Die geringe Überwachungsintensität kann insofern als problematisch erachtet werden, als sich Krankenhäuser als Dienstleistungsanbieter typischerweise einer überwiegend regional gebundenen Nachfrage gegenübersehen und daher auch die Wettbewerbsbeschränkungen aus Krankenhauszusammenschlüssen, trotz ihrer offensichtlich mangelnden Relevanz für den Gesamtmarkt, im regionalen Umfeld dennoch von einiger Bedeutung sein können.¹⁷

¹⁵ Vgl. Bangard, A., Krankenhausfusionskontrolle, Zeitschrift für Wettbewerbsrecht 5, 2007, S. 187.

¹⁶ Insbesondere steht auch das Krankenhausplanungsrecht der Anwendung des Wettbewerbsrechts auf Krankenhäuser nicht entgegen; vgl. Monopolkommission, Sondergutachten 52, a. a. O., Tz. 62 ff.

¹⁷ Vgl. im Folgenden auch die Erörterungen zur Aufgreifschwelleproblematik in Kapitel IV, Abschnitt 2.2.1.

812. Die Aufgreifschwelle des § 35 GWB dienen als eine Heuristik, die die Anwendung der Fusionskontrolle auf kritische Fälle begrenzt und gleichzeitig leicht anwendbar sowie für die beteiligten Unternehmen leicht zu ermitteln ist. Eine solche Heuristik ist notwendigerweise nicht frei von Fehlern und es bedarf daher eines Fehlers von einer besonders systematischen Qualität, um eine Anpassung der Heuristik geboten erscheinen zu lassen. Insbesondere ist eine Anpassung der Aufgreifkriterien auch davon abhängig zu machen, ob im allgemeinen Anwendungsfall genauere und ebenso einfach zu bestimmende Heuristiken denkbar sind. Entsprechend der stärker ökonomischen Ausrichtung der Fusionskontrolle ist hier den besonderen wettbewerbspolitischen Anforderungen einzelner Branchen Rechnung zu tragen, wenn dies einer genaueren Erfassung möglicher Wettbewerbsbeschränkungen dienen kann.

813. Nach Ansicht der Monopolkommission wird am Beispiel des Krankenhausmarktes deutlich, dass die Aufgreifschwelle nur unzureichend in der Lage sind, als Indikatoren für die volkswirtschaftliche Bedeutsamkeit eines Fusionsvorhabens in einer regionalen Marktstruktur zu dienen. Eine allein nach Umsätzen geregelte Notifizierungspflicht ist daher im Sinne einer an den ökonomischen Gegebenheiten ausgerichteten Betrachtungsweise für den Krankenhaussektor anpassungsbedürftig. Brancheneigene Besonderheiten, bei denen das Gewicht der Wettbewerbsbeschränkung nicht an den allgemeinen Umsatzkriterien festzumachen ist, werden in § 38 GWB durch eine Anpassung der anzusetzenden Umsätze aufgegriffen. Die Monopolkommission schlägt vor, hier auch für den Krankenhausmarkt einen Umsatzmultiplikator in das GWB aufzunehmen.

Wie die Monopolkommission in ihren Sondergutachten 45, 52 und 53 ausführlich diskutiert hat, ist der verbleibende Qualitätswettbewerb im Krankenhaussektor außerordentlich schützenswert, da er die Wahlmöglichkeiten der Patienten sichert und damit einziger Garant für eine hochwertige Versorgung ist. Dieser Schutzbedarf wird durch die einheitliche Aufgreifschwelle nicht adäquat erfasst, da Krankenhausmärkte im Allgemeinen einen lokalen oder allenfalls regionalen Zuschnitt haben, so dass Zusammenschlüsse in diesem örtlichen Bereich die Aufgreifschwelle im Allgemeinen nicht erreichen, obwohl sie eine erhebliche Wettbewerbsbeschränkung bewirken können. Die jetzige Regelung setzt sogar Anreize für regional tätige Krankenhausbetreiber, durch Zukauf von weiteren Häusern regionale marktbeherrschende Stellungen aufzubauen. Gleichzeitig führt die hohe Regulierungsdichte auf dem Krankenhausmarkt zu hohen administrativen Marktzutrittsbarrieren, weshalb den durch zunehmende Konzentration entstehenden Allokationsverzerrungen nicht durch potenziellen Wettbewerb entgegenwirkt werden kann.

Jedoch will die Monopolkommission gleichfalls nicht bestreiten, dass ein Konsolidierungsbedarf auf dem Krankenhausmarkt besteht und die Fusion von kleineren Krankenhäusern auch nicht unnötig durch bürokratische Hürden erschwert werden darf. Demzufolge schlägt sie

vor, den § 38 GWB so zu modifizieren, dass für ambulante und stationäre Krankenhausleistungen das Dreifache der Umsatzerlöse in Ansatz zu bringen ist. Im Ergebnis würde damit den generell sensiblen Wettbewerbsbedingungen im Krankenhaussektor Rechnung getragen und gleichzeitig eine steigende Bewertung von Krankenhausumsätzen gegenüber konzernverbundenen Umsätzen erreicht. Der Gesetzgeber sollte daher § 38 GWB folgenden Absatz hinzufügen:

„Für den Umsatz von Krankenhausunternehmen ist das Dreifache der Umsatzerlöse in Ansatz zu bringen.“

Diese Regelung hätte zur Folge, dass ein Krankenhauszusammenschluss der Zusammenschlusskontrolle unterliegt, wenn die kumulierten Umsätze der beteiligten Unternehmen sich auf mehr als 167 Mio. Euro summieren. Der durchschnittliche Umsatz eines Krankenhauses liegt gegenwärtig bei ca. 30 Mio. Euro; ein Zusammenschluss zweier durchschnittlicher Krankenhäuser wäre folglich nach wie vor kontrollfrei. Künftig würden Zusammenschlüsse der Aufsicht demnach lediglich unterliegen, wenn zumindest eine der Kliniken einem Unternehmen angehört, das mehrere Krankenhäuser oder ein besonders großes Krankenhaus betreibt oder andere, branchenfremde Umsätze hat.

1.6 Krankenhausprivatisierungen als Reaktion

814. Zur Linderung des Kostendrucks, aus organisatorischen Gründen sowie zur Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit streben viele öffentliche Träger zumindest eine formelle Privatisierung ihrer Krankenhäuser an. Seit 1995 ist die Zahl der Krankenhäuser in privater Trägerschaft von 409 auf 584 im Jahr 2006 angewachsen, während sich die Zahl der freigemeinnützigen Krankenhäuser im gleichen Zeitraum von 944 auf 803 reduzierte und die der Krankenhäuser unter öffentlicher Kontrolle von 972 auf 717 zurückging. Gemessen an den Krankenhausbetten ist die Entwicklung weniger stark. Die Zahl der insgesamt aufgestellten Betten ist von 609 123 im Jahr 1995 auf 510 767 Betten im Jahr 2006 zurückgegangen. Davon stehen noch über die Hälfte (51,1 Prozent) in öffentlichen Krankenhäusern, weitere 35,3 Prozent in freigemeinnützigen Einrichtungen und 13,6 Prozent in privaten Kliniken.¹⁸ Kommunale Krankenhäuser sind in der Regel in einer Weise in die lokale Politik und ihre Interessen eingebunden, dass Kommunalpolitik und Kommunalverwaltung selbst auf Einzelentscheidungen des Tagesgeschäftes Einfluss nehmen. Daher schafft die formelle Privatisierung eines solchen Krankenhauses zumindest für das Tagesgeschäft die erforderliche Unabhängigkeit von der Tagespolitik.¹⁹ Von den öffentlichen Krankenhäusern sind mittlerweile über die Hälfte (367 im Jahr 2006) privatrechtlich organisiert. Die materielle Privatisierung

¹⁸ Eigene Berechnungen der Monopolkommission auf der Grundlage von: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, a. a. O.

¹⁹ Vgl. Jordan, E.: Probleme und Perspektiven öffentlicher Krankenhäuser, in: Klauber, J., Robra B.-P., Schellschmidt, H., Krankenhaus-Report 2006, a. a. O., S. 163 ff.

geht über die formelle hinaus und wird meist dann vollzogen, wenn ein Krankenhaus unter dem kommunalen Träger dauerhaft defizitär ist. Der Verkauf eines Krankenhauses spült dann Geld in die kommunalen Kassen und entlastet zukünftige kommunale Haushalte. Im Durchschnitt lassen sich durch ihn etwa zwei Drittel des Jahresumsatzes eines Krankenhauses erlösen.

815. Unbestritten ist, dass private Träger kostenseitige Vorteile gegenüber öffentlichen Trägern genießen, da sie in dem personalkostenintensiven Krankenhaussektor nicht in gleicher Weise an tarifliche Vereinbarungen des öffentlichen Dienstes gebunden sind wie öffentliche Krankenhäuser. Insbesondere die höheren Altersvorsorgeaufwendungen je Arbeitnehmer belasten die öffentlichen Träger im Vergleich mit privaten Krankenhäusern.²⁰ Auch ist davon auszugehen, dass die Minderung politischer Einflüsse die Anreize für das Krankenhaus zu einem an wirtschaftlichen Kriterien ausgerichteten Angebot stärkt und daher die Wirtschaftlichkeit von Arbeitsabläufen und des Einsatzes von Ressourcen in privaten Kliniken deutlicher in den Blickpunkt rückt.

Umstrittener ist die Frage, inwiefern private Kliniken gegenüber öffentlichen Krankenhäusern im Wettbewerb benachteiligt werden. Eine mögliche Wettbewerbsverzerrung ergibt sich aus der Betrachtung der unterschiedlichen Besteuerungsmodalitäten für öffentliche, freigemeinnützige und private Krankenhausträger. Plankrankenhäuser erfüllen durch ihre gemeinnützigen Aufgaben die Voraussetzungen nach den §§ 51 bis 68 der Abgabenordnung („Steuerbegünstigende Zwecke“) und sind von der Gewerbe-, Umsatz- und Grundsteuer befreit. Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft sind zusätzlich von der Körperschaftsteuer befreit.

816. In der Vergangenheit waren öffentliche Krankenhäuser durch die Gewährträgerhaftung der öffentlichen Hand effektiv vor einem Konkurs geschützt. Hieraus können Vorteile bei der Aufnahme von Krediten erwachsen, die jedoch durch den höheren Aufwand der notwendigen haushaltsrechtlichen Prüfungen und Genehmigungen bei kommunalen Krankenhausträgern zumindest teilweise konterkariert werden. Zudem belegt gerade auch die fortschreitende Welle von Privatisierungen öffentlicher Krankenhäuser mit langfristig defizitären Kostenstrukturen, dass die durch die hohe Belastung der sozialen Sicherungssysteme knappen finanziellen Mittel der öffentlichen Hand keine dauerhafte Aufrechterhaltung der Gewährträgerhaftung erlauben. Ob daher öffentliche Krankenhäuser gegenüber ihren privaten Wettbewerbern bei der Aufnahme von Krediten zur Finanzierung von Investitionen signifikant im Vorteil sind, ist zweifelhaft. Entscheidender wird bei der Kreditvergabe seit Basel II die Prüfung sein, inwiefern die bestehenden organisatorischen Strukturen eines Krankenhauses Rückschlüsse auf

ein niedriges Kreditausfallrisiko zulassen. Hier kann vermutet werden, dass private Anbieter durch ihre gegenüber öffentlichen Trägern bereits wirtschaftlichere Organisation regelmäßig im Vorteil sind.²¹

2. Transparenz und Wettbewerb auf dem Krankenhausmarkt

2.1 Preiswettbewerb auf dem Krankenhausmarkt

817. Die laufenden Betriebskosten der deutschen Krankenhäuser werden von den Krankenkassen über Fallpauschalen vergütet. Die in Deutschland verwendete Form einer leistungsorientierten Vergütung über DRG-Fallpauschalen je Behandlungsfall konvergiert bis zum Ende der Konvergenzphase im Jahr 2009 zu einem System mit krankenhauseinheitlichen Basisfallwerten für jedes Bundesland.²² Daher wird das Fallpauschalensystem voraussichtlich zwar Unterschiede im Preisniveau zwischen den Bundesländern zulassen, jedoch erlaubt es keine Preisdifferenzierung der Krankenhäuser gegenüber unterschiedlichen gesetzlichen Krankenversicherungsträgern. Die Bereiche der Krankenhausversorgung, in denen Preiswettbewerb eine gewisse Bedeutung hat, sind hingegen von allenfalls geringer wirtschaftlicher Relevanz. Preiswettbewerb betrifft zum einen den Bereich der integrierten Versorgung, zum anderen bieten sich gewisse Preissetzungsspielräume bei allen freiwilligen Leistungen, bei Wahlleistungen und bei Leistungen, die gegenüber privat Versicherten erbracht werden.

Daher existiert gegenwärtig kein spürbarer Preiswettbewerb auf dem deutschen Krankenhausmarkt. Zwar besteht, solange noch krankenhausspezifische Basisfallwerte existieren, die theoretische Möglichkeit, dass Krankenkassen ihre Patienten bei der Krankenhauswahl beeinflussen und sie in günstige Krankenhäuser lotsen. Allerdings lässt in der Praxis bereits für das Konvergenzniveau des Jahres 2007 der Abgleich der Patientenzuwanderungen auf Kreisebene mit den Basisfallwerten keine nennenswerte Beziehung und damit auch keine aktive Steuerung nach Preisen erkennen.²³ Dies mag auch daran liegen, dass die Einflussmöglichkeiten der Krankenkassen auf die Patientenentscheidungen gering sind, da die GKV-Versicherten in Abstimmung mit den einweisenden Medizinern ihr Krankenhaus frei wählen können.

818. Die Abwesenheit spürbaren Preiswettbewerbs auf dem deutschen Krankenhausmarkt bedingt auch, dass fusionsbedingte Marktmacht nicht dazu genutzt werden kann, Preise kurzfristig missbräuchlich anzuheben. Selbst

²⁰ Vgl. Augurzky, B. u. a., Krankenhaus Rating Report 2008, a. a. O., S. 103 f. Die durchschnittlichen Aufwendungen zur Altersvorsorge je Vollzeitkraft betragen 2006 bei privaten Trägern 1 082 Euro gegenüber 2 414 Euro bei freigemeinnützigen Trägern und 3 110 Euro bei öffentlichen Trägern.

²¹ Vgl. Augurzky, B. u. a., Krankenhaus Rating Report 2008, a. a. O., S. 106.

²² Der Basisfallwert entspricht den durchschnittlichen Behandlungskosten je Fall. Zur Abrechnung im deutschen Fallpauschalensystem wird unterschiedlichen Diagnosen ein individuelles Fallgewicht zugeordnet, mit dem der Basisfallwert zu gewichten ist. Während die Fallgewichte bundeseinheitlich festgelegt werden, ist für die Landesbasisfallwerte auch nach dem Abschluss der Konvergenzphase 2009 eine Differenzierung vorgesehen.

²³ Vgl. Augurzky, B. u. a., Krankenhaus Rating Report 2008, a. a. O., S. 39.

für Krankenhausbehandlungen, deren Nachfrage preiselastisch reagiert, bleiben daher durch die Regulierung auf dem Krankenhausmarkt die ansonsten durch fusionsbedingte Marktmacht induzierten allokativen Effizienzverluste aus. Allerdings hat die Monopolkommission wiederholt betont, dass längerfristig durchaus mit Problemen aus fusionsbedingter Marktmacht zu rechnen ist.²⁴ Zum einen erscheint es nicht sinnvoll, die zweifelsfrei in der Zukunft gegebenen Möglichkeiten für eine stärkere Rolle des Preiswettbewerbs schon heute dadurch zu unterminieren, dass Monopolsituationen geschaffen werden. Vielmehr sollten heute Strukturen erhalten werden, die dem Gesetzgeber zumindest die Möglichkeit lassen, Formen von Preiswettbewerb im Krankenhaussektor wirken zu lassen. Zum anderen, und das ist bei der Beurteilung von Krankenhausfusionen das entscheidende Moment, kann durch fusionsbedingte Marktmacht der Qualitätswettbewerb zwischen Kliniken beeinträchtigt werden.

2.2 Qualitätswettbewerb auf dem Krankenhausmarkt

819. Gesetzliche Qualitätsvorgaben für Krankenhausleistungen sind ungeeignet, ein hohes Qualitätsniveau zu garantieren. Dies gilt in gleicher Weise beispielsweise für Empfehlungen zu Prozeduren wie für Vorschriften im Rahmen der Fallpauschalenregelung zur Mindestverweildauer der Patienten im Krankenhaus. Sie dienen lediglich als Mindestvorgaben zur Absicherung des Qualitätsniveaus nach unten und erfüllen den Zweck, die Patienten vor besonders gravierendem Fehlverhalten der Ärzte zu bewahren. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass sich der Qualitätsbegriff bei Krankenhausleistungen auch auf solche Leistungen bezieht, für die er nicht explizit zu kodifizieren und daher rechtlich kaum einklagbar ist. Hierzu zählen beispielsweise die Freundlichkeit des Klinikpersonals, Wartezeiten, die „Hotelqualitäten“ des Krankenhauses, die Ausstattung seiner Zimmer oder die Verpflegung. Nur ein effektiver Qualitätswettbewerb zwischen Krankenhäusern ist hier in der Lage, für ein gleichbleibend hohes, den Patientenpräferenzen entsprechendes Qualitätsniveau zu sorgen.

820. Obwohl in Anbetracht des weitgehend fehlenden Preiswettbewerbs und der allgemeinen Präferenz von Patienten für eine wohnortnahe Krankenhausversorgung der Standort des Krankenhauses und die Qualität des Dienstleistungsangebotes die entscheidenden Wettbewerbsparameter im Krankenhausmarkt bilden, ist auch der Qualitätswettbewerb zwischen den Krankenhäusern eingeschränkt. Damit Qualitätswettbewerb im Krankenhausmarkt funktioniert, wäre Transparenz über das Leistungsgeschehen eine wichtige Vorbedingung. Qualitätswettbewerb wird besonders in jenen Bereichen relevant, in denen der Patient selbständig Entscheidungen zu seiner Therapie treffen kann, also typischerweise für den recht breiten Bereich der elektiven, planbaren Krankenhausleistungen, nicht jedoch für den Bereich der Notfallrettung. Qualitätstransparenz allerdings ist in weiten Teilen

weder für Fachleute noch für die Patienten als relevante Zielgruppe gegeben.

821. Seit dem Jahr 2005 sind die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser zur Erstellung eines Qualitätsberichtes verpflichtet, der gemäß § 137 SGB V durch die Krankenkassen veröffentlicht wird. Das erste Berichtsjahr war das Jahr 2004. Von Interesse ist bisher insbesondere die externe vergleichende Qualitätssicherung, in deren Rahmen die deutschen Krankenhäuser für bestimmte Leistungsbereiche qualitätsrelevante Daten dokumentieren und der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS) zentral überlassen. Diese Leistungsmessung ermöglicht in erster Linie den Krankenhäusern das Benchmarking ihrer eigenen Ergebnisqualität an den Ergebnissen anderer deutscher Krankenhäuser. Jedoch schaffen die bisherigen Qualitätssicherungsverfahren nur wenig Transparenz für Patienten, einweisende Mediziner oder die Krankenkassen als Kostenträger im Gesundheitswesen, da die Beurteilungsergebnisse einzelner Krankenhäuser weitgehend anonymisiert werden. Erst seit 2007 sind die Krankenhäuser auch dazu verpflichtet, im zweijährigen Turnus zusätzlich 27 von 270 Prozess- und Ergebnisindikatoren der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V offenzulegen.

Die Verpflichtungen zur Offenlegung bestimmter Qualitätsindikatoren entfalten ihre Wirkungen daher gegenwärtig vor allen Dingen auf professioneller Ebene. Qualitätstransparenz wird überwiegend betrieben von Profis für Profis. Damit jedoch auch Patienten in stärkerem Maße als bisher die sich bietenden Qualitätsinformationen nutzen können, wäre darauf zu achten, leicht verständliche und für Vergleiche geeignete Informationsangebote zur Qualität von Krankenhausbehandlungen vorzubereiten. Hilfreich hierbei könnte auch die Bildung eines systematischen Qualitätsregisters für Krankenhausbehandlungen sein. Dieses würde Daten der Krankenhäuser über ihre Behandlungsmaßnahmen und Pflegeresultate abbilden und würde zum einen der Qualitätstransparenz gegenüber den Patienten dienen sowie zum anderen der evidenzbasierten Medizin – wie beispielsweise in Schweden praktiziert – breitere Möglichkeiten eröffnen. Gewisse Vorbehalte der Krankenhäuser gegenüber der weitreichenden Veröffentlichung von Qualitätsdaten sind hierbei verständlich. So ist die Qualität der Krankenhausversorgung ein hochkomplexes Gebilde, das subjektiver Wahrnehmung in hohem Maße ausgesetzt ist und nur an wenigen Stellen eine an Zahlen gemessene objektive Beurteilung erlaubt. Und auch die Ergebnisqualität, gemessen etwa an Todesraten, Rückfallquoten oder der Art und der Zahl von Komplikationen bei einem bestimmten Eingriff, kann von einer Reihe von Einflussfaktoren beeinträchtigt werden, die außerhalb der Kontrolle des Krankenhauses liegen. So hat die Qualität der ambulanten Vor- und Nachbehandlung mitentscheidenden Einfluss auf das Ergebnis. Auch das Verhalten des Patienten und seine individuelle Beteiligung sind für den Heilungserfolg von einiger Bedeutung. Im wirksamen Qualitätswettbewerb kann dies möglicherweise auch zu zusätzlicher Patientenselektion durch die Krankenhäuser Anreiz geben, da die Krankenhäuser die Nachteile einer schlechten Bewertung fürchten, die nicht in ihrer unmittelbaren Verantwortung, son-

²⁴ Vgl. Monopolkommission, Sondergutachten 45, a. a. O., Tz. 124; dies., Sondergutachten 52, a. a. O., Tz. 77.

dem in dem Verhalten der einweisenden Mediziner und der Mitwirkung der Patienten begründet liegt.

Die Monopolkommission ist der Auffassung, dass diese Argumente jedoch nicht geeignet sind, um sich dauerhaft einer umfassenden Transparenz des Leistungsgeschehens auf dem Krankenhausmarkt zu verschließen. Insbesondere sollten sich die entsprechenden stochastischen Probleme bereits in einem durchschnittlichen Krankenhaus mit einem jährlichen Aufkommen von etwa 8 000 Fällen vergleichsweise gut kontrollieren lassen. Empirische Untersuchungen belegen, dass der Qualitätswettbewerb überall dort wirksam ist, wo Qualität durch die Patienten leicht zu beobachten ist.²⁵ Hingegen führt eine Steigerung des Wettbewerbsdrucks in allen übrigen Bereichen, die sich Qualitätstransparenz entziehen, zu einer Qualitätsreduktion. Der ökonomische Hintergrund dieser Beobachtung ist nahe liegend. Krankenhäuser leiten ihre Ressourcen in besonderer Weise in jene Bereiche, die für die Nachfrageentscheidung der Patienten relevant sind. Solange keine umfassende Qualitätstransparenz im Krankenhaussektor existiert, sind die Patienten bei ihrer Wahlentscheidung auf den Rat der einweisenden Ärzte und die Erfahrungswerte aus ihrem Freundes- und Bekanntenkreis sowie dem familiären Umfeld angewiesen. Es mag daher wenig verwundern, wenn Krankenhäuser gegenwärtig vergleichsweise hohe Anstrengungen in offensichtliche Faktoren, beispielsweise die Hotelqualitäten ihrer Einrichtung, lenken und die weniger wahrnehmbaren Qualitätsbereiche vernachlässigen.

Fortschritte ließen sich bereits dadurch erzielen, dass es Krankenhäusern gestattet wird, gezielter als bisher mit Qualitätsindikatoren und Behandlungsmethoden zu werben und diese als Signale für eine hohe Angebotsqualität im Wettbewerb um Patienten einzubringen. Dem Einsatz von Werbung durch Krankenhäuser im Wettbewerb um Patienten setzen gegenwärtig das Heilmittelwerbegesetz und die Berufsordnung der Ärzte enge Grenzen. Nicht gestattet ist Ärzten insbesondere eine anpreisende, irreführende oder vergleichende Werbung. Außerhalb der Fachkreise ist zudem die Werbung für therapeutische Verfahren und Behandlungen beschränkt, um einer unsachlichen Beeinflussung von Patienten vorzubeugen und Gefahren abzuwenden, die bei schwerwiegenden Erkrankungen von einer möglichen Selbstbehandlung durch die Patienten ausgehen würden. Diese Grenzen zulässiger Werbung im Krankenhaussektor erscheinen der Monopolkommission insofern restriktiv, als Krankenhäuser allein schon zur Wahrung der Rechtssicherheit gezwungen sein könnten, mit der Weitergabe von Qualitätsinformationen an eine breite Öffentlichkeit übervorsichtig umzugehen.²⁶

²⁵ Vgl. Propper, C., Burgess, S., Gossage, D., *Competition and Quality: Evidence from the NHS Internal Market 1991-9*, *Economic Journal* 118, 2008, S. 138–170.

²⁶ Vgl. zur Rolle von Werbebeschränkungen in den Berufsordnungen ausgewählter freier Berufe außerdem die Meinung der Monopolkommission im Sechzehnten Hauptgutachten: *Mehr Wettbewerb auch im Dienstleistungssektor!*, Hauptgutachten 2004/2005, Baden-Baden 2006, Tz. 821 ff.

822. Die insgesamt geringe Qualitätstransparenz im Krankenhaussektor diszipliniert Krankenhäuser derzeit nur unzureichend in ihren Anreizen, die Behandlungsqualität abzusenken. Dies gilt umso mehr, als zu befürchten steht, dass auch die einweisenden Ärzte die ihnen zustehende Mittlerfunktion bei der Krankenhauswahl der Patienten nur unvollkommen ausfüllen. Denn die einweisenden ambulanten Mediziner bewegen sich bei ihren Empfehlungen für oder gegen ein bestimmtes Krankenhaus an der auch im Interesse einer effizienten Versorgung immer wichtiger werdenden Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor. Da die Verweildauer der Patienten aufgrund kostensparender Anreize, die das DRG-Fallpauschalensystem für die stationäre Krankenhausbehandlung entfaltet, deutlich zurückgegangen ist, ist zunehmend davon auszugehen, dass Nachsorgeaufgaben in der Folge operativer Eingriffe von den ambulanten Mediziner in unmittelbarer Wohnortnähe der Patienten übernommen werden.

Zunächst bietet das DRG-Fallpauschalensystem den Krankenhäusern gewisse Anreize, bei bestimmten Behandlungen die Verweildauer der Patienten im Krankenhaus stark abzukürzen. Werden Patienten aber allzu frühzeitig aus der stationären Behandlung entlassen, wird regelmäßig eine Nachsorge im ambulanten Bereich erforderlich. Diese Nachsorgeaufgaben werden inzwischen zumindest gelegentlich explizit in sog. Kick-back-Geschäften zwischen dem Krankenhaus auf der einen Seite und ambulanten Mediziner auf der anderen vertraglich geregelt. Mit ambulanten Ärzten werden Rahmenverträge abgeschlossen, in denen pro Fall oder erforderlichem Nachsorgebesuch bestimmte Zahlungen vorgesehen sind, die von den Kliniken aus der DRG-Fallpauschale bezahlt werden und für den aufnehmenden Arzt zu dem Honorar hinzukommen, das er von der Krankenkasse des Patienten für diese Behandlung erhält. Je nach Art der erforderlichen Behandlung kommen nur Ärzte mit bestimmten Qualifikationen oder einer bestimmten Apparateausstattung für eine Nachsorge in Betracht. Als Kick-back-Geschäfte beziehen sich die Vereinbarungen im Allgemeinen auf Patienten, die von den betreffenden Ärzten auch ursprünglich in das Krankenhaus eingewiesen wurden. Die Vereinbarungen liegen dann im wirtschaftlichen Interesse des einweisenden Arztes, selbst wenn sie ganz im Einklang mit der Berufsordnung der Ärzte eine nur der erbrachten Leistung entsprechende Vergütung vorsehen. Sobald regelmäßige explizite vertragliche Bindungen zwischen einzelnen Ärzten und einzelnen Kliniken zur Nachsorge stationärer Aufenthalte bestehen oder aber auch nur implizite Bindungen aus der Erfahrung, dass der Patientenrücklauf aus dem einen Krankenhaus im Durchschnitt höher ausfällt als aus einem anderen, kann nicht länger davon ausgegangen werden, dass der einweisende ambulante Arzt bei seiner Krankenhausempfehlung völlig unabhängig von wirtschaftlichen und allein nach qualitativen Kriterien urteilt. Die Monopolkommission bewertet daher alle vergleichbaren engen vertraglichen Beziehungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor als kritisch für die Funktionsfähigkeit des Qualitätswettbewerbs in der Krankenhausversorgung.

823. Die Monopolkommission behauptet nicht, dass in Anbetracht des fehlenden Preiswettbewerbs und der großen Mängel des Qualitätswettbewerbs auf dem deutschen Krankenhausmarkt für die kritischen Fusionsvorhaben von Kliniken mildere Maßstäbe zu gelten haben als für Fusionen in wettbewerblicher organisierten Industrien. Ganz im Gegenteil führt ihre Analyse sie zu der Feststellung, dass bei der fusionskontrollrechtlichen Beurteilung von Krankenhauszusammenschlüssen gerade auf den Erhalt des verbleibenden Qualitätswettbewerbs Wert zu legen ist. Wie bereits für den Preiswettbewerb gilt aus Sicht der Monopolkommission auch für den Qualitätswettbewerb auf dem deutschen Krankenhausmarkt, dass heute Strukturen erhalten werden sollen, die dem Gesetzgeber für die Zukunft die Möglichkeit belassen, die Rolle des Qualitätswettbewerbs auf dem Krankenhausmarkt im Interesse einer qualitativ hochwertigen Versorgung der Patienten mit Krankenhausleistungen weiter zu stärken.

3. Finanzierung der Krankenhausversorgung

3.1 Fehlanreize in der dualistischen Krankenhausfinanzierung

3.1.1 Investitionsförderung

824. Ziel des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen. Hierzu übernehmen die Bundesländer gemäß § 6 Abs. 1 KHG die Krankenhausplanung und stellen Investitionsprogramme auf. Der Investitionsbedarf ergibt sich aus der Krankenhausplanung, die für jede Region Zahl und Art der Krankenhausbetten anhand von Kennzahlen wie der Bevölkerungszahl, der Verweildauer oder der Bettenauslastung festlegt. Die Aufnahme in den bedarfsgerechten Krankenhausplan des jeweiligen Bundeslandes ist für Krankenhäuser nach § 8 Abs. 1 KHG Voraussetzung für eine staatliche Förderung. Plankrankenhäuser und Universitätskliniken sind zur Versorgung versicherter Personen durch einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen verpflichtet. Nur wenige Kliniken außerhalb der Landesbedarfspläne, sog. Vertragskrankenhäuser, besitzen einen Versorgungsvertrag, bleiben jedoch von der Finanzierung ihrer Investitionen durch die Bundesländer ausgenommen.²⁷ Die Investitionsförderung teilt sich zumeist in eine antragsfreie Pauschalförderung für kurzlebige Investitionsgüter mit einer Lebensdauer von ein bis drei Jahren sowie in eine Antragsförderung für mittel- und langlebige Investitionsprojekte auf. Ihr jeweiliges relatives Gewicht an der Gesamtförderung ist von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich. Im dualen Krankenhausfinanzierungssystem tragen die Bundesländer sodann gemäß § 4 KHG in Verbindung mit § 9 KHG die Investitionskosten der Klini-

ken, während den Krankenversicherungen gemäß § 18 KHG die Finanzierung der laufenden Betriebskosten obliegt.²⁸

825. Investitionskosten, die einer Förderung durch die Bundesländer offenstehen, betreffen gemäß § 2 Nr. 2 KHG insbesondere den Neubau, den Umbau oder die Erweiterung von Krankenhäusern sowie die Wiederbeschaffung von Anlagegütern. Die Instandhaltung von Kliniken hingegen wird nicht durch die Länder finanziert, sondern durch einen Zuschlag auf die Vergütung stationärer medizinischer Leistungen. Die anfallenden Investitionskosten werden auf Antrag durch die Länder gefördert. Diese entscheiden über die Förderfähigkeit jedes Antrages und prüfen, ob das geförderte Objekt mit dem festgestellten Leistungsauftrag des Krankenhausplanes übereinstimmt. Der öffentliche Anteil am Gesamtinvestitionsaufwand der Plankrankenhäuser reduziert sich kontinuierlich, was gemeinhin mit der Überschuldung der öffentlichen Haushalte erklärt wird. So sanken die realen Fördermittel zwischen 1991 und 2005 um etwa 40 Prozent.²⁹ Gemäß § 8 Satz 2 KHG können die zuständigen Landesbehörden eine Teilfinanzierung mit Restfinanzierung durch den Krankenhausträger vereinbaren, wodurch die diskretionäre Anpassung des Umfangs der öffentlichen Förderung erleichtert wird. So hat die Monopolkommission für das Beispiel der Freien und Hansestadt Hamburg im Ministererlaubnisfall Asklepios Kliniken Hamburg/Krankenhaus Mariahilf festgestellt, dass hier bei Krankenhausneubauten in der Regel eine Eigenbeteiligung des Krankenhausträgers von einem Drittel der förderfähigen Gesamtkosten gefordert wird.³⁰ Auch ergeben sich für geförderte Investitionsentscheidungen je nach Haushaltslage des jeweiligen Bundeslandes häufig kurzfristige Restriktionen.

826. Vor dem Hintergrund der stetig rückläufigen Investitionsförderung durch die öffentliche Hand sind die Krankenhäuser zunehmend gezwungen, Investitionsprojekte über Kredite zu finanzieren und diese aus den laufenden Einnahmen zu decken. Die seit 2007 für alle Kreditinstitute verbindlichen Regeln des Basel II-Abkommens zwingen die Banken dazu, ihre Kredite in ökonomisch sinnvoller Weise risikogerecht zu bepreisen. Mithin sollen Krankenhäuser mit einem höheren Kreditausfallrisiko höhere Kapitalkosten tragen als solche, die über ein niedrigeres Kreditausfallrisiko verfügen. Von einem relativ hohen Kreditausfallrisiko sind insbesondere kleine Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft betroffen, die niedrige Fallzahlen besitzen und in deren Behandlungsstruktur die TOP10-Diagnosegruppen³¹ einen

²⁷ Vgl. Brucknerberger, E., Klaue, S., Schwintowski, H.-P.: Krankenhaushäuser zwischen Regulierung und Wettbewerb, Berlin 2006, S. 156.

²⁸ Hochschulkliniken genießen bezüglich ihrer dualen Finanzierung einen Sonderstatus ohne die Voraussetzung der Aufnahme in den jeweiligen Krankenhausplan des Bundeslandes (§ 5 KHG).

²⁹ Vgl. Augurzky, B. u. a., Krankenhaus Rating Report 2007, a. a. O., S. 51.

³⁰ Vgl. Monopolkommission, Sondergutachten 52, a. a. O., insbesondere Tz. 91 ff.

³¹ Die TOP10-Diagnosegruppen umfassen die zehn häufigsten Diagnosen, die einer Krankenhausbehandlung zugrunde liegen. Je höher der Anteil der TOP10-Diagnosegruppen am Gesamtbehandlungsvolumen eines Krankenhauses ist, desto ausgeprägter sollte sein Spezialisierungsgrad sein.

vergleichsweise niedrigen Anteil einnehmen.³² Da sie auch nur in einem vergleichsweise geringem Umfang auf eigenes Kapital zurückgreifen können, zeigen sich daher insbesondere die kleinen und öffentlichen Träger bei ihren Investitionsentscheidungen auf Zuwendungen aus den staatlichen Förderprogrammen der Bundesländer angewiesen.³³ In diesem Kontext ist allerdings darauf hinzuweisen, dass es sich bei den unterschiedlichen Finanzierungslasten nicht um eine strukturelle Wettbewerbsbenachteiligung kleiner und öffentlicher Krankenhausträger handelt, da die bei diesen anfallenden höheren Kapitalkosten in der Regel wirtschaftlich relevanten Gesichtspunkten entsprechen sollten, nämlich der Ausfallwahrscheinlichkeit ihrer vergleichsweise riskanten Kredite. Strukturell benachteiligt sind jedoch – solange eine Krankenhausplanung betrieben und eine Investitionsförderung durch den Staat nur Plankrankenhäusern gewährt wird – die Nichtplankrankenhäuser gegenüber den Plankrankenhäusern. Denn im Wettbewerb um privat versicherte Patienten müssen ausschließlich die Nichtplankrankenhäuser sämtliche Kapitalkosten selbst tragen.

827. Die duale Finanzierung ist ökonomisch problematisch, weil sie triftige Nachfrageprognosen durch staatliche Planung voraussetzt. Die Investitionsplanung muss Nachfrageentwicklungen prognostizieren und zutreffende Kenntnisse über die zukünftig gesellschaftlich erwünschte Nachfrage nach stationären Krankenhausleistungen besitzen. Damit Krankenhauskapazitäten und die technische Ausstattung in der Fläche zutreffend festgelegt werden können, wird Wissen über die künftige regionale Bevölkerungsentwicklung benötigt. Hierbei gilt es, einerseits die bloße quantitative Veränderung abzuschätzen, aber auch Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur, da sich hieraus wichtige Schlussfolgerungen für den Bedarf an Versorgungsangeboten in einer Region ziehen lassen. In zeitlicher Hinsicht ist diese Nachfrageentwicklung dann über den gesamten Nutzungszeitraum des jeweils betrachteten Investitionsgutes abzuschätzen, damit in ökonomisch richtiger Weise über seine Anschaffung und Errichtung entschieden werden kann. Da dieser Betrachtungszeitraum im Krankenhausbereich durchaus 25 Jahre betragen kann und das innovatorische Leistungsvermögen der Branche weiterhin ungebrochen ist, sollte es staatlichen Stellen besonders schwerfallen, auf eine solch lange Sicht die für eine erfolgreiche Investitionsplanung notwendige Nachfrageprognose abzugeben.

Die Monopolkommission ist sich bewusst, dass es auch bei einer wettbewerblichen Organisation des Krankenhauses zu Fehlentscheidungen bei der Investitionsplanung kommen kann. Eine stärkere Rolle für den Wettbewerb bei der Organisation des Angebotes von Krankenhausleistungen ist jedoch geboten, da der Wett-

bewerb die dezentral vorliegenden Informationen besser nutzen, daher auch begangene Fehler schneller korrigieren und im Zeitablauf besser zur Aufdeckung bislang unbekannter Innovationsmöglichkeiten beitragen kann, als es die planerische Investitionssteuerung vermag.

828. Die staatliche Investitionsförderung führt außerdem zu Wettbewerbsverzerrungen zwischen dem ambulanten und dem stationären Versorgungsbereich und benachteiligt besondere Vertragsformen. Dies gilt insbesondere in Bereichen, in denen die Krankenkassen als Kostenträger mitwirken und daher die relativen Preise der unterschiedlichen Bereiche eine gewisse Lenkungswirkung entfalten. Ein solcher Zusammenhang ist für besondere Vertragsformen gegeben wie beispielsweise für das Angebot integrierter Versorgungsformen, mit denen die Krankenkassen für bestimmte Erkrankungen eine die Leistungssektoren übergreifende Versorgung über Einzelverträge mit ausgewählten Leistungserbringern sicherstellen können und hierdurch die Häufigkeit von Krankenseinweisungen und die Verweildauer im Krankenhaus reduzieren. Bei korrekten Preisverhältnissen ergäben sich für diese höhere Ersparnisse, als aufgrund des durch die Subventionierung künstlich niedrigen Kostenniveaus des stationären Bereiches erreicht werden.

829. Weiterhin ist die duale Finanzierung des Krankenhausesektors problematisch, da sie die Investitionsentscheidungen verzerrt. Denn es lassen sich im Krankenhausesektor zum einen Kapital und Arbeit zumindest teilweise substituieren. Es sollte daher von den relativen Preisen langlebiger Investitionsgüter und den laufenden Kosten ihres Betriebes abhängig sein, welcher Technologie bei der Anschaffung der Vorzug gegeben wird. Zu beachten ist, dass die Personalkosten im Krankenhausesektor den wesentlichen Kostenanteil ausmachen. Im Jahr 2006 betrug ihr Anteil 62,3 Prozent an den Gesamtkosten, auf Sachkosten entfielen hingegen nur 36,2 Prozent.³⁴ Sollen die Investitionsentscheidungen über den Einsatz von Arbeit und Kapital nun in optimaler Weise getroffen werden, müssen diese simultan und daher „aus einer Hand“ erfolgen.

Zum anderen bedingt eine optimale Investitionsentscheidung stets eine Abwägung der Investitionskosten mit den aus der Investition zukünftig zu erwartenden Erträgen. Jedes Investitionsprojekt soll mit der Zeit zu Erträgen führen, die seine direkten Kosten zuzüglich seiner Finanzierungskosten zumindest aufwiegen. In der dualen Krankenhausfinanzierung aber wird die Kostenseite von der Ertragsseite losgelöst, da die Kapitalkosten nicht angemessen in die Investitionsentscheidung eingehen und auch die notwendigen finanziellen Mittel nicht auf dem Kapitalmarkt beschafft werden müssen. Der Investitionsprozess ist daher auch keinem strengen betriebswirtschaftlichen Optimierungsprozess unterworfen. Ganz im Gegenteil besteht aufgrund der großen Einflussmöglichkeiten von politischen Gremien und von Interessenver-

³² Vgl. Augurzky, B. u. a., Krankenhaus Rating Report 2007, a. a. O., S. 84 f.

³³ Die Fördermittel der öffentlichen Hand bilden zugleich eigenkapitalähnliche Positionen in den Bilanzen der geförderten Krankenhäuser. Insbesondere „Sonderposten aus Fördermitteln nach dem KHG“ fallen hierunter. Denn solange ein Krankenhaus seine Zweckbestimmung nicht ändert und es entsprechend im Krankenhausplan enthalten ist, sind die Fördermittel grundsätzlich nicht zurückzuzahlen.

³⁴ Vgl. Augurzky, B. u. a., Krankenhaus Rating Report 2008, a. a. O., S. 44.

bänden auf die Entscheidungsprozesse sogar die Gefahr, dass sparsame und wirtschaftliche Lösungen nicht durchgesetzt werden können.

830. Die Monopolkommission sieht in der von den Bundesländern geleisteten zentralen Krankenhausplanung und der mit ihr verbundenen Investitionsförderung für Plankrankenhäuser ein wichtiges Hemmnis für Innovationen und Wirtschaftlichkeit im Krankenhausesektor. Die Monopolkommission plädiert stattdessen für eine Krankenhausplanung, die nicht länger die Gewährleistung einer allumfassenden Krankenhausversorgung auf dem Gebiet eines jeden Bundeslandes im Blick hat, sondern auf die Sicherstellung lediglich einer unbedingt erforderlichen Mindestversorgung gerichtet ist. Für alle übrigen Bereiche muss ein Finanzierungssystem gefunden werden, das es den Krankenhäusern erlaubt, ihr Angebot im Wettbewerb an dem durch die Krankenkassen und Patienten geäußerten lokalen Bedarf auszurichten und stetig fortzuentwickeln.³⁵ Ausschlaggebend für diese Forderung sind die zahlreichen verzerrenden Wirkungen des Investitionsförderverfahrens, das zudem anfällig gegenüber einseitig an nicht gesundheitspolitischen Fragestellungen ausgerichteter politischer Einflussnahme ist. Die staatliche Investitionsförderung benachteiligt Nichtplankrankenhäuser gegenüber Plankrankenhäusern im Wettbewerb um Privatpatienten, ihr zentralistisches Verfahren nutzt die dezentral vorliegenden Informationen über den lokalen Bedarf an Krankenhausleistungen nicht in effizienter Weise, lässt mögliche innovatorische Potenziale unausgeschöpft und kann im Einzelfall sinnvolle unternehmerische Tätigkeit von Krankenhausträgern unterbinden. Am bedeutendsten aber ist, dass die staatliche Investitionssteuerung im Krankenhauswesen die Investitionsentscheidungen verzerrt, da sie Entscheidungen über Anlagegüter und Technologien auf der einen Seite von den Entscheidungen über Arbeit auf der anderen loslöst und die betriebswirtschaftlichen Beziehungen der Kosten- und Ertragsseite eines Investitionsprojektes vernachlässigt.

3.1.2 Fallpauschalen

831. Für alle Fachabteilungen der stationären Versorgung außer Psychiatrie, Psychosomatik und psychotherapeutischer Medizin wurde im Jahr 2003 das G-DRG-System³⁶ als ein Fallpauschalensystem eingeführt, über das die Krankenhäuser die behandelten Fälle zur Deckung ihrer laufenden Betriebskosten abrechnen. Seit dem Jahr 2004 wird es durchgängig verwendet. Fallpauschalen bezeichnen Einmalzahlungen an die Krankenhäuser, die diese nach einer Diagnose zur Abgeltung sämtlicher Behandlungskosten erhalten. Im Grundsatz erfolgt die Vergütung unabhängig davon, wie lange der Aufenthalt des Patienten im Krankenhaus tatsächlich dauert und welchen Behandlungen er in dieser Zeit unterzogen wird. Da eine

längere Verweildauer eines Patienten aber genauso wie eine höhere Behandlungsqualität für das Krankenhaus in der Regel zusätzliche Kosten verursacht, sind einer Vergütung über Fallpauschalen Anreize zur frühzeitigen oder sogar verfrühten, sog. „blutigen“ Entlassung und zur Absenkung der Behandlungsqualität immanent, die das deutsche Fallpauschalen-System durch eine Reihe von Auffangmechanismen zu kontrollieren versucht.

832. Durch die Vergütung über Fallpauschalen geht das kurzfristige Behandlungskostenrisiko von der Krankenkasse auf das Krankenhaus über. Erfordert die Behandlung eines Patienten eine besondere Qualität, deren Kosten von der Fallpauschale nur unvollkommen abgedeckt werden, oder benötigt ein Patient eine außergewöhnlich lange Verweildauer im Krankenhaus, so trägt zunächst das Krankenhaus die hieraus entstehenden Verluste. Da diesen besonders schwerwiegenden Fällen jedoch in der Regel auch Fälle entgegen stehen sollten, deren tatsächliche Behandlungskosten unter der Fallpauschalenvergütung liegen, sollte bereits ein durchschnittlich großes Krankenhaus, das etwa 8 000 Fälle im Jahr behandelt, dieses Risiko zumindest teilweise übernehmen können.³⁷ Um dennoch problematische Kostenausreißer zu vermeiden, wird mit jeder Fallpauschale eine obere Grenzverweildauer verknüpft, ab der die prospektive Vergütung aussetzt und eine am tatsächlichen Mehraufwand orientierte zusätzliche Vergütung über tagesgleiche Pflegesätze einsetzt. Im Ergebnis bewirkt diese Regelung eine Aufteilung des Krankheitskostenrisikos zwischen den Krankenhäusern auf der einen und den Krankenkassen auf der anderen Seite.

833. Die genannte Regelung wirkt sich auch auf die finanziellen Anreize zur Patientenselektion aus. Denn bei jeder gegebenen Fallpauschalenhöhe sind besonders jene Patienten für das Krankenhaus attraktiv, die einen vergleichsweise kostengünstigen Behandlungsverlauf erwarten lassen. Es ist daher davon auszugehen, dass Krankenhäuser sich darum bemühen, die Einweisungen der Ärzte zu steuern und unattraktive Fälle an konkurrierende Kliniken abzuschieben. Hierzu hat ein Krankenhaus auch einige Gelegenheit, indem es gegenüber wenig attraktiven Patienten beispielsweise auf seine hohe Auslastung, seine vermeintlich unzureichende medizinische Infrastruktur oder seine vergleichsweise geringe Erfahrung in dem betreffenden Spezialgebiet verweist.³⁸ Der Einsatz einer kostenorientierten Vergütung oberhalb der kritischen Grenzverweildauer wirkt nun zumindest solchen Anreizen zur Patientenselektion entgegen, die aus den zusätzlichen Kosten einer überdurchschnittlich langen Behandlungsdauer herrühren. Anreize zur Patientenselektion jedoch, die daraus entstehen, dass vereinzelt besonders kostenaufwendige Behandlungsmethoden zum Einsatz kommen müssen, werden hierdurch noch nicht abgemildert.

³⁵ Der Abschnitt 3.2.2 wird klären, nach welchen Kriterien hierbei vorzugehen ist und wie sich die flächendeckende Versorgung mit dem politisch erwünschten Mindestangebot von Krankenhausleistungen wettbewerbsneutral erreichen lässt.

³⁶ German-Diagnosis-Related-Groups-System.

³⁷ Vgl. Felder, S., a. a. O., S. 54 ff.

³⁸ Dieser finanzielle Anreiz zur Patientenselektion verstärkt den bereits als problematisch erachteten Selektionsanreiz bei hoher Qualitätstransparenz und wirksamen Reputationsmechanismen im Krankenhausesektor, vgl. Abschnitt 2.2.

834. Der Gefahr „blutiger“ Entlassungen wird durch die Festlegung einer unteren Grenzverweildauer begegnet. Durch die pauschalierte Vergütung besteht für das Krankenhaus ein Anreiz, Patienten aus Gründen der Kostensparnis vorzeitig zu entlassen. Da die hierdurch auftretenden Komplikationen Zusatzkosten aufseiten der Krankenkasse durch erforderlich werdende Zusatzbehandlungen nach sich ziehen, werden zum einen Regelungen getroffen, die eine Mehrfacheinweisung aufgrund derselben Diagnose verhindern sollen und mithin zusätzliche Gewinnmöglichkeiten für das Krankenhaus schmälern, und zum anderen untere Grenzverweildauern definiert. Unterschreitet ein Patient die der Diagnose entsprechende Mindestaufenthaltsdauer im Krankenhaus, wird die betreffende Leistungspauschale gekürzt.

835. Grundlage für die Abrechnung der Leistungen eines Krankenhauses bildet gegenwärtig sein individueller Basisfallwert. Während der Konvergenzphase bis zum Jahr 2009 werden die Basisfallwerte der Krankenhäuser sukzessive an den jeweiligen Landesbasisfallwert angepasst, der die Vergütung eines durchschnittlichen Falles in dem jeweiligen Bundesland beschreibt. Nach Abschluss der Konvergenzphase soll der Landesbasisfallwert für sämtliche Krankenhäuser eines Bundeslandes die einheitliche Berechnungsgrundlage bilden.³⁹

Um aus dem Basisfallwert den für den einzelnen Behandlungsfall relevanten Abrechnungswert (Fallpauschale) zu ermitteln, werden Kostengewichte und eine Klassifikation des betreffenden Falles in eine Fallgruppe benötigt. In Deutschland findet hierfür die G-DRG-Klassifikation Anwendung, bei der es sich um eine Weiterentwicklung der differenzierten australischen DRG-Klassifikation für den deutschen Krankenhausmarkt handelt. Zu ihrer Anpassung untersucht das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) jährlich die Kostenstrukturen in einer Stichprobe von Kalkulationskrankenhäusern. Auf diese Weise werden die Kostengewichte einzelner Diagnosegruppen zueinander ermittelt und es werden ihnen Bewertungsrelationen zugewiesen. Der durchschnittlich teure Fall erhält den Wert 1, mithin entspricht seine Fallpauschale dem Basisfallwert. Bei der Abgrenzung einer Diagnosegruppe werden neben den medizinischen Indikationen und Prozeduren auch die Fallkosten berücksichtigt. Sobald die Varianz der Fallkosten ein bestimmtes Maß überschreitet, wird die betrachtete DRG in zwei oder mehrere Diagnosegruppen aufgespalten. Daher ist die Zahl der Diagnosegruppen von anfänglich 664 im Jahr 2003 auf mittlerweile 1 137 angewachsen. Darüber hinaus sind gegenwärtig 115 Zusatzentgelte für besondere Leistungen vereinbart, also teure therapeutische Verfahren, Medikamente oder Blutprodukte, die neben den Fallpauschalen abgerechnet werden können.

³⁹ Unterschiedlich hohe Landesbasisfallwerte der Bundesländer werden damit begründet, dass es regionale Kostenunterschiede bei der Bereitstellung stationärer Krankenhausleistungen gibt. Es ist nicht unmittelbar ersichtlich, weswegen solche Kostenunterschiede nur zwischen den Bundesländern und nicht auch innerhalb der Bundesländer relevant werden. Entsprechend erscheinen der Monopolkommission Stadt-Land-Unterschiede gegebenenfalls problematischer als die Unterschiede zwischen zwei Bundesländern.

836. Die Landesbasisfallwerte, zu denen die individuellen Basisfallwerte der Krankenhäuser konvergieren, werden entsprechend § 18 KHG auf Landesebene zwischen den Krankenhausträgern und den Krankenversicherungsträgern ausgehandelt. Maßgeblich für die Regelung dieses Verhandlungsprozesses ist § 10 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG). Bei seiner erstmaligen Vereinbarung für das Jahr 2005 war jeder Landesbasisfallwert so festzulegen, dass Beitragserhöhungen für die Kassen ausgeschlossen waren.⁴⁰ Diese Regelung impliziert, dass der Fallwert hier nicht allein anhand von Kostenstrukturen festgelegt wurde. Seither wird der Landesbasisfallwert, ausgehend von der Vereinbarung des Vorjahres, jeweils neu ausgehandelt, wobei vielfältige Faktoren zu berücksichtigen sind. § 10 Abs. 3 KHEntgG zählt hierzu unter anderem die allgemeine Kostenentwicklung, Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven und die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen. Im Ergebnis entspricht das G-DRG-Fallpauschalensystem daher einer Price-Cap-Regulierung, die in statischer und in dynamischer Hinsicht entsprechende positive wie negative Anreize entfaltet.

Während der laufenden Konvergenzphase wird die wirtschaftliche Betätigung der Krankenhausträger außerdem gemäß § 4 KHEntgG durch eine Berechnung prospektiver flexibler Budgets und durch einen teilweisen Ausgleich von Mehr- und Mindererlösen beschränkt. Hierdurch soll über die Dauer der Konvergenzphase, in der das DRG-Fallpauschalensystem noch als ein lernendes, sich ständig adaptierendes System ausgelegt ist, vermieden werden, dass sich aus Veränderungen im Leistungsumfang problematische finanzielle Belastungen für einzelne Krankenhäuser einstellen. Grundidee der Budgetierung ist es, dass den Krankenhäusern bei Unterschreiten des erwarteten Leistungsumfanges zumindest genügend Mittel verbleiben, um ihre Fixkosten zu decken, und ihnen andererseits bei einer Mehrleistung noch Mittel in einer Höhe belassen werden, dass die tatsächlich entstandenen Mehrkosten abgedeckt sind. Die Monopolkommission weist darauf hin, dass die Budgetierung in der Übergangsphase im Wesentlichen als ein Instrument zu begreifen ist, mit dem den Krankenhäusern Anreize genommen werden, ihren Leistungsumfang durch eine Fallzahlausweitung mit großer Geschwindigkeit zulasten der übrigen Anbieter auszudehnen. Sie verfestigt die bestehenden Strukturen in der Krankenhausversorgung. Die Monopolkommission ist daher der Auffassung, dass eine Fortschreibung der Budgetierung über die Konvergenzphase hinaus eine erhebliche Störung des Krankenhauswettbewerbs bedeuten und wichtige marktliche Anpassungsprozesse unnötig verlangsamen würde.

837. Grundsätzlich ist das Fallpauschalensystem nicht gegen Qualitätssenkungen durch die Krankenhäuser und auch nicht gegen ein manipulatives Kodierverhalten geeignet. Da die Krankenhäuser in dem als Festpreissystem ausgelegten DRG-Vergütungssystem für unterschiedli-

⁴⁰ Beitragserhöhungen werden gemäß § 10 Abs. 2 KHEntgG gebilligt, wenn sie nach Ausschöpfung jeglicher Wirtschaftlichkeitsreserven zur Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung erforderlich sind.

che Therapieformen unterschiedlich hohe Gewinnmargen erzielen können, besteht ein Anreiz, die behandelten Fälle lukrativ einzugruppieren und auf diese Weise das Behandlungsaufkommen bei Diagnosen und Zusatzentgelten mit hohen Margen auszuweiten. Ein Beispiel hierfür bildet die Beobachtung, dass zumindest während der Einführungsphase des DRG-Katalogs in Deutschland kaum mehr normale Entbindungen dokumentiert wurden und stattdessen die Angabe von Geburtskomplikationen die Regel darstellte. Nach Ansicht der Monopolkommission werden sich die im DRG-Abrechnungsverfahren angelegten Anreize für ein vergleichbares missbräuchliches Verhalten der Krankenhäuser niemals gänzlich beseitigen lassen. Die Regelungen zur unteren und oberen Grenzverweildauer sind wie die Kodierrichtlinien, trotz aller zwischenzeitlichen Bemühungen, nur in begrenztem Umfang dazu geeignet, missbräuchliches Verhalten durch die Krankenhäuser einzudämmen.

838. Die Einführung innovativer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden stellt das im Grundsatz an den durchschnittlichen Bereitstellungskosten der Vergangenheit orientierte DRG-System vor eine Herausforderung. Innovative Konzepte sind durch die Krankenhäuser immer dann bedenkenlos umsetzbar, wenn sie zugleich nicht teurer sind als die Fallpauschale bei der entsprechenden Diagnose. Der Einsatz der Innovation hängt dann lediglich davon ab, ob die bisherige Standardmethode zu höheren oder geringeren Kosten für das Krankenhaus führt.

Eine Innovation, die zu Mehrkosten führt, muss jedoch auf anderen Wegen finanziert werden. Krankenhäuser müssen nach § 6 Abs. 2 KHEntgG mit den Krankenkassen vor Ort zunächst zeitlich befristete, fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte für die neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode vereinbaren. Jedoch muss das Krankenhaus vor der Vereinbarung einer gesonderten Vergütung bereits bis zum jeweiligen 31. Oktober eines Jahres beim InEK für das folgende Abrechnungsjahr eine Information dazu einholen, ob die neue Methode mit den bestehenden Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht abgerechnet werden kann. Das InEK prüft dann zusätzlich, ob das innovative Verfahren in die Regelversorgung aufgenommen werden und in welcher Weise es durch eine DRG oder ein Zusatzentgelt finanziert werden soll. Hierzu müssen zusätzliche Kostendaten erhoben werden. Bis zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Regelversorgung muss jedes Krankenhaus einzeln die Prüfung der neuen Leistung beantragen. Dies kann insbesondere durch die Fristsetzung zu Verzögerungen führen, wenn innovative Methoden gleichzeitig in mehreren Häusern evaluiert werden sollen, einzelne Häuser jedoch die Beantragung der Prüfung versäumen. Die Fristsetzung ist nur erforderlich, damit die innovative Untersuchungs- und Behandlungsmethode gegebenenfalls bereits im Folgejahr als Regelversorgungsbestandteil abgerechnet werden kann. Im Interesse der zeitnahen Markteinführung eines neuen Verfahrens in einem einzelnen Krankenhaus sollte sie jedoch nach Auffassung der Monopolkommission bedeutungslos sein und sollten daher Verhandlungen des Krankenhauses mit den Krankenkassen jederzeit geführt werden können.

839. Das DRG-System setzt als ein prospektives Vergütungssystem für jedes Krankenhaus kurzfristige Anreize zu kostensparendem Verhalten. Denn ein Krankenhaus kann stets die Differenz zwischen der Vergütung und seinen tatsächlich entstandenen Kosten einbehalten. Mit Blick auf die Gesamtheit der deutschen Krankenhäuser allerdings handelt es sich bei dem DRG-System weiterhin um eine kostenbasierte Regulierung, in der die Preise für einzelne Krankenhausleistungen nur insofern von der Zahlungsbereitschaft der Gesellschaft für diese abhängig gemacht werden, als die Nebenbedingung moderater Krankenkassenbeiträge eingehalten werden soll, und sie ansonsten einzig von ihren durchschnittlichen Bereitstellungskosten abhängig gemacht werden.

Durch die detaillierte Ausdifferenzierung der G-DRG-Fallpauschalen nimmt die Vergütung immer stärker den Charakter einer Einzelleistungsvergütung an. Auf der einen Seite wird hierdurch das Behandlungsgeschehen in den einzelnen Krankenhäusern zwar auch immer besser abgebildet. So können selbst sehr kostenintensive Therapien den Krankenhäusern entgolten werden, mithin wird das Kostenrisiko für die Krankenhäuser erheblich reduziert. Auf der anderen Seite jedoch ähnelt das ganze System auch wieder zunehmend einer Kostenerstattungsregelung, die zumindest mittelfristig die kurzfristig gewonnenen Anreize zu kostensparendem Verhalten vertilgt und Anreize zur Vermehrung unnötiger Behandlungen bietet.

840. Nicht vergessen werden darf schließlich, dass das DRG-System einen nicht unerheblichen Transaktionskostenaufwand mit sich bringt. Dieser fällt einerseits bei der ständigen Justierung des Abrechnungskatalogs an zentraler Stelle an und ist auch in den Krankenhäusern selbst nicht von der Hand zu weisen. So ist der bürokratische Aufwand, den Krankenhausärzte und Verwaltungsmitarbeiter leisten, in den letzten Jahren auch aufgrund der Einführung des Fallpauschalen-Systems angewachsen.

841. Die Einführung einer prospektiven Vergütung über G-DRG-Fallpauschalen sollte die Fehlanreize tagesgleicher Pflegesätze beseitigen, einen bedarfsgerechten und effizienten Ressourceneinsatz und einen leistungsorientierten Fluss von Finanzmitteln gewährleisten, den Wettbewerb fördern und eine stärker am tatsächlichen Bedarf orientierte Entwicklung von Strukturen und Kapazitäten bewirken. Tatsächlich setzt das System den Krankenhäusern kurzfristige Kostensenkungsanreize und stärkt während der Konvergenzphase die Transparenz der Angebots- und Kostenstrukturen im Krankenhauswesen.

Insgesamt bleibt allerdings weitgehend ambivalent, ob das momentane Finanzierungsregime eher eine Erhöhung der Angebotsqualität oder ihre Verringerung fördert. Denn in dem Festpreissystem erweisen sich die nur mühsam zu kontrollierenden Anreize für wirtschaftlich agierende Krankenhausbetreiber als problematisch, zur Steigerung der eigenen Gewinne die Behandlungsqualität kostenreduzierend abzusenken, Patienten zu frühzeitig aus der Behandlung zu entlassen, eine Selektion der Patienten nach wirtschaftlichen Kriterien vorzunehmen sowie unnötige, zusätzliche Behandlungen, wie beispielsweise

die häufig nicht zwingend erforderlichen Mandeloperationen in HNO-Kliniken, vorzunehmen.

Die Entwicklung zur Einzelleistungsvergütung bei den G-DRG-Fallpauschalen kann zudem Innovationsanreize hemmen. Zwar sind die kurzfristigen Anreize zur Kostensenkung anzuerkennen, als problematisch erweist sich jedoch der Trend zu standardisierten Behandlungen und Prozeduren. Den Krankenhäusern und behandelnden Ärzten bleiben zudem ohne explizite Verhandlungen mit den Kostenträgern nur geringe Spielräume zur Entwicklung neuartiger Behandlungen, die einerseits teurer als etablierte Methoden sind, andererseits aber auch die Qualität weiter verbessern würden. Im Zusammenspiel mit den verzerrenden Wirkungen der staatlichen Investitionsförderung ergeben sich daher aus der dualen Finanzierung insgesamt bedenkliche Implikationen für die Innovationsfähigkeit im Krankenhaussektor.

3.2 Handlungsempfehlungen

3.2.1 Rückkehr zur Monistik

842. Aus Sicht der Monopolkommission ist es ein überlegenswerter Schritt, den Krankenhausmarkt erneut einem monistischen Finanzierungssystem zu unterwerfen. In einem solchen würden sämtliche Betriebsausgaben und Investitionen aus Fallpauschalen gedeckt. Insbesondere vonseiten deutscher Krankenhäuser regt sich gegen diesen seit längerer Zeit diskutierten Vorschlag jedoch einiger Widerstand. Hierbei wird insbesondere auf den Investitionsstau verwiesen, den die in der Vergangenheit nicht bedarfsgerechten Investitionszuschüsse der öffentlichen Hand hinterlassen haben und der zur Schaffung fairer Wettbewerbsbedingungen erst beseitigt werden müsse, bevor ein monistisches Krankenhausfinanzierungssystem eingeführt werden könne.

843. Aus ökonomischer Sicht sollte mit dem Terminus Investitionsstau jene Investitionssumme beschrieben werden, die zum Erreichen des optimalen Investitionsniveaus fehlt. Da dieses jedoch von einer Vielzahl sich teilweise dynamisch entwickelnder und in die Zukunft gerichteter, unsicherer Faktoren abhängig ist, beispielsweise von den relativen Preisen menschlicher Arbeit und des einzusetzenden Kapitals, von den sich wandelnden technischen Möglichkeiten sowie von den Vorlieben der Patienten und der Ausgestaltung des Versicherungssystems, ist seine exakte Quantifizierung schwierig bis unmöglich. Die in der Öffentlichkeit diskutierten Summen schwanken daher stark, obgleich insgesamt kein Zweifel an der Existenz eines gewissen Investitionsrückstandes im Krankenhaussektor besteht. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat 2006 den bestehenden Investitionsstau wegen ausbleibender gesetzlich vorgesehener Investitionsfinanzierung auf 50 Mrd. Euro beziffert.⁴¹ Bei der genannten Zahl handelt es sich offensichtlich um die Differenz zwischen dem Investitionsbedarf der Plankrankenhäuser, für den diese in

der Vergangenheit Investitionsfördermittel beantragt hatten, und den tatsächlichen Investitionen, die unter Bewilligung von Investitionsfördergeldern ausgeführt wurden. Allerdings bleiben hierbei jene Investitionen unberücksichtigt, die Krankenhausträger aus den laufenden Einnahmen oder unter Aufnahme von Fremdkapital ausgeführt haben. Zudem kann der beantragte Fördermittelbedarf auch nur ein sehr ungenauer Indikator für den tatsächlichen Investitionsrückstand der deutschen Krankenhäuser sein. Denn der deutsche Krankenhausmarkt verfügt weiterhin über Überkapazitäten. Da die verantwortlichen Entscheidungsträger in den Krankenhäusern ihre eigene Kapazitäten in vermutlich nur sehr geringem Umfang infrage stellen und stattdessen auf die Erneuerung der bestehenden Kapazitäten drängen werden, ist daher davon auszugehen, dass ein in dieser Weise beschriebener Investitionsstau tendenziell zu hoch angesetzt ist.

Andere Untersuchungen kommen daher auch zu einem moderateren Ergebnis. Das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung e. V. (RWI) beispielsweise hat zur Kalkulation des Investitionsstaus im deutschen Krankenhaussektor das westdeutsche Bundesland mit den höchsten Fördermitteln je Fall, Bayern, als Benchmark herangezogen und unterstellt, dass die Fördermittel Bayerns für die übrigen Bundesländer gerade ausreichend wären, um die erforderlichen Investitionen der Krankenhäuser zu tätigen. Diese Vorgehensweise ist dann plausibel, wenn man davon ausgeht, dass der Betrag, um den der notwendige Investitionsbedarf in Bayern über den tatsächlich gewährten Fördermitteln liegt, in etwa der Investitionssumme entspricht, die die bayerischen Krankenhäuser aus eigenen Mitteln aufgebracht haben. Bei einer linearen Abschreibung der Investitionen von 2,5 Prozent p. a. lässt sich der Investitionsstau dann auf 23,6 Mrd. Euro schätzen, bei einer degressiven Abschreibung von 5 Prozent p. a. beträgt er 19 Mrd. Euro.⁴²

844. Nach der Rückkehr zur Monistik generieren nun Investitionszuschläge auf die Betriebskosten-Fallpauschalen für Investoren einen Anreiz zum Abbau des bestehenden Investitionsstaus. Investitionstätigkeit ist stets in die Zukunft gerichtet. Nur solange die erwarteten Grenzerträge eines Investitionsprojektes die Grenzkapitalkosten übertreffen, sollte ein risikoneutraler Krankenhausträger weiteres Geld in sein Vorhaben lenken. In der Vergangenheit sind in deutschen Krankenhäusern notwendige Investitionen ausgeblieben, weil den durch die stetig sinkende staatliche Investitionsförderung hohen erforderlichen privaten Investitionsaufwendungen keine entsprechenden erwarteten Erträge entgegen standen. Im dualistischen Krankenhausfinanzierungssystem hätten die staatlichen und durch die Bundesländer an die Plankrankenhäuser gewährten Investitionsfördermittel das Maß an zusätzlich erforderlichen Eigenmitteln der Krankenhausträger zumindest reduzieren sollen und auf diese Weise gebotene Investitionstätigkeit rentabel gemacht. Ausreichend bemessene Investitionszuschläge wirken nun in ähnlicher Weise, indem sie die aus der Investitionstätig-

⁴¹ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutschland droht Spitzenplatz in der Medizin zu verlieren – Bundesweites Sonderinvestitionsprogramm gefordert, Pressemitteilung vom 8. April 2007, http://www.Dkgev.de/media/file/2826.2007-04-08_PM-DKG-zur-Investitionsquote-der-Kliniken.pdf [Stand: 25. März 2008].

⁴² Vgl. Augurzky, B. u. a., Krankenhaus Rating Report 2007, a. a. O., S. 51 f.

keit zu erwartenden Erträge auf ein Niveau anheben, das den Einsatz privater Mittel lohnt.

845. Investitionszuschläge erfüllen außerdem eine erwünschte Lenkungswirkung bei der Investitionssteuerung, da die Krankenhäuser zuallererst in diejenigen Bereiche investieren werden, die ihnen einen vergleichsweise hohen Deckungsbeitrag durch ein hohes Fallaufkommen sicherstellen. Gerade in dieser Hinsicht bietet die monistische Krankenhausfinanzierung einen bedeutenden Vorteil gegenüber dem dualistischen System. Zum einen fällt es der staatlichen Krankenhausplanung schwer, die Nachfrage im Rahmen einer Planwirtschaft zutreffend zu erfassen, zum anderen werden durch die dualistische Finanzierung Investitionsentscheidungen verzerrt, da die Entscheidungen über Kapital- und Arbeitseinsatz, die teilweise substituierbar sind, nicht simultan, sondern separat gefällt werden. Mithilfe von Investitionszuschlägen jedoch können und sollen die Krankenhäuser nun selbst über die Art und den Umfang ihrer Investitionstätigkeit entscheiden und dabei bewusst jene Informationen strategisch nutzen, über die nur sie verfügen, weil sie vor Ort den täglichen Bedarf an Krankenhausleistungen bereitstellen. Im Sinne wirtschaftlicher Entscheidungen wären die Krankenhäuser fortan auch zu einer laufenden Erfolgsrechnung gezwungen und könnten ihre Investitionsentscheidungen auf der Grundlage einer Investitionsrechnung ausführen, die den Zusammenhang zwischen den jeweiligen Investitionskosten und den mit ihnen verbundenen Erträgen transparenter werden ließe.

846. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft sieht die Einführung eines monistischen Krankenhausfinanzierungssystems mit der Schwierigkeit behaftet, dass vor seiner Einführung erst der vollständige Abbau des bestehenden Investitionsstaus betrieben werden und hiernach eine dauerhaft gesicherte Finanzierung des tatsächlichen Investitionsbedarfs gegeben sein müsse.⁴³ Diese Auffassung mag unter Gerechtigkeitsabwägungen einige Schlagkraft besitzen, aus wettbewerbsökonomischer Sicht jedoch ist ein Ausgleich des Investitionsstaus vorab keineswegs zwingend, wenn für die Zukunft die Zahlung von Investitionszuschlägen zu den DRG-Fallpauschalen unterstellt wird. Zum einen muss der bestehende Investitionsstau bei Einführung der Monistik überhaupt nicht ausgeglichen werden, wenn er alle konkurrierenden Plankrankenhäuser in gleicher Weise trifft. Und sollte er zum anderen verschiedene konkurrierende Plankrankenhäuser in unterschiedlicher Weise treffen, begründete er im Wesentlichen ein verteilungspolitisches Problem. Denn selbst eklatante Unterschiede im Investitionsniveau zwischen den Krankenhäusern entsprechen in ihrer ökonomischen Wirkung lediglich dem First-Mover-Vorteil

auf normalen Märkten. Dieser kann auf dem betrachteten Krankenhausmarkt auch nicht kurzfristig zu wettbewerbsbeschränkendem Verhalten eingesetzt werden, da aufgrund der vorherrschenden Price-Cap-Regulierung ein Preiswettbewerb zwischen konkurrierenden Krankenhäusern ausgeschlossen ist. Ceteris paribus ergeben sich für die begünstigten Krankenhäuser allerdings Wettbewerbsvorteile im Qualitätswettbewerb, insbesondere wenn es um die Erschließung neuer Marktsegmente und die Erweiterung des Leistungsspektrums in Bereiche geht, die von keinem der im Wettbewerb stehenden Anbieter bisher besetzt wurden. Der Wettbewerbsvorteil entsteht hierbei aus den zusätzlichen Kapitalkosten des bereits bekannten Angebotes, die nur der benachteiligte Anbieter, nicht jedoch das begünstigte Krankenhaus zu tragen hat, während dieses seine Investitionsstrategie bereits neuen Marktsegmenten zuwenden kann. In allokativer Hinsicht ist dieser Wettbewerbsvorteil allerdings von keinem besonderen Gewicht. Auffällig ist in diesem Zusammenhang auch die Feststellung des RWI, dass Krankenhäuser, die in größerem Umfang staatliche Fördermittel erhielten, kein besseres Rating aufweisen als Häuser, die nur wenig gefördert wurden. Im Gegenteil verzeichnen Krankenhäuser mit großzügigen öffentlichen Zuwendungen sogar eine insgesamt höhere Kreditausfallwahrscheinlichkeit. Diese Beobachtung kann darauf zurückzuführen sein, dass der Zugang zu öffentlichen Fördermitteln den Anreiz mindert, profitabel zu wirtschaften. Mithin erscheint die gegenwärtige wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser weitgehend unabhängig von jener Investitionsförderung, die ihnen in der Vergangenheit zuteil wurde.⁴⁴

847. Vorteile im Investitionsniveau bei der Umstellung auf eine monistische Krankenhausfinanzierung mögen aus grundsätzlicher Erwägung als unfair angesehen werden, da ihnen keine originären wirtschaftlichen Leistungen der begünstigten Krankenhäuser in der Vergangenheit entgegen stehen. Wird also unter dieser Gerechtigkeitsabwägung ein Ausgleich des asymmetrischen Investitionsstaus vor Einführung eines monistischen Krankenhausfinanzierungssystems angestrebt, so kann eine konkrete Lösung in der Bildung eines Ausgleichspools bestehen.⁴⁵ Zunächst würde der Investitionsbestand deutscher Krankenhäuser erfasst, indem für jedes Krankenhaus die Restwerte staatlicher Investitionen aufgeführt und aufaddiert werden. Anschließend wäre ein Schlüssel festzulegen, nach dem sich eine faire Aufteilung der Investitionssumme auf die Krankenhäuser bemessen würde. Vorstellbar ist hierbei ein pauschaler Betrag je Bett oder je Fall, der gegebenenfalls auch mit einem Case-Mix-Gewicht zur besseren Vergleichbarkeit versehen sein kann. Übersteigt nun die faire, nach dem Verteilungsschlüssel berechnete Investitionssumme für ein Krankenhaus seinen tatsächlich bestehenden Restwert staatlicher Investition,

⁴³ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft, Krankenhausplanung als staatliche Aufgabe belassen – Künftig Wettbewerb um Qualität, nicht um Preise, Pressemitteilung vom 7. März 2007, http://www.dkgev.de/media/file/2817.2007-03-07_PM-DKG-zur-GMK-Sondersitzung.pdf [Stand: 25. März 2008]; vgl. auch Deutsche Krankenhausgesellschaft, Konzept für die Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens ab dem Jahr 2009, Berlin 2007, <http://www.dkgev.de/pdf/1633.pdf> [Stand: 23. April 2008].

⁴⁴ Vgl. Augurzky, B. u. a., Krankenhaus Rating Report 2007, a. a. O., S. 83 f.

⁴⁵ Vgl. Felder, S., Fetzer, S., Wasem, J., „Was vorbei ist, ist vorbei“: Zum Übergang in die monistische Krankenhausfinanzierung, in: Klauber, J./Robra, B.-P./Schellschmidt, H., Krankenhaus-Report 2007, Stuttgart 2008, S. 143–153.

so müsste das Krankenhaus den Differenzbetrag in den Ausgleichspool abführen. Andernfalls erhalte das Krankenhaus eine Ausschüttung aus dem Pool in Höhe seines Fehlbetrags und es glichen sich insgesamt die Ein- und Auszahlungen des Ausgleichspools aus. Alternative Vorschläge zu einem solchen expliziten Ausgleich des Bestandes staatlicher Investition in deutschen Krankenhäusern sehen beispielsweise die Bildung eines Ausgleichspools zur Förderung künftiger Investitionstätigkeit vor. Krankenhäuser hätten nach Maßgabe ihres Bestandes staatlicher Investition Abgaben in unterschiedlicher Höhe abzuführen, aus denen anschließend Zinszuschüsse für Bauvorhaben gewährt würden. Über die Jahre würde dann auf diese Weise eine gewisse Konvergenz des staatlichen Investitionsanteils in deutschen Krankenhäusern erreicht.

848. Die Monopolkommission steht der Bildung eines Ausgleichspools kritisch gegenüber. Zum einen dürften wiederum seine Transaktionskosten nicht unerheblich ausfallen, wobei ein Ausgleichspool, der im Wesentlichen nur über eine sehr kurze Frist zum Zeitpunkt der Umstellung auf das monistische Finanzierungssystem existiert, hier noch vergleichsweise unproblematisch sein dürfte. Längerfristige Lösungen aber, die auf lange Sicht die Investitionstätigkeit der Krankenhäuser unterstützen sollen, führen zum Aufbau einer schwerfälligen Bürokratie und bergen die Gefahr einer ineffizienten Geldanlage durch den Staat.

An jeder Form des Ausgleichs von Unterschieden im bestehenden Investitionsbestand grundsätzlich problematisch ist allerdings aus ökonomischer Sicht die Tatsache, dass der Restwert investierten Kapitals eine vergangenheitsbezogene Größe ist, die an sich für zukunftsbezogene Entscheidungen keine Relevanz besitzt. Denn der Wert einer einmal getätigten, dauerhaften Investition, beispielsweise in Krankenhausgebäude oder aufwendige, immobile medizinische Geräte, bemisst sich nicht an ihren tatsächlichen Kosten oder den heute zu veranschlagenden Wiederbeschaffungskosten, sondern lediglich an den aus dieser Investition zukünftig noch zu erwartenden Erträgen. Es ist daher vorstellbar, dass ein Krankenhaus ein hohes Niveau staatlich geförderter Investitionen besitzt, diese jedoch „am Markt vorbei“ nicht nachfragegerecht ausgeführt wurden, wogegen ein anderes Krankenhaus mit weit weniger staatlichem Förderanteil seine Investitionsmittel in ein äußerst lukratives Teilsegment gelenkt hat. Neben der großen Schwierigkeit, die zu erwartenden Erträge in den beiden Fällen zutreffend zu quantifizieren, stellt sich nun zudem die berechtigte Frage, welches dieser Krankenhäuser das durch die Unterschiede im Niveau vergangener staatlicher Zuwendungen eigentlich benachteiligte Krankenhaus ist. Wählt man den ursprünglichen Investitionszeitpunkt zum Ausgangspunkt der Betrachtung, so erscheint ohne das Wissen um die noch unsicheren zukünftigen Entwicklungen eindeutig dasjenige Krankenhaus mit den größeren staatlichen Investitionsfördermitteln mit einem größeren Startchancenvorteil ausgestattet. Betrachten wir hingegen die Situation aus der Gegenwartsperspektive, verhält es sich umgekehrt. Aus der Sicht der von ungleichen Startchancen

betroffenen Krankenhäuser lassen sich daher einzelne Argumente für einen Ausgleich der Unterschiede im Investitionsniveau vor der Einführung eines monistischen Krankenhausfinanzierungssystems durchaus nachvollziehen, die Startchancenunterschiede erscheinen jedoch aus der Sicht der Monopolkommission nicht als ein systematisches Problem in einer Weise fundiert, dass ein expliziter Ausgleich über den Einzelfall hinaus notwendig ist.

849. Aus der Perspektive der Krankenkassen wird noch zu klären sein, in welcher Weise die nun zusätzlich für jede Krankenhausbehandlung zu erbringenden Investitionszuschläge refinanziert werden können. Bislang war es Aufgabe der Krankenkassen, ausschließlich den laufenden Betrieb der Krankenhäuser abzudecken. Die Krankenkassenbeiträge der gesetzlich Versicherten trugen daher nur zur Deckung dieser laufenden Betriebskosten bei, während die Investitionsfördermittel im Grundsatz aus Steuergeldern bereitgestellt wurden.⁴⁶ Die Monopolkommission teilt die Auffassung, dass gerade der Gesundheitsfonds, der im Jahr 2009 für die gesetzliche Krankenversicherung eingeführt werden soll, hier eine günstige Gelegenheit bereitstellt, um die dualistische Krankenhausfinanzierung auf eine monistische Finanzierungsform umzustellen. In dem Gesundheitsfonds werden die einkommensabhängigen Beiträge der gesetzlich Versicherten über einen einheitlichen Beitragssatz zusammengefasst und mit einer Pauschale des Bundes zusammengeführt, die der Abgeltung von Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen dienen soll. Die Aufteilung der Mittel erfolgt durch pauschale Zahlungen je Versicherten an die gesetzlichen Krankenkassen. Unterschiede bei Alter, Geschlecht und Morbidität werden durch Zu- und Abschläge auf die Pauschalen ausgeglichen. Es ist nun nahe liegend, auch die Mittel der Bundesländer zur Investitionsfinanzierung im Krankenhaussektor in den Gesundheitsfonds fließen zu lassen und über die Versichertenpauschalen an die gesetzlichen Krankenkassen auszuschütten.

In dieser Idee liegt freilich ein nicht unerhebliches Konfliktpotenzial. Derzeit existiert eine stark unterschiedliche Verteilung des relativen Fördermitteleinsatzes in den Bundesländern. Würde man daher einfach nur die bestehenden Fördertöpfe der Bundesländer in dem Gesundheitsfonds zusammenführen und die Mittel anschließend nach einem für alle Krankenhäuser einheitlichen Schlüssel ausschütten, so würde dies de facto eine Quersubventionierung von Krankenhäusern in Bundesländern mit niedrigen Förderquoten zulasten von Häusern in Bundesländern führen, die ihrer Förderverpflichtung bislang in vergleichsweise großem Umfang nachkommen. Zwar vertritt die Monopolkommission die Auffassung, dass sich hierzu letztlich eine geeignete Lösung auf dem Verhandlungswege – ein geeignetes Forum hierfür bietet die

⁴⁶ Diese Betrachtung ist allerdings insofern einseitig, als Investitionen, die die Krankenhausträger bisher vollständig aus eigenen Mitteln tätigen, und auch jenes Kapital, das gegebenenfalls durch Fördermittel nur ergänzt wird, bereits über Einnahmen aus Fallpauschalen und Abrechnungen gegenüber privaten Krankenversicherungsgesellschaften zu erbringen ist.

Föderalismuskommission – wird ermitteln lassen, dennoch kann die Gefahr eines Scheiterns nicht ausgeschlossen werden. Hierbei ist hervorzuheben, dass die Überführung der Krankenhausfinanzierung in ein monistisches System nicht zwangsläufig das Ende des Einflusses der Bundesländer auf die Struktur der Krankenhausversorgung bedeutet, die diese zusammen mit den kreisfreien Städten und Landkreisen sicherstellen. Sollten die Verhandlungen daher zu einem positiven Abschluss gelangen und die Bundesländer anschließend in der Summe in mindestens demselben Maße wie bisher zur Investitionsfinanzierung des Krankenhausesektors beitragen, so führt die Umstellung auf ein monistisches Finanzierungssystem im Ergebnis auch nicht zu einer höheren Beitragslast auf den Schultern der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Für den Fall des Scheiterns einer Überführung der Krankenhausfinanzierung in ein vollmonistisches System ist zumindest über die Einführung einer teilmonistischen Finanzierung, wie sie beispielsweise das RWI diskutiert, nachzudenken.⁴⁷ Hierbei würde auf die antragspflichtige Einzelförderung verzichtet und es würden sämtliche staatlichen Mittel nur noch in Form pauschaler Fördermittelzuwendungen an die Krankenhäuser ausgeschüttet. Es entfielen der aufwendige Antragsprozess und dem Krankenhausmanagement würden zusätzliche Freiheiten gegeben, bei der Investitionsplanung auch kurzfristig diskretionär zu verfahren. Allerdings müsste ein geeigneter Schlüssel gefunden werden, über den die Bundesländer ihre Fördergelder ausschütten. Da die bisherige Bindung an die Planbettzahl aufgrund der mit Angebots- oder Prozessinnovationen im Krankensegment zwangsläufig einhergehenden Kapazitätsanpassungen nicht anreizgerecht erscheint, muss ein zeitgemäßerer Schlüssel etwa in Form einer Bindung an den Krankenhausumsatz entwickelt werden. Da die Teilmonistik von den Bundesländern in Eigenregie umzusetzen wäre, ist hierzu jedoch ohnehin eine bundeseinheitliche Lösung nicht zwingend erforderlich.

3.2.2 Flächendeckende Versorgung und Monistik

850. Gegenwärtig liegt der Sicherstellungsauftrag für die Krankenhausversorgung bei den Bundesländern und Gemeinden. Dieser leitet sich aus dem Sozialstaatsprinzip des Artikel 20 Abs. 1 GG ab und findet sich in der Regel in den Krankenhausgesetzen der Bundesländer. Kreisfreie Städte und Gemeinden sind demnach verpflichtet, eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung dort vorzuhalten, wo diese nicht bereits von einem freigemeinnützigen oder privaten Träger gewährleistet wird.⁴⁸ Geht es nach dem Willen der Bundesländer, so soll sich an diesen Zuständigkeiten zukünftig nichts ändern. Auf der Sonderkonferenz der Gesundheitsminister zur Zukunft der Kran-

kenhausversorgung haben sie deutlich gemacht, dass die Sicherstellung der Krankenhausversorgung auch bei einer grundsätzlich wettbewerblicheren Organisation des Krankenhausmarktes eine Aufgabe der Bundesländer bleiben soll und durch Ländergesetze zu regeln ist.⁴⁹

851. Staatliche Eingriffe in Märkte lassen sich aus ökonomischer Sicht grundsätzlich nur unter der Bedingung rechtfertigen, dass Gründe für Marktversagen vorliegen. Als mögliche Marktversagensgründe kommen Informationsasymmetrien, das Vorliegen externer Effekte, ein natürliches Monopol sowie die Möglichkeit in Betracht, dass das zu produzierende Gut Eigenschaften eines öffentlichen Gutes besitzt. Für den Krankenhausmarkt wurde aus der Diskussion um Qualitätstransparenz und Qualitätswettbewerb deutlich, dass zwar grundsätzlich schwerwiegende Informationsprobleme bestehen, aber dennoch eine stärker wettbewerbliche Organisation des Krankenhausesektors möglich ist. Zudem ist eine Vielzahl alternativer Instrumente vorstellbar, die die Problematik asymmetrischer Information mildern können. Externe Effekte sind auf dem Krankenhausmarkt ebenfalls zu vernachlässigen. Auch Kostensubadditivität oder die Irreversibilität von Investitionen scheinen auf dem Krankenhausmarkt nicht so ausgeprägt zu sein, dass räumlich begrenzte natürliche Monopole in einer problematischen Weise aufzutreten drohen. Zwar sollte die an Fallzahlen gemessene mindestoptimale Betriebsgröße in den letzten Jahren angewachsen sein, was besonders in dünn besiedelten ländlichen Räumen eine Ausdünnung des Krankenhausnetzes bedingt – jedoch ist auch zu bedenken, dass zugleich die räumliche Mobilität der Bevölkerung gewachsen ist.⁵⁰ Die monistische Krankenhausfinanzierung mit Investitionszuschlägen auf den Fallpauschalen sollte daher auf ineffizient kleine Häuser einen notwendigen Anpassungsdruck ausüben. Mögliche innovative Anpassungen können dann auch in marktstrukturellen Veränderungen gesehen werden, etwa in einer stärkeren Integration der ambulanten Versorgung in den Krankenhausbetrieb oder in der Umsetzung von Portalklinikkonzepten in weniger dicht besiedelten Regionen, durch die in einem Klinikverbund die unmittelbare Notfallversorgung vor Ort sichergestellt und gleichzeitig die spezialisierte stationäre Krankenhausversorgung in überregionalen Zentren übernommen wird. Das sich einstellende marktliche Leistungsangebot sollte dann bei korrekt bemessenen Investitionszuschlägen – zumindest im Hinblick auf die elektiven Krankenhausleistungen, die rein private Güter sind – dem effizienten Versorgungsniveau weitgehend entsprechen.

852. Die Europäische Kommission sieht den Krankenhausesektor insofern in einer besonderen Rolle, als dieser mit Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse betraut sein kann. Im jetzigen Entwicklungsstadium des Binnenmarktes steht daher die Wettbewerbsverfälschung in diesem Sektor nicht zwangsläufig in einem

⁴⁷ Vgl. Augurzky, B. u. a., Krankenhaus Rating Report 2007, a. a. O., S. 55.

⁴⁸ Vgl. exemplarisch § 1 Abs. 3 KHG NRW, § 3 Hessisches Krankenhausgesetz und § 1 Abs. 3 Sächsisches Krankenhausgesetz.

⁴⁹ Vgl. Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg, Pressemitteilung Nr. 47/2007 vom 8. März 2007.

⁵⁰ Vgl. für eine Analyse Kuchinke, B., Krankenhausdienstleistungen und Effizienz in Deutschland, Baden-Baden 2004, Kapitel 4, insbesondere S. 102 ff.

direkten Verhältnis zum Umsatz und zu der Höhe der gewährten Ausgleichszahlungen. Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser werden daher als unproblematisch im Sinne von Artikel 86 Abs. 2 EGV angesehen, wenn die betroffenen Krankenhäuser Tätigkeiten ausführen, die von dem jeweiligen Mitgliedstaat als Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse eingestuft wurden.⁵¹ In Deutschland wird in diesem Zusammenhang regelmäßig auf die Notwendigkeit zur sog. Daseinsvorsorge verwiesen. Daseinsvorsorge ist ein verwaltungsrechtlicher Ausdruck, der die Sicherstellung einer Grundversorgung der Bevölkerung durch die öffentliche Hand meint. Die Monopolkommission betont, dass es bei der Daseinsvorsorge auf Krankenhausmärkten wohl in erster Linie nicht um die Korrektur eines ökonomisch fundierten Marktversagens geht, sondern vielmehr um die Bereitstellung eines politisch gewünschten, flächendeckenden Umfangs an Krankenhausleistungen nach dem Prinzip der Tarifgleichheit im Raum. Sofern dieser politisch gewünschte Umfang nicht dem ökonomisch effizienten Umfang entspricht, kann seine Bereitstellung in einer Demokratie dennoch legitim sein, denn es spielen hierbei neben ökonomischen Effizienzzielen auch an Wertvorstellungen anknüpfende Zielsetzungen eine Rolle.

853. Bestimmte Formen der Dualistik in der Krankenhausfinanzierung besitzen in politischen Vorgaben zu Höchstentfernungen und Versorgungsstufen bereits eine gewisse Rechtfertigung. Insbesondere ist zu berücksichtigen, dass ein Teil der Krankenhausversorgung Eigenschaften öffentlicher Güter besitzt. Dies gilt für den Optionsnutzen, den die Bevölkerung aus der Vorhaltung von Reservekapazitäten für den Katastrophenfall und aus der Bereitstellung einer effektiven Notfallversorgung schöpft und von dem de facto – vornehmlich aus ethischen Gründen – niemand ausgeschlossen werden kann, daher auch keine Konsumrivalität auftreten soll. Der Monopolkommission erscheint es nicht sinnvoll, den Sicherstellungsauftrag für Reservekapazitäten und die Notfallversorgung den Krankenkassen zu übertragen, gerade weil bei der gemeinschaftlichen Bereitstellung dieser Güter im Hinblick auf ihren Optionsnutzen ein Trittbrettfahrerproblem aufzutreten droht und daher der sensible Bereich allgemeiner Versorgungssicherheit auf dem Krankenhausmarkt potenziell einem privaten Bereitstellungsproblem ausgesetzt ist. Auch eine bundeszentrale Organisation der allgemeinen Notfallversorgung erscheint unangemessen. Gegen sie und für die Organisation durch die Länder, Kreise und Gemeinden sprechen insbesondere die hierdurch besseren Wahrnehmungsmöglichkeiten für lokale Präferenzen und die hierdurch erreichte Übereinstimmung der Zahler- und Empfängerkreise.

854. Sollte daher die politisch motivierte, staatliche Daseinsvorsorge in bestimmten Regionen ein höheres Ver-

sorgungsniveau als das durch den Markt bereitgestellte gebieten, ließe sich das Zusatzangebot in effizienter Weise durch wettbewerbskonforme, wiederkehrende Ausschreibungen sicherstellen.⁵² Wettbewerb findet hierbei als Wettbewerb um den Markt in transparenten Ausschreibungsverfahren seinen Platz, die ineffizient hohe und diskriminierende Beihilfenintensitäten vermeiden. Die Ausschreibungsverfahren sind in einer Weise zu gestalten, dass stets jener Bieter mit dem Zusatzangebot beauftragt wird, der dieses in der gewünschten Qualität und im gewünschten Umfang mit dem geringsten Bedarf an öffentlichen Zuschüssen bereitstellt. Entsprechend wettbewerbskonform gewährte Zuschüsse wären dann auch im Sinne von Artikel 87 Abs. 1 EGV nicht als Beihilfen zu qualifizieren und es bedürfte daher auch keiner Klassifikation der Angebote des Krankensektors als Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse. Im Ergebnis entstünde auf dem Krankenhausmarkt also wieder eine Form dualer Finanzierung, die diesmal allerdings auf die im Hinblick auf die Investitionsanreize problematische Trennung von staatlich getragenen Investitionskosten einerseits und durch die Krankenkassen getragenen Krankenhausbetriebskosten andererseits verzichtete. Stattdessen wäre im Krankensektor nun zwischen den wettbewerblich bereitgestellten und vollständig aus dem einheitlichen DRG-Abrechnungssystem zu finanzierenden Leistungsangeboten sowie den politisch gewollten und staatlich bezuschussten Zusatzangeboten zu unterscheiden.

4. Mehr Wettbewerb durch Opting-out-Möglichkeiten

855. Die Analyse des DRG-Fallpauschalensystems hat auf institutionelle Fehler in der Krankenhausversorgung aufmerksam gemacht, die eine präferenzgerechte Bereitstellung von Krankenhausleistungen zu niedrigen Kosten erschweren. Die gesetzlich versicherten Patienten genießen in dem bestehenden Vollversicherungssystem das Recht auf Behandlung in sämtlichen Plankrankenhäusern und den Vertragskrankenhäusern. § 39 SGB V sichert weitgehende Wahlfreiheiten, die lediglich formal durch die Empfehlungen des jeweils einweisenden Arztes begrenzt sind. Der niedergelassene behandelnde Arzt verordnet dem Patienten eine Krankenhausbehandlung in einem von zwei nächstgelegenen Krankenhäusern, die er selbst für geeignet hält. Wählt der Versicherte dennoch ein anderes als ein in der Einweisung genanntes Krankenhaus, können ihm gemäß § 39 Abs. 2 SGB V die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden. Solange sich der einweisende Arzt jedoch bei seiner Entscheidung auch auf vergleichsweise teure Anbieter, etwa auf eines der in der Regel teuren Universitätskrankenhäuser bezieht, ist der gesetzlich Versicherte ohne zusätzliche finanzielle Beschränkungen in der Wahl seines Krankenhauses frei. Die Krankenkassen als Kostenträger im

⁵¹ Vgl. Entscheidung der Kommission über die Anwendung von Artikel 86 Absatz 2 EG-Vertrag auf staatliche Beihilfen, die bestimmten mit der Erbringung von Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse betrauten Unternehmen als Ausgleich gewährt werden, ABl. EU Nr. L 312 vom 29. November 2005, S. 67 ff.

⁵² Vgl. hierzu auch die Erörterungen eines „more economic approach“ in der europäischen Beihilfenkontrolle im Kapitel VI dieses Gutachtens.

Gesundheitswesen sind sodann verpflichtet, die hieraus entstehenden Kosten annähernd vollständig zu tragen.⁵³

Die Patienten nehmen daher Leistungen allein unter Qualitäts Gesichtspunkten in Anspruch und ohne Rücksicht auf die durch sie verursachten Kosten. Die Regulierung der Kosten erfolgt im Krankenhaussektor über das einheitliche DRG-Fallpauschalensystem. Die Analyse hat aufgezeigt, dass die vorherrschende Struktur den Kliniken Anreize bietet, einerseits das Angebot unnötig auszuweiten und andererseits die Angebotsqualität zu senken. Die Monopolkommission ist der Auffassung, dass die sich gegenwärtig bietenden Fehlanreize nur schwerlich über eine weitere Ausdifferenzierung des einheitlichen Fallpauschalensystems und über eine weiter intensivierte Regulierung des Krankenhausmarktes zu kontrollieren sind. Insbesondere führt die durch die Ausdifferenzierung des Fallpauschalensystems bedingte Tendenz zur Einzelleistungsvergütung zu einem eng abgegrenzten, einheitlichen Leistungskatalog der Krankenhäuser sowie einem homogenen Leistungsangebot und verhindert, dass sich die möglicherweise heterogenen Präferenzen der Patienten in Bezug auf die Krankenhausversorgung in einem entsprechend differenzierten und effizienten Angebot widerspiegeln.

4.1 Eingeschränkte Krankenhauswahl als Optionstarif

856. Das G-DRG-System läuft Gefahr, durch seine extreme Ausdifferenzierung die Vorteile der prospektiven Vergütung weitgehend zu verspielen. Die weitere Differenzierung der Fallpauschalen sollte daher zumindest gestoppt, wenn nicht zurückgeführt werden, um den Krankenhäusern neue Gestaltungsspielräume bei der Entwicklung und Umsetzung innovativer Behandlungen zu eröffnen. Weiterhin ist darüber nachzudenken, inwieweit das Leistungsangebot der Krankenhäuser dadurch verbessert werden kann, dass die Krankenkassen als Kostenträger stärkere Einflussmöglichkeiten auf die Wahlentscheidungen der Versicherten nehmen und hierbei die Interessen des Patienten mit den Interessen der Versichertengemeinschaft zum Ausgleich bringen.

857. Als einen ersten Schritt schlägt die Monopolkommission die Einführung spezieller Optionstarife für die Krankenhausversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung vor, innerhalb derer die Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Krankenhäusern für Patienten begrenzt und die Steuerungsmöglichkeiten der Krankenkassen ausgeweitet werden. Die geeignete Ausgestaltung eines solchen Optionsmodells könnte die wettbewerbliche Öffnung des Krankenhausmarktes weiter vorantreiben, den Qualitätswettbewerb intensivieren und erste

Schritte in Richtung eines Preiswettbewerbs zwischen den Krankenhäusern einleiten. Die Krankenkassen sollen für ihren Optionstarif mit einzelnen Krankenhäusern selektive Versorgungsverträge abschließen, die sich durch ein günstiges Preis-Leistungs-Verhältnis auszeichnen. Die Versicherten haben sodann die Möglichkeit, einen Versicherungsvertrag zu den Bedingungen des Optionstarifes einzugehen, der sie im Grundsatz dazu verpflichtet, Krankenhausleistungen nur in den ausgewählten Vertragskrankenhäusern ihrer Krankenkasse wahrzunehmen.

4.2 Keine Einschränkung des gesetzlichen Leistungsumfangs

858. Das Angebot eines Optionstarifes für Krankenhausbehandlungen soll keineswegs implizieren, dass der gesetzliche Vollversicherungsschutz reduziert wird. Grundsätzlich sollen Pflichtversicherte auch nach der Einführung des Optionsmodells im gesetzlichen Standardtarif versichert sein. Der im Standardtarif durch die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegte und in allen Plan- und Vertragskrankenhäusern für gesetzlich versicherte Patienten zu erbringende Versorgungsumfang grenzt jenes Versorgungsniveau ab, das die Gesellschaft im Rahmen des gesetzlichen Vollversicherungstarifes für jeden Pflichtversicherten solidarisch versichert wissen will. Jedem Einzelnen soll nun jedoch durch das Optionsmodell die Möglichkeit eröffnet werden, durch ein freiwilliges Opting-out zwar nicht auf den Leistungsumfang dieses Vollversicherungsschutzes zu verzichten, wohl aber auf die freie Auswahl des Krankenhauses, in dem eine Behandlung erbracht werden soll. Für die Krankenkassen bedeutet dies, dass sie zur Sicherstellung der Behandlung ihrer Versicherten im Optionstarif selektive Versorgungsverträge mit geeigneten Krankenhäusern über das gesamte Leistungsangebot des gesetzlichen Standardtarifs, mithin über die Behandlung sämtlicher Diagnosen des DRG-Katalogs abschließen müssen.

859. Letztlich ist es eine politische Entscheidung festzulegen, welche Bestandteile des gesetzlichen Standardtarifs von den Krankenkassen innerhalb eines zulässigen Optionstarifs für die Krankenhausversorgung herausgenommen werden dürfen. Um beispielsweise im Bereich der Maximalversorgung mit Spitzenmedizin Härten für die Versicherten im Optionstarif zu vermeiden, erscheint insbesondere die maximal zulässige Entfernung zwischen dem Wohnort der Versicherten und dem nächstgelegenen Vertragskrankenhaus regulierungsbedürftig. Die Grenzen des Optionsmodells sind daher durch den Gesetzgeber abzustecken und einer kontinuierlichen Überprüfung zu unterwerfen. Hierbei gilt es zu berücksichtigen, dass den Krankenkassen auf der einen Seite hinlängliche Möglichkeiten gegeben sein müssen, ihre Tarife qualitativ zu differenzieren und so Vorteile im Wettbewerb gegenüber anderen Krankenkassen auch durch Unterschiede im Leistungsangebot zu erlangen. Auf der anderen Seite ist dem kritischen Zeitinkonsistenzproblem bei langfristigen Versicherungsverträgen Rechnung zu tragen. Denn es mag im Gesundheitsbereich die individuelle Entscheidung für oder wider ein bestimmtes Versicherungspaket von der momentanen Lebenssituation des Versicherungs-

⁵³ Gesetzlich Versicherte zahlen lediglich eine Zuzahlung in Höhe von 10 Euro je Tag stationärer Krankenhausbehandlung. Die Dauer der Zuzahlung ist auf längstens 28 Tage im Kalenderjahr beschränkt. Die Zuzahlung knüpft daher nicht an den tatsächlich aus der Behandlung entstehenden Kosten an, sondern an der Aufenthaltsdauer im Krankenhaus und entfaltet daher keine zuverlässige Anreizwirkung in der Hinsicht, dass sich der Patient an der Auswahl einer kostengünstigen Therapie beteiligt.

nehmers ungleich stärker beeinflusst sein als von der Erwartung über seinen mit großen Unwägbarkeiten behafteten zukünftigen Bedarf. Gerade mit Blick auf das auch mit Unannehmlichkeiten und Ängsten behaftete Thema Krankheit und Vorsorge mögen daher die individuellen Einschätzungen der hiermit verbundenen persönlichen und wirtschaftlichen Risiken systematisch von dem Ergebnis eines rationalen Erwartungsbildungsprozesses abweichen. Die Monopolkommission ist deshalb der Auffassung, dass das Optionsmodell in einem ersten Schritt lediglich den Krankenhauszugang auf die unmittelbaren Vertragskrankenhäuser der Krankenkasse beschränken und ansonsten das Leistungsspektrum für die Versicherten im Optionstarif gegenüber dem gesetzlichen Standardtarif unverändert lassen soll. Nach einer Evaluation der mit diesem Modell in der Einführungsphase gemachten Erfahrungen kann zu einem späteren Zeitpunkt ganz im Sinne der wettbewerblichen Öffnung des Krankenhausmarktes über weitere Schritte nachgedacht werden.

4.3 Selektive Versorgungsverträge im Optionstarif

4.3.1 Die Perspektive der Krankenkassen

860. Bereits ein moderates Optionsmodell sollte positive Anreizwirkungen im Hinblick auf ein differenzierteres Angebot von gesetzlichen Krankenversicherungsverträgen und die wettbewerbliche Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen entfalten. Die Krankenkassen schließen für ihre im Optionstarif Versicherten selektive Versorgungsverträge mit ausgewählten Krankenhäusern ab. Ziel jeder Krankenkasse muss es hierbei sein, schließlich für Versicherte durch die geeignete Ausgestaltung ihres Optionstarifs hinsichtlich der Preis- und/oder Qualitätskomponente gegenüber den Angeboten konkurrierender Krankenkassen attraktiv zu werden. Entsprechend stützen sie auf der Suche nach geeigneten Krankenhäusern die Nachfragepräferenzen ihrer Zielgruppen und suchen nicht notwendigerweise nach denjenigen Vertragspartnern im Krankenhausesektor, die für die Behandlung einer bestimmten Diagnose den günstigsten Preis aufrufen. Je nach Kundensegment und ihrer jeweiligen Fähigkeit, den Versicherungsnehmern einen tatsächlichen Qualitätsvorsprung auch zu vermitteln, kann daher ebenso die besonders hohe Qualität des Leistungsangebotes eines Krankenhauses den Ausschlag zum Vertragsschluss bieten.

861. Um hinlängliche Anreize für preis- und qualitätswirksame selektive Vertragsschlüsse zu besitzen, müssen Krankenkassen verhindern können, dass die Versicherten im Optionstarif Leistungen in ungeschmälertem Umfang in anderen Krankenhäusern als den Vertragskrankenhäusern in Anspruch nehmen. Im Wettbewerb der Krankenkassen sollte dann ein Tarif mit einer höheren Versorgungsqualität und mit größeren Freiheitsgraden für den Versicherten teurer sein als ein Tarif, der eine stärkere Lenkung des Versicherten durch die Krankenkasse vorsieht. Die Tarife im Optionsmodell sollten umso preisgünstiger werden, je schwieriger den Versicherten ein Wechsel zu-

rück in den gesetzlichen Standardtarif fällt. Zwar ist das solidarische Finanzierungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung, innerhalb dessen nicht alleine die Vermögensrisiken einer Erkrankung, sondern zusätzlich soziale Risiken umverteilt werden, nicht in gleicher Weise wie die private risikoorientierte Krankenversicherung darauf angewiesen, dass jeder Rückkehrer in das Vollversicherungssystem fortan einen seinem gegebenenfalls in der Zwischenzeit gestiegenen Erkrankungsrisiko entsprechenden höheren Versicherungsbeitrag entrichtet. Zur Realisierung der Einsparpotenziale durch selektives Kontrahieren ist es erforderlich, eine zumindest befristete Bindung der Versicherten an den freiwillig durch sie gewählten Optionstarif zuzulassen. Andernfalls böte sich für gesunde Versicherte eine Möglichkeit zu schädlichem Trittbrettfahrerverhalten. Sie könnten als Gesunde zunächst von dem preisgünstigen Optionsmodell profitieren und später als Erkrankte in den gesetzlichen Standardtarif mit seinen größeren Wahlfreiheiten zurückkehren. Für die Krankenkassen als Kostenträger im Gesundheitswesen wäre es sodann auch im Optionstarif unmöglich, die Wahlentscheidungen ihrer Versicherten kostensparend zu beeinflussen und die Patienten in die vergleichsweise günstigen Vertragskrankenhäuser zu steuern.

4.3.2 Die Perspektive der Krankenhäuser

862. Ziel der Krankenhäuser im Vertragswettbewerb ist es, von den Krankenkassen für ihre Optionstarife als Vertragskrankenhäuser berücksichtigt zu werden. Wettbewerbsparameter sind konkurrenzfähige Preise einerseits und eine überlegene Behandlungsqualität andererseits. Denn die Zusammenstellung der für die Patienten im Krankheitsfall verfügbaren Vertragskrankenhäuser bestimmt dann im Verbund mit der Höhe des Versichertenbeitrags die Attraktivität des Optionstarifs für die Versicherten.

863. Welche konkreten Wirkungen die Optionstarife der gesetzlichen Krankenkassen insgesamt auf das Angebot von Krankenhausleistungen entfalten werden, muss sich im Anbieterwettbewerb erweisen. Es sind sowohl Tarife vorstellbar, die mit dem Ziel einer geringen Beitragslast für die Versicherten einzig ein Angebot zu den für das Optionsmodell geltenden gesetzlichen Mindestanforderungen bieten, als auch Tarife, die eine qualitativ hochwertige Versorgung über das Niveau des gesetzlichen Standardtarifes hinaus bereitstellen. Die Präferenzen der Versicherten entscheiden dann darüber, ob sich für letztere Tarife nicht sogar höhere Beiträge als im gesetzlichen Standardtarif am Markt werden durchsetzen lassen.⁵⁴ Die Monopolkommission ist der Auffassung, dass der Wett-

⁵⁴ Es ist zumindest nicht auszuschließen, dass für einen Teil der Versicherten ein Optionstarif gerade deswegen attraktiv wird, weil er eine gesteigerte Versorgungsqualität ermöglicht. Da in dem gegenwärtig durch ein standardisiertes Leistungsangebot geprägten System eine Differenzierung der Krankenkassentarife in preislicher wie in qualitativer Hinsicht nur in geringem Umfang zulässig ist, wird ein treffsicheres Abbild der Versichertenpräferenzen im Angebot auf dem Gesundheitsmarkt weitgehend erschwert. Hiervon sollte vor allen Dingen

bewerb der Krankenhäuser um die Aufnahme in die Optionstarife der gesetzlichen Krankenkassen dann zu besonders wirkungsvollen Ergebnissen gelangen kann, wenn die gesetzlichen Vorgaben zu den Inhalten von Vereinbarungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen nicht restriktiv sind. Insbesondere soll das G-DRG-Vergütungssystem für die Tarife im Optionsmodell lediglich noch empfehlenden Charakter besitzen. Die Vertragspartner sollen grundsätzlich frei sein, Zu- und Abschläge oder eine alternative Vergütungsstruktur zu vereinbaren.

4.3.3 Die Perspektive der Patienten

864. Für die Patienten bedeutet die Wahl des Optionstarifes keinerlei Einschränkung des Leistungsniveaus in der Krankenhausversorgung. Jeder Versicherte hat auch weiterhin Anspruch auf jede Krankenhausbehandlung im vollen Umfang des gesetzlichen Standardtarifes. Bei Vertragsschluss erklärt sich ein Versicherter im Optionstarif lediglich dazu bereit, die elektiven Krankenhausleistungen ausschließlich in den ausgewählten Vertragskrankenhäusern seiner Krankenkasse wahrzunehmen.

865. Die Regelungen der gesetzlichen Krankenkassen zum Versicherungsschutz im Ausland sollen im Optionstarif denen des gesetzlichen Standardtarifs entsprechen. Sie sind durch selektive Vertragsschlüsse über das bisherige Niveau hinaus nicht wesentlich zu optimieren. Die Möglichkeit zum Abschluss einer Auslandsrankenversicherung, wie sie die privaten Krankenversicherer als Zusatzversicherung anbieten, besteht für alle Pflichtversicherten. Auch im Hinblick auf die Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Versorgung in Notfällen, bei denen die Transportzeit des Patienten bis zur Einlieferung ins Krankenhaus ein wesentlicher Faktor für den späteren Heilungserfolg ist und bei denen regelmäßig Situationen auftreten, in denen Patienten nicht länger eigenverantwortlich über ihre Einweisung in ein Krankenhaus entscheiden können, soll im Optionstarif die Notfallversorgung von den Beschränkungen der selektiven Versorgungsverträge ausgenommen sein. Mithin soll im Notfall daher auch der Versicherte im Optionstarif freien Zugang zu jedem Krankenhaus erhalten. Jedoch ist durchaus vorstellbar, dass die Krankenkasse seine spätere Verlegung in ein ausgewähltes Vertragskrankenhaus bestimmt, wenn die weitere Behandlung in diesem kostengünstiger erfolgen kann und daher die Kosten der Verlegung rechtfertigt.

866. Schließlich sind Tarife im Rahmen des Optionsmodells vorstellbar, innerhalb derer der Versicherte für Behandlungen in teureren Kliniken, die nicht zum Vertragsbereich seiner Krankenkasse gehören, den jeweils

höchsten erstattungsfähigen Betrag gewissermaßen als einen Zuschuss erhält, um anschließend seiner Versicherung den noch ausstehenden Differenzbetrag aus eigenen Mitteln zu zahlen. Ähnliches ist bereits heute im gesetzlichen Standardtarif möglich, wenn Patienten im Krankenhaus beispielsweise die Zusatzkosten eines Einzelzimmers gegenüber einem Mehrbettzimmer selbst tragen. Ein solcher Optionstarif würde den Patienten zusätzliche Wahlfreiheiten eröffnen und es ihnen ermöglichen, im konkreten Behandlungsfall stets die von ihnen als beste Versorgung empfundene Krankenhausleistung nachzufragen. Im Wettbewerb der Krankenkassen wäre ein solcher Tarif wegen seines größeren Freiheitsgrades, der weniger restriktiven Ausschlussmöglichkeit durch die Versicherung und der hiermit einhergehenden geringeren Einsparmöglichkeiten durch selektives Kontrahieren vermutlich nur gegen einen Beitragsaufschlag gegenüber anderen Optionstarifen abzuschließen.

4.4 Diskussion

867. Neben den im Abschnitt 4.2 angeregten Festlegungen, hinter denen kein zulässiger Optionstarif im Hinblick auf seinen Leistungsumfang zurückbleiben darf und die im Vertragswettbewerb einerseits die gebotenen Handlungsspielräume für Krankenkassen und Krankenhäuser erst eröffnen sowie andererseits eine qualitativ hochwertige Versorgung für alle Patienten im Optionstarif sichern sollen, muss der Gesetzgeber außerdem Rahmenbedingungen für den Preiswettbewerb im Optionsmodell vorgeben. Zu klären ist, in welcher Weise die Krankenkassen ihren Versicherten Preisnachlässe für die Wahrnehmung des Optionstarifes gewähren dürfen.

Eine politisch leicht zu vermittelnde Lösung mag darin gesehen werden, den Beitragssatz im Optionstarif abzusenken. Zum einen erforderte dies allerdings eine Abkehr von dem Prinzip des einheitlichen Beitragssatzes, zu dem der Gesetzgeber gerade erst im Zuge der Gesundheitsreform 2007 zurückkehrt. Zum anderen würden hierdurch die verzerrenden Wirkungen der GKV-Finanzierungsmodalitäten auch in den Optionstarif getragen. Problematisch ist insbesondere der Umstand, dass die gesetzliche Krankenversicherung neben ihrer primären Aufgabe, die unmittelbaren Vermögensrisiken einer Erkrankung auf die Versicherten umzulegen, zusätzlich auch Teile des Vermögensausgleichs im Sozialsystem als eine sekundäre Umverteilungsaufgabe wahrnimmt. Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung bemessen sich folglich proportional zu den Erwerbseinkommen ihrer Mitglieder und es werden die Kinder gesetzlich Versicherter sowie erwerbslose Ehegatten aus der Sicht der Beitragszahler kostenlos mitversichert. Die sich innerhalb des Systems ergebenden vielfältigen Transferströme sind nicht notwendigerweise an der Bedürftigkeit der jeweiligen Personkreise orientiert und in keiner Weise an den individuellen Kostenrisiken, die jeder Versicherte auf die Versicherungsgemeinschaft überträgt. Zudem werden weder andere Einkommensarten als die Erwerbseinkommen noch die Mitglieder der privaten Krankenversicherungen

der Bereich höchster Versorgungsqualität betroffen sein, wenn es sich bei Gesundheitsleistungen tatsächlich um superiore Güter handelt; vgl. hierzu auch die eingangs im Abschnitt 1.3 getroffenen Feststellungen. Grundsätzlich geht die Monopolkommission jedoch davon aus, dass zunächst kostensparende Optionsmodelle erfolgreich sein werden, die mit Beitragssenkungen für die Versicherten verbunden sind.

in umfassender Weise bei der Lastenverteilung berücksichtigt.⁵⁵

Für Preisnachlässe im Optionstarif durch Absenkung des Beitragssatzes bedeutet dies, dass die Teilnahme an dem Optionsmodell für ansonsten homogene Versicherten-Gruppen sehr unterschiedlich attraktiv sein kann, nur weil sie sich in der Höhe ihrer Erwerbseinkommen unterscheiden. In vielen Fällen sind die Beiträge an die Krankenkassen durch niedrige Erwerbseinkommen so gering, dass für die Versicherten kein Anreiz besteht, bei Beitragssatzunterschieden in den Optionstarif zu wechseln.⁵⁶ Dies kann dazu führen, dass vergleichsweise junge und gesunde Erwerbstätige mit einem hohen Einkommen und mit durch den verminderten Beitragssatz hohen absoluten Beitragsersparnissen einen wesentlich höheren Anreiz zur Teilnahme an dem Optionsmodell erhalten als Versicherte, die mit hohen Krankheitskostenrisiken belastet sind und nur über ein geringes Erwerbseinkommen verfügen. Dass besser verdienende Versicherte in der Regel gesünder sind und daher niedrigere Krankheitskosten als Versicherungspflichtige mit niedrigem Einkommen verursachen, verdeutlichen empirische Studien.⁵⁷ Wechseln nun aber überwiegend die gesunden Versicherten in Optionstarife, werden hierdurch auch die Einsparmöglichkeiten des Modells ungünstig eingeschränkt, da die erweiterten Steuerungsmöglichkeiten der Krankenkassen gerade bei den mit hohen Krankheitskostenrisiken belasteten Versicherten größere Einsparpotenziale erwarten lassen.

868. Es ist grundsätzlich eine Preisdifferenzierung wünschenswert, die den Versicherten korrekte Signale zur Wirtschaftlichkeit ihrer Tarifentscheidung übermittelt. Sämtliche Versicherten sollen daher in einer anreizgerechten Weise an den Einsparungen partizipieren, die sie ihrer jeweiligen Versichertengemeinschaft durch ihre Wahlentscheidung zugunsten des Optionsmodells ermöglichen. Idealerweise sollten daher den Versicherten Preisnachlässe in Form von kassenindividuellen, pauschalen Prämien gewährt werden. Zudem ist darüber nachzudenken, ob preismindernde Prämien nicht lediglich je Beitrags-

zahler, sondern je Versicherten ausgezahlt werden sollen. Hierdurch hätten auch die nichtbeitragspflichtigen GKV-Versicherten sowie Bezieher von Arbeitslosengeld II und Sozialhilfe ein unmittelbares Interesse, die Wirtschaftlichkeit ihrer Tarifentscheidung zu bedenken und den Wechsel in einen Optionstarif zur Krankenhausversorgung zu erwägen.

Weiterhin ist über die Möglichkeit einer regionalen Prämiendifferenzierung nachzudenken. Hierdurch würde der Tatsache Rechnung getragen, dass sich die Krankenhausversorgung der Versicherten einer Krankenkasse überwiegend im regionalen, wohnortnahen Umfeld abspielt, daher auch für den einzelnen Versicherten die zwischen seine Krankenkassen und den Krankenhäusern vor Ort geschlossenen selektiven Verträge eine besondere Relevanz besitzen. Investitionen in besondere „Spar- oder Luxustarife“, nach denen gegebenenfalls nur eine lokale Nachfrage besteht, würden auf diese Weise auch für überregional tätige Krankenkassen interessant.

869. Damit das Optionsmodell seine positiven Anreizwirkungen gänzlich entfaltet, ist es unerlässlich, dass die Krankenkassen die durch das selektive Kontrahieren mit einzelnen Krankenhäusern gewonnenen Kostenvorteile im Wettbewerb mit anderen Krankenkassen vollumfänglich an die Versicherten im Optionstarif weiterreichen können. Geschieht dies nicht, würde das Preissignal zugunsten des gesetzlichen Standardtarifs und zulasten des Optionsmodells verzerrt, in dem der Versicherte erst durch seinen individuellen freiwilligen Verzicht auf größere Wahlfreiheiten in der Krankenhausversorgung Kostenersparnisse ermöglicht. Es wäre daher anreizschädlich, diese Kostenersparnisse ganz oder teilweise zugunsten allgemeiner Solidarziele über den Risikostrukturausgleich auch den Versicherten im Standardtarif zukommen zu lassen.

Ein Risikostrukturausgleich ist in einem wettbewerbsoffenen, gesetzlichen Krankenversicherungssystem, in dem die Beiträge der Versicherten nicht an die zu versichernden Risiken, sondern an die Arbeitseinkommen gebunden sind, zur Vermeidung von Anreizen zur Risikoselektion unerlässlich. Durch einen Risikostrukturausgleich sollen die finanziellen Nachteile derjenigen Krankenkassen ausgeglichen werden, die überdurchschnittlich viele Personen mit hohen Krankheitskostenrisiken versichern.⁵⁸ Als ein Finanzausgleich wird er aus Zahlungen der übrigen Kran-

⁵⁵ Mit der Einführung eines Gesundheitsfonds zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2009 soll unter anderem die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern sowie die Finanzierung verschiedener versicherungsfremder Leistungen nicht mehr aus den Beiträgen der Pflichtversicherten, sondern aus Steuermitteln aufgebracht werden. Hierdurch werden die bisher in dem System der gesetzlichen Krankenversicherung wirkenden Transferströme teilweise neutralisiert. Allerdings weist die Monopolkommission darauf hin, dass damit noch nicht die problematischen Anreizwirkungen eines einkommensabhängigen Beitragssatzes auf der Seite der Versicherten beseitigt werden, die für die hier vorgenommene Betrachtung relevant sind.

⁵⁶ Mitte 2006 waren als Familienangehörige 18,64 Mio. Personen kostenfrei mitversichert. Die Zahl der Bezieher von Arbeitslosengeld II belief sich zu diesem Zeitpunkt auf etwa 4,96 Mio. Auch für sie spielt die Höhe des Beitragssatzes keine Rolle, da ihre Beiträge der Bund übernimmt. Mithin hat bereits gut ein Drittel der rund 70 Mio. Versicherten in den gesetzlichen Krankenkassen nur einen allenfalls mittelbaren Anreiz, die Beitragshöhe ihrer Krankenkasse zu beachten und einen Kassenwechsel aufgrund von Unterschieden im Beitragssatz zu erwägen; vgl. Felder, S., a. a. O., S. 42.

⁵⁷ Vgl. Breyer, F., Heineck, M., Lorenz, N., Determinants of Health Care Utilization by German Sickness Fund Members with Application to Risk Adjustment, *Health Economics* 12, 2003, S. 367–376.

⁵⁸ Der gegenwärtige Risikostrukturausgleich (RSA) gleicht die finanziellen Auswirkungen der von den Krankenkassen nicht beeinflussbaren Unterschiede in der Risikostruktur ihrer Versicherten aus. Berücksichtigt werden hierbei die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder, die Zahl der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen, Geschlecht und Alter sowie der Bezug einer Erwerbsminderungsrente. In geringem Umfang finden Kosten, die durch chronisch erkrankte Versicherte entstehen, Berücksichtigung. Zum Jahr 2009 soll dem Risikostrukturausgleich eine zusätzliche Morbiditätsorientierung gegeben werden (Morbi-RSA). Für 50 bis 80 schwerwiegende und kostenintensive chronische Krankheiten sollen Morbiditätszuschläge ermittelt werden, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die GKV-weiten durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten um mindestens 50 Prozent übersteigen.

kenkassen gespeist, die eine unterdurchschnittlich teure Versichertenstruktur besitzen. Bei der Einführung des Optionsmodells muss nun verhindert werden, dass Einsparungen, die eine Krankenkasse alleine aus der erfolgreichen Einführung ihres Optionstarifes bei einem Teil ihrer Versicherten erzielt, dem allgemeinen Umverteilungsmechanismus des Risikostrukturausgleichs zur Verfügung gestellt wird. Denn hierdurch würden gerade jene im Wettbewerb erfolgreichen Krankenkassen mit einem hohen Anteil an Versicherten im Optionstarif und effizienten Angeboten besonders belastet, die anschließend ihren Versicherten nicht länger einen ihrer überlegenen Leistung entsprechenden günstigen Optionstarif anbieten könnten. Aus Sicht der Monopolkommission ist daher unter Beachtung des hierfür erforderlichen zusätzlichen bürokratischen Aufwandes zu empfehlen, den Risikostrukturausgleich für die Tarife des Optionsmodells von dem Risikostrukturausgleich für den gesetzlichen Standardtarif zu trennen.

870. Schließlich gebietet die Einführung des Optionsmodells die bereits ohnehin überfällige Klärung des Verhältnisses von Sozialrecht und Wettbewerbsrecht in der Beziehung von Krankenkassen und Krankenhäusern. Insbesondere muss, damit der Vertragswettbewerb der Krankenkassen funktionsfähig wird, die Nachfragemacht marktbeherrschender Krankenkassen der Wettbewerbsaufsicht unterworfen werden. Derzeit bestimmt das Fünfte Sozialgesetzbuch in § 69 Satz 1, dass die Rechtsbeziehungen der gesetzlichen Krankenkassen und ihrer Verbände zu Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Apotheken sowie zu sonstigen Leistungserbringern und ihren Verbänden durch das Vierte Kapitel des SGB V sowie für besondere Versorgungsformen durch die §§ 63, 64 SGB V abschließend geregelt werden. Unter den sonstigen Leistungserbringern sind auch Krankenhäuser zu subsumieren. Mithin kommt der § 69 SGB V für die Rechtsbeziehungen von Krankenkassen zu den Leistungserbringern im Gesundheitswesen einer Bereichsausnahme gegenüber dem deutschen Kartell- und Unlauterkeitsrecht gleich.⁵⁹ Das Wettbewerbsrecht gilt dagegen für alle Vereinbarungen der Krankenkassen untereinander, die von dem Kartellverbot des § 1 GWB erfasst werden. Nur solange die gesetzlichen Krankenkassen mit privaten Versicherern konkurrieren, können § 1 GWB und das UWG zur Anwendung kommen. Und dies gilt auch für das Verhältnis der Leistungserbringer zueinander, und hier im Speziellen der Krankenhäuser, solange es um die Leistungsbeziehungen zu den gesetzlichen Krankenkassen geht.^{60,61}

Der Gesetzgeber ist in der Debatte um die Gesundheitsreform 2007 nicht dem Vorschlag des Bundeskartellamts und des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie gefolgt, den § 69 SGB V

ersatzlos zu streichen.⁶² Der Vorschlag wurde damit begründet, dass den Krankenkassen durch die Bereichsausnahme gegenüber dem Kartell- und Unlauterkeitsrecht die wettbewerbspolitisch problematische Möglichkeit gegeben ist, Verträge mit Leistungserbringern anstatt einzeln nun kollektiv abzuschließen. Folglich werden den gesetzlichen Krankenkassen ansonsten kartellrechtswidrige Absprachen zwischen Wettbewerbern auf der Nachfrageseite erlaubt. Auf diese Weise wird eine mittel- bis langfristige wohlfahrtsschädigende Konzentration von Nachfrage zulässig.

Diese Gefahr sieht auch die Monopolkommission. Sie bekäme besondere Relevanz in einem durch seine vertragliche Ausgestaltung wettbewerblicher ausgerichteten Krankenhausmarkt. Die Koordination zwischen den Marktseiten und der Marktseiten untereinander würde den vertragswettbewerblichen Wirkmechanismus stören und daher die für die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung mittel- bis langfristige möglichen qualitativen und

Kartellrechts bleibt von der Bereichsausnahme des § 69 SGB V unberührt. Für die Anwendbarkeit des europäischen Kartellrechts ist der Unternehmensbegriff in Artikel 81 EGV (Verbot aufeinander abgestimmter Verhaltensweisen) und in Artikel 82 EGV (Verbot des Missbrauchs einer marktbeherrschenden Stellung) bestimmend. Die Unternehmenseigenschaft lässt sich hiernach nicht abstrakt definieren, sondern ist stets in Bezug auf eine bestimmte, für die jeweilige kartellrechtliche Fragestellung relevante wirtschaftliche Tätigkeit zu untersuchen und festzustellen. Er ist allein auf die Angebotstätigkeit einer handelnden Einheit abzustellen, Nachfragetätigkeit ist nur in denjenigen Fällen als eine unternehmerische Tätigkeit anzusehen, in denen der Nachfrager die nachgefragten Leistungen seinerseits am Markt anbietet (im Sinne des Erwerbs von Vor- und Zwischenprodukten, Handelstätigkeit). Nach der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs ist eine Tätigkeit der gesetzlichen Krankenkassen in der Regel auch deshalb keine wirtschaftliche Tätigkeit, weil sie einem sozialen Zweck dient, sie ohne Gewinnerzielungsabsicht betrieben wird, die Höhe der Beiträge nicht nach dem Prinzip der Risikoäquivalenz bestimmt wird und das System vom Prinzip des Solidaritätsausgleichs zwischen den Kassen und seine Absicherung durch Pflichtmitgliedschaft geprägt ist. Die wirtschaftliche Tätigkeit einer gesetzlichen Krankenkasse wird hingegen dann gegeben sein, wenn sich von einer Tätigkeit unter Marktbedingungen sprechen lässt, etwa wenn die betrachtete Krankenkasse freiwillige Leistungen in Konkurrenz mit anderen Kassen (etwa bei den freiwillig Versicherten) oder privaten Krankenversicherungen (etwa bei den freiwillig Versicherten im Standardtarif und bei den Zuwahlleistungen) anbietet. Demnach ist die Nachfragetätigkeit der gesetzlichen Krankenkassen bei den Leistungserbringern im Gesundheitswesen nach der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs als eine nichtwirtschaftliche Tätigkeit einzuordnen, soweit die Nachfrage auf die Erfüllung der sozialen, am Grundsatz der Solidarität orientierten Pflichten der Kassen zielt. Beim Wettbewerb um freiwillig Versicherte lässt sich jedoch für die Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern ein gewisser Konflikt zwischen dem europäischen und dem deutschen Recht feststellen. Nach § 69 SGB V sind auch die Leistungen an freiwillig versicherte Personen von einer Anwendung des Wettbewerbs- und Unlauterkeitsrechtes ausgenommen. Nach europäischer Rechtsprechung handelt es sich hierbei allerdings um eine unternehmerische Tätigkeit, die dem Artikel 81 EGV und dem Artikel 82 EGV unterzuordnen ist. Da weiterhin die Tätigkeit eines Leistungserbringers nach europäischem Recht in der Regel als eine unternehmerische Tätigkeit anzusehen ist, kommen hierdurch die Artikel 81 und 82 EGV auch bei Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Pflichtversicherung zur Anwendung.

⁵⁹ Vgl. für eine Übersicht über die Entstehung und Wirkung von § 69 SGB V Roth, Wulf-Henning: Kartellrechtliche Aspekte der Gesundheitsreform nach deutschem und europäischem Recht, Gewerblicher Rechtsschutz und Urheberrecht (GRUR) 2007 (8), S. 645 ff.

⁶⁰ Vgl. BKartA, Stellungnahme zum Entwurf eines GKV-WSG vom 28. November 2006, S. 8.

⁶¹ Allerdings sind hier nur diejenigen Leistungen von der Wirkung des Kartell- und Unlauterkeitsrechts freigestellt, die nicht dem europäischen Kartellrecht unterliegen. Die Anwendbarkeit des europäischen

⁶² Vgl. BKartA, Stellungnahme zum Entwurf eines GKV-WSG vom 28. November 2006, sowie Wissenschaftlicher Beirat beim BMWi, Pressemitteilung vom 30. Januar 2007.

preislichen Verbesserungen untergraben. Der Gesetzgeber hingegen hat im Gesetzgebungsprozess vermutlich nur die kurzfristig kostendämpfenden Wirkungen der Nachfragebündelung vor Augen gehabt. Die Monopolkommission weist jedoch darauf hin, dass die dem § 69 SGB V zugrunde liegende Logik, wonach die Bündelung von Einkaufsmacht zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen führen und übernormale Gewinne reduzieren kann, aus wettbewerbsökonomischer wie aus ordnungspolitischer Sicht nicht pauschal gültig ist.

Eine Koordination der Nachfrageentscheidungen der gesetzlichen Krankenkassen kann dazu beitragen, dass sich auch die Leistungserbringer im Gesundheitswesen weiter konzentrieren. Sollten die gesetzlichen Krankenkassen in dem vertragswettbewerblichen Modell in großem Umfang gemeinsame Nachfrageentscheidungen treffen, wäre einzelnen Krankenhäusern dann ein Alleingang in Ermangelung alternativer Nachfrager außerhalb des Nachfrageverbundes verwehrt. Daher steht die Bildung eines bilateralen Oligopols mit mittel- bis langfristigen Tendenzen zu – aufgrund des fehlenden Wettbewerbsdrucks – überhöhten Preisen, eingeschränkten Angebotsmengen und suboptimalen Angebotsqualitäten zu befürchten, in dem jede Marktseite die Partizipation ihrer Mitglieder an den Überschüssen des Krankenhausmarktes durch oligopolistische Strukturen sichert. Der Gesetzgeber hat anstelle einer ersatzlosen Streichung des § 69 SGB V den Absatz 1 durch einen neuen Satz 2 ergänzt. Durch diesen ist eine wettbewerbsrechtliche Missbrauchskontrolle entsprechend den §§ 19 bis 21 GWB auf die freiwilligen vertraglichen Beziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände mit Leistungserbringern im Gesundheitswesen anwendbar.⁶³ Das Bundeskartellamt hat richtigerweise in seiner damaligen Stellungnahme betont, dass die so formulierte Zulässigkeit einer Missbrauchskontrolle im Gesundheitswesen schon insofern widersprüchlich erscheint, als diese in der Regel nur deshalb notwendig wird, weil erst der § 69 SGB V den Krankenkassen und den Leistungserbringern die kartellmäßige Koordination gestattet und daher zum Missbrauch einer marktbeherrschenden Stellung geradezu einlädt.⁶⁴

871. Die Monopolkommission gelangt daher für den in dem vorliegenden Gutachten betrachteten Krankenhausmarkt zu der Auffassung, dass die vertraglichen Vereinbarungen zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Krankenhäusern in vollem Umfang wettbewerbsrechtlichen Regelungen und kartellrechtlicher Kontrolle zu unterwerfen sind. Gleichzeitig soll die Bereichsausnahme des § 69 SGB V auch für alle übrigen Beziehungen der gesetzlichen Krankenkassen zu den Leistungserbringern im Gesundheitswesen einer kritischen Überprüfung

⁶³ Im Wortlaut: „Die §§ 19 bis 21 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen gelten entsprechend, dies gilt nicht für Verträge von Krankenkassen oder deren Verbände mit Leistungserbringern, zu deren Abschluss die Krankenkassen oder deren Verbände gesetzlich verpflichtet sind und bei deren Nichtzustandekommen eine Schiedsamsregelung gilt.“

⁶⁴ Vgl. BKartA, Stellungnahme zum Entwurf eines GKV-WSG vom 28. November 2006.

im Hinblick auf eine stärker wettbewerbliche Ausrichtung des Gesundheitsmarktes insgesamt unterzogen werden.

5. Zusammenfassung der Handlungsempfehlungen

872. Der deutsche Krankenhausmarkt befindet sich im Umbruch. Die Monopolkommission hat in ihrer Analyse wesentliche Entwicklungen nachvollzogen und Vorschläge für eine Reform der wettbewerblichen Rahmenbedingungen gemacht. Auf dem Krankenhausmarkt hat die stetige, auch in Zukunft ungebrochene Steigerung der Gesundheitsausgaben vielfältige demografische und technologische Ursachen. Sie wird zugleich beeinflusst von nachfrageseitigen Besonderheiten und einer umfangreichen staatlichen Regulierung. Die politische Vorgabe, diese Ausgaben zu begrenzen, ist eine Leitlinie für alle institutionellen Veränderungen. Sie steht einer Nutzung des Wettbewerbs zur Entdeckung effizienter Lösungen in ihrem Rahmen aber nicht im Wege. Die Reformvorschläge sollen dazu beitragen, dass sich der medizinisch-technische Fortschritt in der Diagnostik und Therapie stärker entlang den Präferenzen der Patienten in ihrer schwierigen Dreiecksbeziehung mit den behandelnden Ärzten und den Krankenkassen ausprägen kann. Die Vorschläge müssen daher der Heterogenität der Versicherten Rechnung tragen.

873. In Anbetracht des mangelnden Preiswettbewerbs und der allgemeinen Präferenz von Patienten für eine wohnortnahe Krankenhausversorgung bilden der Standort des Krankenhauses und die Qualität des Dienstleistungsangebotes die entscheidenden Wettbewerbsparameter im Krankenhausmarkt. Da allerdings auf dem deutschen Krankenhausmarkt die Transparenz des Leistungsgeschehens weitgehend fehlt, ist auch der Qualitätswettbewerb zwischen den Krankenhäusern in seiner Funktionsfähigkeit beschränkt. Die Monopolkommission empfiehlt daher die Entwicklung verständlicher und für Vergleiche geeigneter Informationsangebote zur Qualität von Krankenhausbehandlungen, damit Patienten künftig in stärkerem Maße als bisher Qualitätsinformationen nutzen können. Überlegenswert ist die Bildung eines Qualitätsregisters für Krankenhausbehandlungen, das systematisch Daten der Krankenhäuser über Behandlungsmaßnahmen und Pflegeergebnisse abbilden würde. Der Monopolkommission erscheinen die Grenzen zulässiger Werbung im Krankenhaussektor als zu vage und damit tendenziell als zu restriktiv. Zudem sind die wachsenden vertraglichen Abhängigkeiten zwischen einweisenden Ärzten und Krankenhäusern (aus sog. Kick-back-Verträgen) als kritisch für die Funktionsfähigkeit des Qualitätswettbewerbs im Krankenhaussektor anzusehen, solange den einweisenden Ärzten eine Mittlerfunktion bei der Krankenhauswahl der Patienten zusteht.

874. In der Fusionskontrolle wird aufgrund der zumeist geringen Größe der beteiligten Krankenhausunternehmen eine Vielzahl von Krankenhausfusionen nicht von den Aufgreifschwelen des GWB erfasst und bleibt daher vom Bundeskartellamt unbeobachtet. Die Monopolkommission ist der Auffassung, dass am Beispiel des Krankenhausmarktes deutlich wird, dass die Aufgreifschwelen

nur unzureichend in der Lage sind, als Indikatoren für die volkswirtschaftliche Bedeutsamkeit eines Fusionsvorhabens in einer regionalen Marktstruktur zu dienen.

Den verbleibenden Qualitätswettbewerb im Krankenhaussektor erachtet die Monopolkommission als außerordentlich schützenswert, da er die Wahlmöglichkeiten der Patienten sichert und einziger Garant für eine hochwertige Versorgung ist. Für die Fusionskontrolle auf dem Krankenhausmarkt muss daher gelten, dass heute Strukturen erhalten werden sollen, die dem Gesetzgeber für die Zukunft die Möglichkeit belassen, die Rolle des Preiswettbewerbs und des Qualitätswettbewerb im Interesse einer präferenzgerechten und qualitativ hochwertigen Versorgung der Patienten mit Krankenhausleistungen weiter zu stärken. Der hohe Schutzbedarf des Wettbewerbs auf dem Krankenhausmarkt wird durch die einheitliche Aufgreifschwelle nicht adäquat erfasst. Daher schlägt die Monopolkommission vor, dem § 38 GWB den folgenden Absatz hinzuzufügen:

„Für den Umsatz von Krankenhausunternehmen ist das Dreifache der Umsatzerlöse in Ansatz zu bringen.“

Im Ergebnis würde damit den generell sensiblen Wettbewerbsbedingungen im Krankenhaussektor Rechnung getragen und gleichzeitig eine steigende Bewertung von Krankenhausumsätzen, d.h. in der Sache eine Absenkung der Aufgreifschwelle der Zusammenschlusskontrolle erreicht, wie sie auf lokalen und regionalen Märkten angemessen ist.

875. Die Monopolkommission sieht in der von den Bundesländern geleisteten zentralen Krankenhausplanung und der mit ihr verbundenen Investitionsförderung für Plankrankenhäuser ein wichtiges Hemmnis für Innovationen und Wirtschaftlichkeit im Krankenhaussektor. Sie plädiert stattdessen für eine Krankenhausplanung, die nicht länger die Gewährleistung einer allumfassenden Krankenhausversorgung auf dem Gebiet eines jeden Bundeslandes im Blick hat, sondern auf die Sicherstellung lediglich einer unbedingt erforderlichen Mindestversorgung gerichtet ist. Für alle übrigen Bereiche muss ein Finanzierungssystem gefunden werden, das Anreizverzerrungen vermeidet und es den Krankenhäusern erlaubt, ihr Angebot im Wettbewerb an dem durch die Krankenkassen und Patienten geäußerten lokalen Bedarf auszurichten und stetig fortzuentwickeln.

876. Das gegenwärtige DRG-Fallpauschalensystem entspricht im Wesentlichen einer Price-Cap-Regulierung, wie sie üblicherweise zur Regulierung natürlicher Monopole Anwendung findet. Es läuft Gefahr, durch seine extreme Ausdifferenzierung die Vorteile der prospektiven Vergütung weitgehend zu verspielen. Die Monopolkommission ist der Auffassung, dass sich die in ihm verankerten Fehlanreize für Krankenhäuser, überfrühe „blutige“ Entlassungen vorzunehmen, unnötige Behandlungen auszuführen und Patienten nach wirtschaftlichen Kriterien zu selektieren, nur schwerlich über eine weitere Ausdifferenzierung des einheitlich gültigen Fallpauschalensystems werden kontrollieren lassen. Die weitere Differenzierung der Fallpauschalen sollte daher zumindest gestoppt, wenn

nicht zurückgeführt werden, auch um den Krankenhäusern neue Gestaltungsspielräume bei der Entwicklung und Umsetzung innovativer Behandlungen zu eröffnen.

877. Die Monopolkommission empfiehlt die Rückkehr zu einem monistischen Finanzierungssystem für die Krankenhäuser. Darin würden sämtliche Betriebsausgaben und Investitionen aus Fallpauschalen gedeckt. Ein Ausgleich des Investitionsstaus ist hierbei aus wettbewerbsökonomischer Perspektive vor Einführung der Monistik keineswegs zwingend. Zum einen muss der bestehende Investitionsstau bei Einführung der Monistik nicht ausgeglichen werden, wenn er alle konkurrierenden Plankrankenhäuser in gleicher Weise trifft. Andernfalls begründet er im Wesentlichen ein verteilungspolitisches Problem und entspricht dem First-Mover-Vorteil eines Akteurs auf einem normalen Wettbewerbsmarkt.

878. Den möglichen Ausgleich des Investitionsstaus über einen Ausgleichspool sieht die Monopolkommission kritisch. Einerseits wären seine Transaktionskosten vermutlich nicht unerheblich, er würde zum Aufbau einer schwerfälligen Bürokratie führen und die Gefahr einer ineffizienten Geldanlage durch den Staat bergen. An jeder Form des Ausgleichs von Unterschieden im bestehenden Investitionsbestand ist jedoch grundsätzlich problematisch, dass der Restwert investierten Kapitals eine vergangenheitsbezogene Größe ist, die an sich für zukunftsbezogene Entscheidungen keine Relevanz besitzt. Wenn auf politischem Wege kein vollmonistisches System erreicht werden kann, so ist zumindest über die Einführung einer teilmonistischen Finanzierung nachzudenken. Hierbei würde auf die antragspflichtige Einzelförderung von Krankenhäusern verzichtet und es würden sämtliche staatlichen Mittel nur noch in Form pauschaler Fördermittelzuwendungen an die Krankenhäuser ausgeschüttet. Allerdings müsste hierzu ein besser geeigneter Verteilungsschlüssel als die Planbettenzahl gefunden werden, über den die Bundesländer ihre Fördergelder ausschütten.

879. Mit Blick auf die Forderung nach der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung mit Krankenhausleistungen betont die Monopolkommission, dass es bei der Daseinsvorsorge auf Krankenhausmärkten in erster Linie nicht um die Korrektur eines ökonomisch fundierten Marktversagens geht, sondern vielmehr um die Bereitstellung eines politisch gewünschten, flächendeckenden Umfangs an Krankenhausleistungen. Sofern dieser politisch gewünschte Umfang nicht dem ökonomisch effizienten Umfang entspricht, kann seine Bereitstellung in einer Demokratie legitim sein, denn es spielen hierbei neben ökonomischen Effizienzzielen auch an Wertvorstellungen anknüpfende Zielsetzungen eine Rolle. Für eine Sicherstellung der Reservekapazitäten und der Notfallversorgung durch die Länder, Kreise und Gemeinden sprechen insbesondere die hierdurch besseren Wahrnehmungsmöglichkeiten für lokale Präferenzen und die Übereinstimmung der Zahler- und Empfängerkreise. Das Zusatzangebot ließe sich in effizienter Weise durch wettbewerbskonforme, wiederkehrende Ausschreibungen bereitstellen. Die Ausschreibungsverfahren sind in einer Weise zu gestalten, dass stets jener Bieter mit dem Zu-

satzangebot betraut wird, der dieses in der gewünschten Qualität und im gewünschten Umfang mit dem geringsten Bedarf an öffentlichen Zuschüssen bereitstellt. Im Ergebnis entstünde auf dem Krankenhausmarkt wieder eine Form dualer Finanzierung, die diesmal allerdings auf die im Hinblick auf die Investitionsanreize problematische Trennung von staatlich getragenen Investitionskosten einerseits und durch die Krankenkassen getragenen Krankenhausbetriebskosten andererseits verzichtete.

880. Die Monopolkommission schlägt die Einführung spezieller Optionstarife für die Krankenhausversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung vor, innerhalb derer die Wahlmöglichkeiten zwischen Krankenhäusern für Patienten bei unverändertem Leistungsumfang begrenzt und die Steuerungsmöglichkeiten der Krankenkassen ausgeweitet werden. Die Krankenkassen sollen für Optionstarife mit einzelnen Krankenhäusern selektive Versorgungsverträge abschließen. Den Versicherten wird sodann die Möglichkeit eröffnet, durch ein freiwilliges Opting-out Krankenhausleistungen nur in den ausgewählten Vertragskrankenhäusern ihrer Krankenkasse wahrzunehmen.

881. Die Grenzen des Optionsmodells sind durch den Gesetzgeber abzustecken und einer kontinuierlichen Überprüfung zu unterwerfen. Hierbei gilt es insbesondere zu berücksichtigen, dass den Krankenkassen auf der einen Seite hinlängliche Möglichkeiten gegeben sein müssen, ihre Tarife qualitativ zu differenzieren und so Vorteile im Wettbewerb gegenüber anderen Krankenkassen auch durch Unterschiede im Leistungsangebot zu erlangen. Auf der anderen Seite ist dem kritischen Zeitinkonsistenzproblem der Versicherten bei langfristigen Versicherungsverträgen Rechnung zu tragen. In jungen Jahren unterschätzen Versicherte regelmäßig das Bedürfnis für den Krankenversicherungsschutz, den sie im Alter benötigen. Die Monopolkommission rät deshalb dazu, durch das Optionsmodell in einem ersten Schritt lediglich den Krankenhauszugang auf die unmittelbaren Vertragskrankenhäuser der Krankenkasse zu beschränken und das Leistungsspektrum für die Versicherten im Optionstarif gegenüber dem gesetzlichen Standardtarif ansonsten unberührt zu lassen. Jeder Versicherte hat sodann auch weiterhin Anspruch auf eine Krankenhausbehandlung im vollen qualitativen Umfang des gesetzlichen Standardtarifs. Weiterhin sollen im Optionstarif die Regelungen der gesetzlichen Krankenkassen zum Versicherungsschutz im Ausland denen des gesetzlichen Standardtarifs entsprechen. Ebenso sollen Versicherte im Optionstarif im Notfall freien Zugang zu jedem Krankenhaus erhalten.

882. Die Monopolkommission ist der Auffassung, dass der Wettbewerb der Krankenhäuser um die Aufnahme in die Optionstarife der gesetzlichen Krankenkassen dann zu besonders wirkungsvollen Ergebnissen gelangen kann, wenn die gesetzlichen Vorgaben zu den Inhalten von Vereinbarungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen nicht restriktiv sind. Insbesondere soll das DRG-Vergütungssystem für die Tarife im Optionstarif lediglich

noch empfehlenden Charakter besitzen. Die Vertragspartner sollen grundsätzlich frei sein, Zu- und Abschläge oder eine alternative Vergütungsstruktur zu vereinbaren.

883. Der Gesetzgeber muss außerdem Rahmenbedingungen für den Preiswettbewerb im Optionsmodell vorgeben. Politisch leicht zu vermitteln mag eine Beitragsatzsenkung für den Optionstarif sein. Jedoch bedeutete diese auch, dass die Teilnahme an dem Optionsmodell für ansonsten homogene Versichertengruppen sehr unterschiedlich attraktiv sein kann, nur weil sie sich in der Höhe ihrer Erwerbseinkommen unterscheiden. Aus Sicht der Monopolkommission ist grundsätzlich eine Preisdifferenzierung wünschenswert, die den Versicherten korrekte Signale zur Wirtschaftlichkeit ihrer Tarifentscheidung übermittelt. Idealerweise sollten daher den Versicherten Preisnachlässe in Form von kassenindividuellen, pauschalen Prämien gewährt werden. Zudem ist darüber nachzudenken, ob preismindernde Prämien nicht lediglich je Beitragszahler, sondern je Versicherten ausgezahlt werden sollen. Weiterhin ist die Möglichkeit einer regionalen Prämiendifferenzierung zu erwägen. Hierdurch würde der Tatsache Rechnung getragen, dass sich die Krankenhausversorgung überwiegend im regionalen, wohnortnahen Umfeld der Versicherten abspielt, daher auch für den einzelnen Versicherten die vor Ort zwischen seiner Krankenkasse und den Krankenhäusern geschlossenen selektiven Verträge eine besondere Relevanz besitzen.

884. Es wäre anreizschädlich, Kostenersparnisse, die eine Krankenkasse alleine aus der erfolgreichen Einführung ihres Optionstarifes bei einem Teil ihrer Versicherten erzielt, ganz oder teilweise zugunsten allgemeiner Solidarziele über den Risikostrukturausgleich auch den Versicherten im Standardtarif zukommen zu lassen. Die Monopolkommission empfiehlt daher, den Risikostrukturausgleich für die Tarife des Optionsmodells unter Beachtung des hierfür erforderlichen zusätzlichen bürokratischen Aufwandes von dem Risikostrukturausgleich für den gesetzlichen Standardtarif zu trennen.

885. Damit der Vertragswettbewerb der Krankenkassen funktionsfähig wird, muss schließlich die Nachfragemacht marktbeherrschender Krankenkassen angegriffen werden. Die vertraglichen Vereinbarungen zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Krankenhäusern sind daher nach Auffassung der Monopolkommission im vollen Umfang wettbewerbsrechtlichen Regelungen und kartellrechtlicher Kontrolle zu unterwerfen. Die Bereichsausnahme des § 69 SGB V für die Rechtsbeziehungen zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern vom deutschen Kartell- und Unlauterkeitsrecht soll daher zumindest für den Krankensektor aufgehoben werden. Für alle übrigen Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungsbringern im Gesundheitswesen ist sie einer kritischen Überprüfung im Hinblick auf eine stärker wettbewerbliche Ausrichtung des Gesundheitsmarktes insgesamt zu unterziehen.

Bisherige Gutachten der Monopolkommission

Alle Veröffentlichungen sind im Nomos-Verlag, Baden-Baden, erschienen.

Hauptgutachten

- | | | |
|-----------------------|--------------|--|
| Hauptgutachten I: | (1973/1975): | Mehr Wettbewerb ist möglich. 1976, 2. Aufl. 1977. |
| Hauptgutachten II: | (1976/1977): | Fortschreitende Konzentration bei Großunternehmen. 1978. |
| Hauptgutachten III: | (1978/1979): | Fusionskontrolle bleibt vorrangig. 1980. |
| Hauptgutachten IV: | (1980/1981): | Fortschritte bei der Konzentrationserfassung. 1982. |
| Hauptgutachten V: | (1982/1983): | Ökonomische Kriterien für die Rechtsanwendung. 1984. |
| Hauptgutachten VI: | (1984/1985): | Gesamtwirtschaftliche Chancen und Risiken wachsender Unternehmensgrößen. 1986. |
| Hauptgutachten VII: | (1986/1987): | Die Wettbewerbsordnung erweitern. 1988. |
| Hauptgutachten VIII: | (1988/1989): | Wettbewerbspolitik vor neuen Herausforderungen. 1990. |
| Hauptgutachten IX: | (1990/1991): | Wettbewerbspolitik oder Industriepolitik. 1992. |
| Hauptgutachten X: | (1992/1993): | Mehr Wettbewerb auf allen Märkten. 1994. |
| Hauptgutachten XI: | (1994/1995): | Wettbewerbspolitik in Zeiten des Umbruchs. 1996. |
| Hauptgutachten XII: | (1996/1997): | Marktöffnung umfassend verwirklichen. 1998. |
| Hauptgutachten XIII: | (1998/1999): | Wettbewerbspolitik in Netzstrukturen. 2000. |
| Hauptgutachten XIV: | (2000/2001): | Netzwettbewerb durch Regulierung. 2003. |
| Hauptgutachten XV: | (2002/2003): | Wettbewerbspolitik im Schatten „Nationaler Champions“. 2005. |
| Hauptgutachten XVI: | (2004/2005): | Mehr Wettbewerb auch im Dienstleistungssektor! 2006. |
| Hauptgutachten XVII: | (2006/2007): | Weniger Staat, mehr Wettbewerb. 2008. |
| Hauptgutachten XVIII: | (2008/2009): | Mehr Wettbewerb, wenig Ausnahmen. 2010. |
| Hauptgutachten XIX: | (2010/2011): | Stärkung des Wettbewerbs bei Handel und Dienstleistungen. 2012. |

Sondergutachten

- Sondergutachten 1: Anwendung und Möglichkeiten der Mißbrauchsaufsicht über marktbeherrschende Unternehmen seit Inkrafttreten der Kartellgesetznovelle. 1975, 2. Aufl. 1977.
- Sondergutachten 2: Wettbewerbliche und strukturelle Aspekte einer Zusammenfassung von Unternehmen im Energiebereich (VEBA/Gelsenberg). 1975.
- Sondergutachten 3: Zusammenschlußvorhaben der Kaiser Aluminium & Chemical Corporation, der Preussag AG und der Vereinigte Industrie-Unternehmungen AG. 1975.
- Sondergutachten 4: Zusammenschluß der Deutsche Babcock AG mit der Artos-Gruppe. 1977.
- Sondergutachten 5: Zur Entwicklung der Fusionskontrolle. 1977.
- Sondergutachten 6: Zusammenschluß der Thyssen Industrie AG mit der Hüller Hille GmbH. 1977.
- Sondergutachten 7: Mißbräuche der Nachfragemacht und Möglichkeiten zu ihrer Kontrolle im Rahmen des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen. 1977.
- Sondergutachten 8: Zusammenschlußvorhaben der Deutschen BP AG und der VEBA AG. 1979.
- Sondergutachten 9: Die Rolle der Deutschen Bundespost im Fernmeldewesen. 1981.
- Sondergutachten 10: Zusammenschluß der IBH Holding AG mit der WIBAU AG. 1982.
- Sondergutachten 11: Wettbewerbsprobleme bei der Einführung von privatem Hörfunk und Fernsehen. 1981.
- Sondergutachten 12: Zusammenschluß der Burda Verwaltungs KG mit der Axel Springer GmbH/Axel Springer Gesellschaft für Publizistik GmbH & Co. 1982.
- Sondergutachten 13: Zur Neuordnung der Stahlindustrie. 1983.
- Sondergutachten 14: Die Konzentration im Lebensmittelhandel. 1985.
- Sondergutachten 15: Zusammenschluß der Klöckner-Werke AG mit der Seitz Enzinger Noll Maschinenbau AG. 1986.
- Sondergutachten 16: Zusammenschlußvorhaben der Vereinigte Elektrizitätswerke Westfalen AG mit der Société Sidéchar S.A. (Ruhrkohle AG). 1986.
- Sondergutachten 17: Konzeption einer europäischen Fusionskontrolle. 1989.
- Sondergutachten 18: Zusammenschlußvorhaben der Daimler-Benz AG mit der Messerschmitt-Bölkow-Blohm GmbH. 1989.
- Sondergutachten 19: Zusammenschlußvorhaben der MAN Aktiengesellschaft und der Gebrüder Sulzer Aktiengesellschaft. 1990.
- Sondergutachten 20: Zur Neuordnung der Telekommunikation. 1991.
- Sondergutachten 21: Die Mißbrauchsaufsicht über Gas- und Fernwärmeunternehmen. 1991.

- Sondergutachten 22: Zusammenschlußvorhaben der BayWa Aktiengesellschaft und der WLZ Raiffeisen Aktiengesellschaft. 1992.
- Sondergutachten 23: Marktstruktur und Wettbewerb im Handel. 1994.
- Sondergutachten 24: Die Telekommunikation im Wettbewerb. 1996.
- Sondergutachten 25: Zusammenschlußvorhaben der Potash Corporation of Saskatchewan Inc. und der Kali und Salz Beteiligungs Aktiengesellschaft. 1997.
- Sondergutachten 26: Ordnungspolitische Leitlinien für ein funktionsfähiges Finanzsystem. 1998.
- Sondergutachten 27: Systemwettbewerb. 1998.
- Sondergutachten 28: Kartellpolitische Wende in der Europäischen Union? 1999.
- Sondergutachten 29: Wettbewerb auf Telekommunikations- und Postmärkten? 2000.
- Sondergutachten 30: Wettbewerb als Leitbild für die Hochschulpolitik. 2000.
- Sondergutachten 31: Reform der Handwerksordnung. 2002.
- Sondergutachten 32: Folgeprobleme der europäischen Kartellverfahrensreform. 2002.
- Sondergutachten 33: Wettbewerbsentwicklung bei Telekommunikation und Post 2001: Unsicherheit und Stillstand. 2002
- Sondergutachten 34: Zusammenschlussvorhaben der E.ON AG mit der Gelsenberg AG und der E.ON AG mit der Bergemann GmbH. 2002.
- Sondergutachten 35: Zusammenschlussvorhaben der E.ON AG mit der Gelsenberg AG und der E.ON AG mit der Bergemann GmbH. Ergänzendes Sondergutachten. 2002.
- Sondergutachten 36: Zusammenschlussvorhaben der Georg von Holtzbrinck GmbH & Co. KG mit der Berliner Verlag GmbH & Co. KG. 2003.
- Sondergutachten 37: Wettbewerbsfragen der Kreislauf- und Abfallwirtschaft. 2003.
- Sondergutachten 38: Zusammenschlussvorhaben der Georg von Holtzbrinck GmbH & Co. KG mit der Berliner Verlag GmbH & Co. KG. Ergänzendes Sondergutachten. 2003.
- Sondergutachten 39: Telekommunikation und Post 2003: Wettbewerbsintensivierung in der Telekommunikation – Zementierung des Postmonopols. 2004.
- Sondergutachten 40: Zur Reform des Telekommunikationsgesetzes. 2004.
- Sondergutachten 41: Das allgemeine Wettbewerbsrecht in der Siebten GWB-Novelle. 2004.
- Sondergutachten 42: Die Pressefusionskontrolle in der Siebten GWB-Novelle. 2004.
- Sondergutachten 43: Wettbewerbsentwicklung bei der Telekommunikation 2005: Dynamik unter neuen Rahmenbedingungen. 2006.
- Sondergutachten 44: Wettbewerbsentwicklung bei der Post 2005: Beharren auf alten Privilegien. 2006.
- Sondergutachten 45: Zusammenschlussvorhaben der Rhön-Klinikum AG mit den Kreiskrankenhäusern des Landkreises Rhön-Grabfeld (Kreis Krankenhaus Bad Neustadt/Saale sowie Kreis Krankenhaus Mellrichstadt). 2006.

- Sondergutachten 46: Die Privatisierung der Deutschen Bahn AG. 2007.
- Sondergutachten 47: Preiskontrollen in Energiewirtschaft und Handel? Zur Novellierung des GWB. 2007.
- Sondergutachten 48: Wettbewerbs- und Regulierungsversuche im Eisenbahnverkehr. 2007.
- Sondergutachten 49: Strom und Gas 2007: Wettbewerbsdefizite und zögerliche Regulierung. 2008.
- Sondergutachten 50: Wettbewerbsentwicklung bei der Telekommunikation 2007: Wendepunkt der Regulierung. 2008.
- Sondergutachten 51: Wettbewerbsentwicklung bei der Post 2007: Monopolkampf mit allen Mitteln. 2008.
- Sondergutachten 52: Zusammenschlussvorhaben der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH mit der Krankenhaus Mariahilf gGmbH. 2008.
- Sondergutachten 53: Zusammenschlussvorhaben des Universitätsklinikums Greifswald mit der Kreiskrankenhaus Wolgast gGmbH. 2008.
- Sondergutachten 54: Strom und Gas 2009: Energiemärkte im Spannungsfeld von Politik und Wettbewerb. 2009.
- Sondergutachten 55: Bahn 2009: Wettbewerb erfordert Weichenstellung. 2010.
- Sondergutachten 56: Telekommunikation 2009: Klaren Wettbewerbskurs halten. 2010.
- Sondergutachten 57: Post 2009: Auf Wettbewerbskurs gehen. 2010.
- Sondergutachten 58: Gestaltungsoptionen und Leistungsgrenzen einer kartellrechtlichen Unternehmensentflechtung. 2010.
- Sondergutachten 59: Energie 2011: Wettbewerbsentwicklung mit Licht und Schatten. 2012.
- Sondergutachten 60: Bahn 2011: Wettbewerbspolitik unter Zugzwang. 2011.
- Sondergutachten 61: Telekommunikation 2011: Investitionsanreize stärken, Wettbewerb sichern. 2012.
- Sondergutachten 62: Post 2011: Dem Wettbewerb Chancen eröffnen. 2012.
- Sondergutachten 63: Die 8. GWB-Novelle aus wettbewerbspolitischer Sicht. 2012.
- Sondergutachten 64: Bahn 2013: Reform zügig umsetzen. 2013.
- Sondergutachten 65: Energie 2013: Wettbewerb in Zeiten der Energiewende. 2014.
- Sondergutachten 66: Telekommunikation 2013: Vielfalt auf den Märkten erhalten. 2014.
- Sondergutachten 67: Post 2013: Wettbewerbsschutz effektivieren. 2014.