



Berlin, 22. September 2010

**Vorläufige Stellungnahme**  
der  
**Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V.**  
**(DKG)**  
zum  
**18. Hauptgutachten**  
der  
**Monopolkommission**  
gemäß § 44 Abs. 1 Satz 1 GWB  
- 2008/2009 -  
**„Mehr Wettbewerb, wenig Ausnahmen“**  
vom 14. Juli 2010

## Inhaltsverzeichnis:

I. Allgemeiner Teil .....	3
II. Besonderer Teil.....	5
A    Zu Kapitel IV – Entscheidungspraxis .....	5
B    Zu Kapitel V – Spartengewerkschaften .....	8
C    Zu Kapitel VI – Wettbewerb und Effizienz in der GKV.....	10

## I. Allgemeiner Teil

Die Monopolkommission erstellt alle zwei Jahre ein Gutachten, in dem sie den Stand und die absehbare Entwicklung der Unternehmenskonzentration in der Bundesrepublik Deutschland beurteilt, die Anwendung der Vorschriften über die Zusammenschlusskontrolle würdigt sowie zu sonstigen aktuellen wettbewerbspolitischen Fragen Stellung nimmt. Krankenhäuser sind in drei Positionen maßgeblich von der Bewertung des 18. Hauptgutachtens betroffen.

Die Monopolkommission würdigt in dem 18. Hauptgutachten in Kapitel IV die Entscheidungspraxis des Bundeskartellamts und der Gerichte zur Missbrauchsaufsicht und zur Fusionskontrolle. Krankenhäuser unterliegen nach Ansicht der Monopolkommission ausnahmslos dem Anwendungsbereich der **Fusionskontrolle**. Eine Bereichsausnahme der Krankenhäuser wäre aus Sicht der DKG jedoch angezeigt, weil es sich bei der Daseinsvorsorge und der Sicherstellung der stationären Versorgung um eine hoheitliche Aufgabe handelt, die eine Sonderstellung der Krankenhäuser besonders bei Fusionen rechtfertigt. Der Staat kann Aufgaben der Daseinsvorsorge nicht dem freien Spiel der Kräfte überlassen. Soweit der Wettbewerb als Ordnungsprinzip im Bereich von Daseinsvorsorgeleistungen zugelassen wird, kann er kein Selbstzweck sein, sondern muss sich auf eine dienende Funktion beschränken und damit bei einem Zielkonflikt letztlich zurücktreten. Es müssen also geeignete rechtliche Mechanismen zur Harmonisierung der derzeit geltenden Regelungen zur Fusionskontrolle mit den besonderen Belangen des Krankenhauswesens gefunden werden. Im besonderen Teil dieser Stellungnahme werden entsprechende Vorschläge unterbreitet.

In Kapitel V weist die Monopolkommission auf wettbewerbliche Probleme auf dem Arbeitsmarkt hin und unterbreitet Lösungsvorschläge. Explizit wird die missbräuchliche Ausübung von Verhandlungs- und Arbeitskampfrecht zu Lasten Dritter durch das Aufbrechen der Flächentarifverträge durch **Spartengewerkschaften** kritisiert. Der Beurteilung der Monopolkommission und ihrer Kritik an Spartengewerkschaften schließt sich die DKG vollinhaltlich an und begrüßt die damit eingeleitete Diskussion über mögliche Lösungsansätze. Auch die Bundesratsinitiative des Landes Rheinland-Pfalz (BR-Drs. 417/10) zur Sicherung der Funktionsfähigkeit der Tarifautonomie stellt einen zielführenden Beitrag zur Wiederherstellung des Grundsatzes der Tarifeinheit im Betrieb dar. Unzutreffend ist allerdings eine im Gutachten dargestellte besonders missbräuchliche Ausübung der Verhandlungsmacht im Bereich des Gesundheitswesens wegen angeblich leichter Refinanzierung der Kostensteigerungen. Bei der Refinanzierung von Kostensteigerungen unterliegen gerade Krankenhäuser überdurchschnittlich vielen Restriktionen und gesetzlichen Eingriffen. Jüngstes Beispiel dieser politischen Eingriffe ist das Gesetzgebungsverfahren zum GKV-Finanzierungsgesetz mit Verschärfung (Halbierung) der Grundlohnratenanbindung.

Nach Auffassung der Monopolkommission besteht vor dem Hintergrund des Solidarprinzips des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung ein erhebliches Potenzial für effizienzverbessernde Strukturreformen. Begründet wird dies u.a. mit

einer im internationalen Vergleich niedrigen Lebenserwartung und hohen Dichte an Krankenhausbetten. Kapitel VI untersucht Probleme im Gesundheitswesen und stellt ein „Konzept“ vor, mit dem sich durch eine konsequentere Nutzung von Markt und Wettbewerb als Steuerungsinstrumente Ergebnisverbesserungen erzielen lassen. Aus Sicht der DKG ist bereits der Ansatz verfehlt: Ein internationaler Vergleich von Bettenzahlen und absoluten (Über)Lebensjahren lässt keine Rückschlüsse auf die Effizienz eines Gesundheitssystems zu. Die Untersuchung und Bewertung lässt zudem sozialpolitische Vorgaben sowie grundgesetzliche Restriktionen außer Acht. Das von der Monopolkommission genannte „Konzept“ von **Selektivverträgen** stützt sich im wesentlichen auf ein von ihr in Auftrag gegebenes Gutachten zu den „Gestaltungsmöglichkeiten für ein Budgetausgleich zwischen Kollektiv- und Selektivvertrag“. Eine umfassende Wirkungsanalyse wurde von den Gutachtern nicht vorgenommen. Fakt ist jedoch, dass sich weder im internationalen Vergleich noch durch sonstige Studien eine Überlegenheit von selektivvertraglichen gegenüber kollektivvertraglichen Regelungsmustern aufzeigen lässt<sup>1</sup>.

Wenn aber von sachgerecht kalkulierten, einheitlichen Preisen zugunsten von Selektivverträgen – wie es das Hauptgutachten vorschlägt – abgewichen werden soll, ergeben sich aus Sicht der DKG weitreichende negative Konsequenzen, die es unbedingt zu berücksichtigen gilt: Ein **Preiswettbewerb** bei den Krankenhausleistungen in einem im volkswirtschaftlichen Sinn unvollkommenen, von Informationsdefiziten und Reglementierungen geprägten Markt kann keine sachgerechten Preise hervorbringen. Insofern steht zu befürchten, dass die Marktmacht einzelner Krankenkassen auf die Preisfindung einen bestimmenden Einfluss ausüben würde. Einem eher kurzfristigen Einspareffekt durch verminderte Preise stehen wesentliche Nachteile gegenüber. Neben erhöhten Verwaltungs- und Ausschreibungskosten für eine Vielzahl von Leistungen und Vertragspartnern führt die Vergabe oder Ablehnung von Einzelverträgen zu erhöhter Planungsunsicherheit, zeitweisen oder dauerhaften Auslastungsschwankungen bzw. völligem Wegbrechen einzelner Leistungskomplexe oder Fachbereiche. Als Folge müsste mit Einbußen in der Qualität, in der Notfallversorgung und in der Aus- und Weiterbildung der Ärzte gerechnet werden. Letztlich wären bei selektiven Verträgen auch Einschränkungen in der Wahlfreiheit des Patienten nicht zu vermeiden. Der zurzeit dominierende Qualitätswettbewerb würde zugunsten eines Preiswettbewerbs in den Hintergrund gedrängt werden.

Auf diese Themen wird im besonderen Teil ausführlicher eingegangen.

---

<sup>1</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Gutachten 2009 S. 401: „Eine Beurteilung der Leistungsfähigkeit der selektiven Vertragsgestaltung im Vergleich zur kollektiven sieht sich unter anderem mit dem Problem konfrontiert, dass es hierzu bisher weder für Deutschland noch international eine belastbare empirische Informationsbasis gibt.“

## **II. Besonderer Teil**

### **A zu Kapitel IV – Entscheidungspraxis**

Das Hauptgutachten führt aus, dass das Bundeskartellamt und die Gerichte das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) zur Fusionskontrolle uneingeschränkt auch auf den Krankenhausbereich anwenden. Es wurden im Berichtszeitraum 2008 und 2009 Fusionen von Krankenhäusern untersagt. Diese Vorgehensweise wird u.E. den Besonderheiten des Krankenhausbereichs nicht gerecht, denn dieser ist kein typischer Markt, sondern wird durch eine Vielzahl von Vorschriften staatlich reguliert.

Durch die Regelungen der Krankenhausplanung und Krankenhausförderung werden der Ein- und Austritt einzelner Krankenhäuser in den Krankenhausmarkt gesteuert und somit auf die Marktbedingungen und die Marktentfaltung der Krankenhäuser staatlicherseits Einfluss genommen. Außerdem werden Krankenhäuser in der Qualitätssicherung gesetzlich dazu verpflichtet, die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung im Internet zu veröffentlichen. Auch durch die Definition von Mindestmengen und weiterer Qualitätsvorgaben durch den G-BA wird auf die Bedingungen des Krankenhausmarktes von hoheitlicher Seite regulierend Einfluss genommen. Insbesondere besteht im Krankenhausbereich kein Preiswettbewerb, denn das DRG-System wird von den Selbstverwaltungspartnern aufgrund gesetzlicher Verpflichtung jährlich weiter entwickelt. Die zu erbringende Leistungsmenge wird in Budgetverhandlungen mit allen Krankenkassen gemeinsam und einheitlich vereinbart. Die Leistungserbringung und Preisbildung sind somit kein einseitiger Akt des Anbieters, wie etwa unter normalen marktmäßigen Gegebenheiten aufgrund von Angebot und Nachfrage.

Somit werden die Leistungserbringung, die Preisbildung sowie die Qualitätssicherung bereits umfassend durch öffentlich-rechtliche Vorgaben gesteuert. Dem Hauptanliegen der Fusionskontrolle, den Gefahren steigender nicht marktgerechter Preise oder fehlender Anreize für die Mengen- und Qualitätsentwicklung entgegenzuwirken, wird im Krankenhausbereich folglich bereits durch diese staatliche Regulierung Rechnung getragen.

Außerdem belegen diese Regulierung und der Sicherstellungsauftrag der Städte, Gemeinden und Landkreise ein überragendes öffentliches Interesse an der Gewährleistung einer bedarfsgerechten, wirtschaftlichen und flächendeckenden Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Bei diesem zentralen Bestandteil der staatlichen Daseinsvorsorge können Krankenhäuser ihre Aufgabe nur dann erfüllen, wenn ihre wirtschaftliche Leistungsfähigkeit erhalten bleibt. Zur Sicherstellung dessen ist die Schaffung und Nutzung von Synergien unerlässlich, welche oftmals nur durch Konzentrationen erreicht werden können. Die Untersagung eines solchen Zusammenschlusses kann sowohl qualitative als auch quantitative Lücken in der Versorgung zur Folge haben. Durch das Ausbleiben einer Effizienzsteigerung werden mögliche qualitative Verbesserungen der Versorgung verhindert. Unterbleiben dringend erforderliche Effizienzsteigerungen, werden die Krankenhäuser in ihrer Wettbewerbsfähigkeit erheblich beeinträchtigt und in ihrer

Existenz gefährdet. In letzter Konsequenz kann dies die Schließung eines Krankenhauses bedeuten. Die uneingeschränkte Anwendung der Fusionskontrolle steht im Widerspruch zu den Anforderungen einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung, weswegen folgende Aufnahme einer krankenhausspezifischen Modifizierung der Fusionskontrolle in § 69 Abs. 1 SGB V erforderlich ist:

*„Bei der Anwendung der Vorschriften über die Zusammenschlusskontrolle nach §§ 35 ff. des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen sind Leistungen von Krankenhäusern, soweit sie auf der Grundlage der in Satz 2 genannten Rechtsvorschriften erfolgen, nicht zu berücksichtigen.“*

Solche marktbezogenen Modifikationen sind dem Wettbewerbsrecht nicht fremd. So normiert bspw. § 28 GWB die Herausnahme der Landwirtschaft aus dem Anwendungsbereich des Gesetzes. Damit soll den besonderen Marktbedingungen in der Landwirtschaft, die aus dem Prinzip der natürlichen Urproduktion entspringen, Rechnung getragen werden. Zwar sind die Bedingungen des Krankenhausmarktes nicht mit denen der Landwirtschaft vergleichbar. Dennoch handelt es sich auch beim Krankenhausmarkt nicht um den „typischen“ Wettbewerbsmarkt, in dem das freie Spiel der Marktkräfte in Gestalt von Angebot und Nachfrage preisbestimmend ist. Darüber hinaus wird in der Literatur auch § 69 SGB V, mit Blick auf die abschließenden Rechtsbeziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern, als bereichsspezifische Modifikation verstanden und angewendet. Insofern wäre konsequent, auch für das Krankenhauswesen eine entsprechende Modifikation einzuführen, um den besonderen Gegebenheiten des Krankenhausmarktes Rechnung zu tragen.

Hilfsweise wäre eine spezielle Vorschrift zur Beteiligung der für die Krankenhausplanung zuständigen Behörden am Fusionskontrollverfahren zu schaffen. Um eine Kollision zwischen den Zielsetzungen der Krankenhausplanung der Bundesländer und den Interessen des Wettbewerbsschutzes durch die Fusionskontrolle zu verhindern, ist zumindest eine Beteiligung der für die Durchführung der Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden herbeizuführen, damit die Belange der Krankenhausplanung in Fusionskontrollverfahren Berücksichtigung finden können. Eine dementsprechende Regelung wäre aufgrund des planungsrechtlichen Zusammenhangs in das KHG aufzunehmen und könnte folgenden Wortlaut haben:

*„Führt das Bundeskartellamt nach § 40 Abs. 2 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen ein Verfahren gegen einen Zusammenschluss durch, der Märkte betrifft, auf denen zugelassene Krankenhäuser (§ 108 SGB V) tätig sind, gibt es der für die Durchführung der Krankenhausplanung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz zuständigen Landesbehörde rechtzeitig vor Abschluss des Verfahrens Gelegenheit zur Stellungnahme. Gibt die Behörde eine Stellungnahme ab, hat sie sich dazu zu äußern, ob der Zusammenschluss mit der Krankenhausplanung vereinbar ist. Das Bundeskartellamt hat diese Stellungnahme im Rahmen der Anwendung des § 36 Abs. 1 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen zu berücksichtigen. Teilt die Behörde binnen zehn*

*Tagen nach Zugang der entsprechenden Mitteilung des Bundeskartellamts mit, dass der Zusammenschluss mit der Krankenhausplanung vereinbar ist, hat das Bundeskartellamt das in einer Untersagungsverfügung ausdrücklich festzuhalten. Wird in diesem Fall nach § 42 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen ein Antrag auf Erlaubnis durch den Bundesminister für Wirtschaft und Technologie gestellt, hat der Bundesminister für Wirtschaft und Technologie für seine Entscheidung über den Erlaubnisantrag das Einvernehmen mit dem Bundesminister für Gesundheit herbeizuführen.“*

## **B zu Kapitel V – Spartengewerkschaften**

Positiv zu bewerten sind die Ausführungen der Monopolkommission zum Aufbrechen des Flächentarifvertragssystems durch Spartengewerkschaften wie die Pilotengewerkschaft Cockpit oder der Marburger Bund. Die Monopolkommission stellt richtigerweise fest, dass Spartengewerkschaften, deren Mitglieder im Wirtschaftsprozess an wichtigen Knotenpunkten tätig sind, ihre Verhandlungs- und Arbeitskampfmacht missbräuchlich zu Lasten Dritter ausüben.

Diese Analyse trifft aus Sicht der DKG nach dem Austritt des Marburger Bundes aus der Tarifgemeinschaft mit ver.di in weiten Teilen auf den Krankenhausbereich zu. Ärzte besitzen im Krankenhaus eine exponierte Stellung und können – vergleichbar zu Piloten in der Luftfahrt – sämtliche betrieblichen Prozesse der Leistungserbringung zum Erliegen bringen. Dies haben die Ärztestreiks der vergangenen Jahre bewiesen. Letztlich richtet sich die Verhandlungsstrategie der Ärztegwerkschaft nicht nur gegen die Arbeitgeber. Sie hat hauptsächlich negative Folgen für Patienten und die nicht-ärztlichen Beschäftigten. Darüber hinaus bedeuten mehrere Tarifverträge in einem Betrieb einen nicht unerheblichen administrativen Mehraufwand und bergen die Gefahr, dass sich die Krankenhäuser ständig in Tarifaufeinandersetzungen befinden.

Der Monopolkommission ist jedoch in ihrer Annahme zu widersprechen, dass sich die aus der Verhandlungsmacht des Marburger Bundes resultierenden höheren Ärztegehälter automatisch auf die Krankenkassenbeiträge überwälzen ließen. Bekanntlich sind die Budgets der Krankenhäuser durch die Grundlohnrate gedeckelt. Eine (vollständige) Refinanzierung von Personalkostensteigerungen für die Krankenhäuser entspricht also nicht der Realität. Vor dem Hintergrund der im Rahmen des GKV-FinG geplanten Sparmaßnahmen im Krankenhausbereich (Halbierung der Grundlohnrate in 2011 und 2012) wird dieser Widerspruch noch deutlicher.

Die Monopolkommission schlägt zur Lösung der aus der Erstarkung der Spartengewerkschaften resultierenden Probleme verschiedene Maßnahmen vor, wie zeitlich synchrone Tarifverhandlungen aller Gewerkschaften, die Verpflichtung zur Kooperation beteiligter Gewerkschaften, ein umfassendes Aussperrungsrecht für Arbeitgeber, ein vorgeschaltetes Schlichtungsverfahren (insbesondere im Bereich der Daseinsvorsorge) oder die Einführung einer Missbrauchsaufsicht. Aus Sicht der DKG ist der Gesetzgeber aufgefordert, entsprechende Klarstellungen im Tarifvertrags- und Arbeitskampfrecht aufzunehmen. Gerade vor dem Hintergrund der aktuellen Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts (BAG) zur Aufgabe des bisher geltenden Grundsatzes der Tarifeinheit wird deutlich, dass gesetzgeberischer Handlungsbedarf besteht. Letztlich hat das BAG mit seiner veränderten Spruchpraxis sämtliche o.g. Probleme der Tarifpluralität auf das Arbeitskampfrecht abgewälzt, welches sich in der Vergangenheit durch die Rechtsprechung des BAG ebenfalls deutlich zulasten der Arbeitgeber entwickelt hat. Die DKG unterstützt daher grundsätzlich die Initiative der Arbeitgeberverbände zur gesetzlichen Verankerung der Tarifeinheit und für klare Spielregeln für das Nebeneinander verschiedener Gewerkschaften. Die Bundesratsinitiative des Landes Rheinland-Pfalz zur

Entschließung des Bundesrates zur Sicherung der Funktionsfähigkeit der Tarifautonomie, die diese Positionierung aufnimmt, stellt einen zielführenden Beitrag zur Wiederherstellung des Grundsatzes der Tarifeinheit im Betrieb dar. Aus Sicht der Krankenhäuser ist die Bundesratsinitiative sehr zu begrüßen.

## **C zu Kapitel VI – Wettbewerb und Effizienz in der GKV**

In dem Kapitel „Perspektiven für mehr Wettbewerb und Effizienz in der Gesetzlichen Krankenversicherung“ leiten die Gutachter aus wenigen internationalen Vergleichszahlen nicht näher bezifferte („erhebliche“) Effizienzreserven im deutschen Gesundheitssystem ab. Diese ermittelten Unwirtschaftlichkeiten dienen wiederum als Forderung für ein „Konzept“ zur Einführung von Selektivverträgen.

### **Krankenhäuser sind leistungsfähig und arbeiten hocheffizient**

Die ausgewählten Indikatoren für einen internationalen Effizienzvergleich sind insgesamt wenig aussagekräftig. Auch beziehen sich die Vergleichswerte nicht immer auf den untersuchten Gegenstand, die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Beispielsweise wird auf einen steigenden Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt hingewiesen. Unabhängig von der generellen Kritik, Aussagen zur Effizienz von Gesundheitssystemen durch einen Vergleich der Gesundheitsausgaben mit der Wirtschaftsleistung abzuleiten, wären hier allenfalls die GKV-Ausgaben ins Verhältnis zu setzen. Dabei wären die Gutachter zu dem Ergebnis gekommen, dass der Anteil der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt über Jahre stabil bei etwas über 6 % liegt. Zudem verbietet es sich, in Zeiten von leistungsorientierten Entgelten im Krankenhaus (DRG) ein Vergleich der Bettenauslastung und der Bettendichte vorzunehmen und daraus Effizienzpotentiale abzuleiten. Hohe Werte im internationalen Vergleich sind allenfalls ein Ausdruck von hoher Versorgungssicherheit und Leistungsfähigkeit in der Patientenversorgung.

Weiterhin werden in dem Gutachten die Leistungsbereiche bei den Pro-Kopf-Ausgaben nicht differenziert betrachtet. Ein internationaler Vergleich der Pro-Kopf-Ausgaben für Krankenhausleistungen (OECD 2009) hätte den unglücklich gewählten Betten-Auslastungs-Vergleich mehr als relativiert. Mit 1.238 USD liegt Deutschland deutlich unter den Ländern Dänemark (1.278), Frankreich (1.333), USA (1.413) und Österreich (1.508). Diese Werte werden u.a. durch eine im internationalen Vergleich hohe Personalproduktivität erreicht. Auf einen Krankenhausmitarbeiter kommen in Deutschland 20 Entlassungen. Das Gros der Europäischen Nachbarländer kommt hingegen nur auf eine Personalproduktivität von 10-12 Entlassungen je Krankenhausmitarbeiter.

Auch können aus Sicht der DKG die gewählten Parameter zur Ergebnisqualität nicht überzeugen. Die Gestaltung von Gesundheitssystemen hat nur sehr begrenzten Einfluss auf die absolute Lebenserwartung der Bevölkerung. Maßgebliche Einflüsse sind eher bei Ernährung, Bewegung, Umwelt, genetische Veranlagung, Verhalten, Lebensstile und Zugang zu Bildung zu sehen. Neueste Studien belegen: Wer nicht raucht, sich gesund ernährt, Sport betreibt und einen Body Mass Index (BMI) von unter 30 aufweist, reduziert sein Risiko für das Auftreten chronischer Erkrankungen um knapp 80 Prozent. Pauschal von „hohen Effizienzreserven“ und einem „schlechten Preis-/Leistungsverhältnis“ beim deutschen Gesundheitssystem zu sprechen, verbietet sich also bei näherer Betrachtung. Gleichsam entfällt auch eine wesentliche Begründung für eine stärkere

wettbewerbliche Ausrichtung des deutschen Gesundheitssystems, zumindest bei der Versorgung mit Krankenhausleistungen.

Krankenhäuser befinden sich bereits heute in einem intensiven Qualitäts- und Leistungswettbewerb. Dieser ist in der aktuellen Vertrags- und Vergütungssystematik verankert. Mit dem leistungsorientierten und pauschalierenden DRG-Vergütungssystem soll ausweislich der Gesetzesbegründung eine Erhöhung der Transparenz und der Wirtschaftlichkeit, eine Verkürzung der Verweildauern, ein bedarfsgerechterer und effizienterer Einsatz der Ressourcen, die Steigerung des Wettbewerbs und eine Verbesserung der Qualität erreicht werden. Die Einführung des DRG-Systems hat bereits zu erheblichen Konzentrationen, Spezialisierungen und Prozessoptimierungen bei Krankenhäusern, aber auch zu Kooperationen, Fusionen und Wanderungsbewegungen von Patienten geführt.

### **Fehlende Empirie und Wirkungsanalysen des „Konzepts“ zur Einführung von Selektivverträgen**

Ausgehend von dem Bild eines ausschließlich ökonomisch handelnden Arztes, der „solange zusätzliche Leistungen erbringt, wie es ihm innerhalb seines Zeitbudgets möglich ist“ schlagen die Gutachter eine Ergänzung des Qualitäts- und Leistungswettbewerbs durch einen Preiswettbewerb mittels Selektivverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern vor. Höhere Transaktionskosten sowie die Qualitätsminderungseffekte insbesondere bei der Notfallversorgung und der Sicherstellung von Krankenhausleistungen werden dabei grundsätzlich kritisch angemerkt. Diese Kritikpunkte finden aber in der weiteren Bewertung keine Berücksichtigung. Eine Einschätzung der Auswirkungen sei nach Ansicht der Gutachter erst möglich, wenn mehr Informationen darüber vorliegen, wie sich die Selektivverträge am Markt entwickeln, also nach deren Einführung. Diese Aussage zeigt deutlich, dass den Gutachtern die Auswirkungen von breitflächigen Selektivverträgen nicht bekannt sind. Die Hinweise zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung bei Selektivverträgen erschöpfen sich in der Empfehlung, eine Regelung zur Mindesterreichbarkeit einzuführen. Weitere Untersuchungen werden nicht vorgenommen, aber dennoch eine Empfehlung zur Umsetzung von Selektivverträgen im Gesundheitswesen ausgesprochen.

Die negativen Auswirkungen, die mit der Umsetzung eines von den Gutachtern geforderten Selektivvertragssystems für die Krankenhäuser, die Qualität der medizinischen Versorgung, die Patienten und die Krankenkassen einhergehen sind jedoch bekannt und werden im Folgenden dargestellt.

### **Auswirkungen auf die Kostensituation der Krankenhäuser**

Für die Krankenhäuser würde die Umsetzung eines Selektivvertragssystems mit erheblichen negativen Effekten einhergehen. Neben den zusätzlichen Kosten infolge ihrer Teilnahme an den Leistungsausschreibungen der Krankenkassen ist dabei insbesondere auf die zusätzlich entstehenden Kosten für die Koordination der kassenindividuellen Einzelverträge hinzuweisen, die angesichts von über 1 000 DRGs und

derzeit 163 Krankenkassen sowie vermutlich unterschiedlichen Laufzeiten der Verträge vermutlich beträchtlich ausfallen.

Mit einem Anstieg der Kosten ist auch deshalb zu rechnen, weil die Leistungsangebote der Krankenhäuser im Rahmen eines Selektivvertragssystems einem permanenten Wandel unterworfen werden. Dieser ist schon aufgrund des hohen Spezialisierungsgrads des Klinikpersonals und der zur Behandlung notwendigen Anlagen und Einrichtungen nicht kostenneutral zu bewerkstelligen. Ein weiterer Kostenanstieg würde mit den innerhalb eines Selektivvertragssystems deutlich stärkeren Auslastungsschwankungen der Produktionskapazitäten einhergehen.

### **Selektivverträge erhöhen Investitionsrisiken der Krankenhäuser und gefährden Abteilungen**

In Abhängigkeit von der Vertragslaufzeit der selektivvertraglichen Vereinbarungen kann die für Krankenhäuser notwendige Amortisationszeit apparativer, baulicher und anderer, auch zur Prozessoptimierung beitragender Investitionen so kurz sein, dass sie völlig unrealistisch werden. Damit würden Selektivverträge die Behandlungsqualität nicht nur nicht fördern, sondern sogar gefährden.

Gelänge es einem Krankenhaus in einem Verhandlungszyklus nicht, mit ausreichend vielen Krankenkassen Selektivverträge zu schließen, kann es passieren, dass einzelne Abteilungen nicht mehr wirtschaftlich zu führen sind. Müssten diese Abteilungen infolgedessen geschlossen werden, wäre ihre Wiedereröffnung - unter der Voraussetzung, dass in der nächsten Verhandlungsrunde ausreichend viele Verträge abgeschlossen werden können -, mit erheblichen Investitionen und Rüstzeiten verbunden. Nicht nur die räumliche, apparative und materielle Ausstattung dieser Abteilung müsste vorfinanziert und in kürzester Zeit bereitgestellt werden. Insbesondere auch die pflegerischen und ärztlichen Mitarbeiter müssten gewonnen werden. Unter den Bedingungen eines wachsenden Fachkräftemangels ist dies eine kaum zu bewältigende Aufgabe.

Krankenhäuser sind mit einem Personalkostenanteil von über 65 Prozent weitaus personalintensivere Betriebe als zum Beispiel die Automobil- oder die Pharmaindustrie. Der damit einhergehende hohe Fixkostenanteil macht es ihnen unmöglich, kurzfristig auf notwendigen Kapazitätsanpassungen – zum Beispiel resultierend aus Selektivverträgen – zu reagieren. Diese Schwankungen ziehen unter verschiedenen Gesichtspunkten negative Folgen nach sich (vgl. dazu Schmitz 2010, Steiner/Mörsch 2009). Der Abschluss von befristeten Selektivverträgen ist kaum mit einer mehrjährigen Facharztausbildung vereinbar. Sind Krankenhäuser zum Abschluss von Selektivverträgen gezwungen, müssen sie auch Fachpersonal- und hier insbesondere Fachärzte- befristet einstellen. Unter solchen Bedingungen kann eine kontinuierliche Aus- und Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses nicht gewährleistet werden.

Über die Ausstattung hinaus müssten permanent neue Prozesse definiert, praktisch eingeübt und umgesetzt sowie in die ggf. ebenfalls anzupassenden Strukturen integriert werden. Auch Serviceabteilungen wie Küche, Reinigungsdienst, Apotheke etc. müssten ständig nicht nur den eher kleineren Auslastungsschwankungen, sondern

dem Wegfall bzw. dem (Wieder-)Aufbau ganzer Stationen angepasst werden. Diese enormen Rüstkosten würden in keinem Verhältnis zu den Einsparungen stehen, die sich die Krankenkassen von Selektivverträgen erhoffen. Darüber hinaus würden die in definierten Zyklen stattfindenden Verhandlungen erhebliche Ressourcen binden - sowohl bei den Kostenträgern als auch bei den Kliniken. Diese Entwicklung widerspricht dem Versprechen der Regierungskoalition, Bürokratiekosten im Gesundheitswesen und ganz explizit in den Krankenhäusern zu senken.

### **Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung**

Massive Einbußen für die Qualität der Versorgung sind im Falle der Umsetzung eines Selektivvertragssystems aus verschiedenen Gründen nahezu unvermeidbar. Der einseitig auf niedrigere Preise ausgerichtete Wettbewerb erhöht den Leistungsdruck auf die Beschäftigten und verschärft die bereits heute schon im internationalen Vergleich extrem hohe Arbeitsdichte in den OPs und auf den Stationen. Erhebliche Probleme sind auch bei der Umsetzung von Qualitätssicherungsvorgaben zu erwarten. So würde etwa die Einhaltung bzw. die Koordination von Mindestmengenvorgaben durch ein Einzelvertragssystem erheblich erschwert. Massiv betroffen wäre auch die Notfallversorgung, weil die Vorhaltung des für die Notfallversorgung zwingend erforderlichen interdisziplinären Know-hows beim Ausfall entsprechender Elektivleistungen von den Krankenhäusern kaum noch zu gewährleisten wäre. Die fehlenden Vergütungsmechanismen zur Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie die nicht absehbaren Auswirkungen auf die Bereiche Forschung und Lehre sind weitere Nachteile von Selektivvertragssystemen.

### **Selektivverträge schränken Wahlfreiheit der Patienten ein**

Die gegenwärtigen Rahmenbedingungen ermöglichen Patienten die freie Arztwahl. Unter bestimmten Restriktionen können Patienten das Krankenhaus, in dem sie behandelt werden möchten, selbst wählen. Mit der Ausnahme von Spezialabteilungen, zum Beispiel Koronarstationen, die nicht in jedem Krankenhaus vorhanden sind, sind sie dabei relativ frei und haben faktisch Wahlmöglichkeiten, insbesondere dort, wo sich in noch erreichbarer Nähe nicht nur ein, sondern mehrere Krankenhäuser befinden. Unter selektivvertraglichen Bedingungen würde diese Wahlfreiheit und damit die insbesondere auch politisch verstärkte geforderte Autonomie des Patienten in seinen Entscheidungen nachhaltig eingeschränkt. Die Patienten könnten sich nicht mehr an der Qualität der Krankenhäuser und an ihren eigenen Erfahrungen und Wünschen orientieren, sondern wären von dem Zustandekommen eines Selektivvertrages ihrer Krankenkassen abhängig.

Auf diese Weise werden nicht nur die Wahlfreiheit, sondern auch die Wahlmöglichkeiten für die Patienten und damit ihr Zugang zur Gesundheitsversorgung erheblich eingeschränkt. Während der EU-Gesundheitsministerrat im Juni 2010 den Weg zur freien Krankenhauswahl europaweit ein Stück weiter geöffnet hat, würde die Wahlfreiheit auf nationaler Ebene durch die Selektivverträge beschnitten. Freien Zugang zu den Krankenhäusern innerhalb Deutschlands hätten nur noch privat Versicherte und Ausländer, nicht aber GKV-Versicherte und damit 80 Prozent der Einwohner Deutschlands.

## **Wachsende Gruppe chronisch kranker und multimorbider Patienten besonders eingeschränkt durch Selektivverträge**

Chronisch Kranke und/oder multimorbide Patienten sind besonders stark von Versorgungsbrüchen betroffen. Diese würden durch Selektivverträge noch weiter verstärkt werden. Die Kontinuität der Behandlung erfährt durch wechselnde Behandlungsmöglichkeiten in den Krankenhäusern erhebliche Einschränkungen: In einem Jahr ist Krankenhaus a, im nächsten Jahr Krankenhaus b durch Selektivverträge ermächtigt, die Behandlung des bei der Krankenkasse y versicherten Patienten im Falle der Krankheit x durchzuführen. Bei einer anderen Erkrankung können es andere Krankenhäuser sein. Nicht nur für ältere und multimorbide Patienten, die zahlenmäßig noch enorm zunehmen werden, ist ein stabiles Arzt-Patienten-(Vertrauens-)Verhältnis wichtig. Komplexe Krankengeschichten bedingen einen konstanten Informationsstand, das Risiko des Informationsverlusts jedoch wächst bei häufigen Wechseln von Arzt und/oder Krankenhaus beinahe zwangsläufig an.

## **Selektivverträge gefährden den Sicherstellungsauftrag**

Schon bei bereits existierenden Varianten des selektiven Kontrahierens wie DMPs nach § 137f und integrierten Versorgungsverträgen nach §140a ff. SGB V ist die Frage nach der Vereinbarkeit mit der Krankenhausplanung ungeklärt. Fallen diese Verträge wegen ihres geringen Umfangs kaum ins Gewicht, so ergäbe sich bei einer Umstellung zu selektiven Verträgen eine ganz andere Situation. Dann wäre es den Krankenkassen möglich, einzelne Abteilungen bzw. ganze Krankenhäuser von der Versorgung auszuschließen. De facto würde dies zur Aushöhlung der Krankenhausplanung durch die Bundesländer und ihres Sicherstellungsauftrags führen. Der Sicherstellungsauftrag würde für die selektiven Leistungen an die Krankenkassen abgetreten. Die Stelle des vom jeweiligen Bundesland wahrgenommen Sicherstellungsauftrags übernehmen 163 Sicherstellungsaufträge (entsprechend den 163 gesetzlichen Krankenkassen, Stand: 1. Juli 2010). Offen bleibt die Frage, welcher Sicherstellungsauftrag dann für Versicherte gilt, deren Krankenkassen keine selektiven Verträge für elektive Leistungen abgeschlossen haben bzw. aus Kapazitätsgründen dazu gar nicht in der Lage sind und wie ein flächendeckende, allen Versicherten und Patienten zugängliche Versorgung gewährleistet werden soll.

## **Zusammenfassung**

Festzuhalten bleibt, dass die Umsetzung eines Selektivvertragssystems mit erheblichen Gefahren für die Gesamteffizienz des Versorgungssystems verbunden wäre. Dies gilt nicht zuletzt für die nach wie vor flächendeckend zu planende und vorzuhaltende Notfallversorgung. Die für einzelne Krankenhausleistungen unter Umständen kurzfristig erzielbaren Preisvorteile würden die dargestellten negativen Effekte keinesfalls kompensieren können.

Mit detaillierten gesetzlichen Regulierungen (zum Beispiel zur Anzahl und Art der von den Krankenkassen in den Versorgungsregionen zu kontrahierenden Leistungen) ließen sich einige der zuvor skizzierten Risiken und Probleme ggf. abmildern. Allerdings ergeben sich hier neue Fragen hinsichtlich der sachgerechten Auswahl und

Definition von Leistungsbereichen, zum Beispiel bei der Abgrenzung von elektiven Leistungen und Notfällen. Der mit nahezu planwirtschaftlichen Vorgaben verbundene bürokratische Aufwand würde die vermeintlichen Vorteile des Einzelvertragssystems schnell übersteigen.

Insofern sollte die Bundesregierung sich von den vermeintlichen Verheißungen eines auf Preissenkungen fokussierten Selektivvertragssystems nicht blenden lassen. Rabattmechanismen und ruinöser Preiswettbewerb können im Gesundheitswesen enormen Schaden anrichten, auch und gerade unter dem Eindruck von notwendigen Diskussionen über Verlässlichkeit, Qualität und Sicherheit in der Patientenversorgung. Gravierende Verwerfungen in der Versorgung der Patienten könnten die Folge sein. Früher oder später würden enorme Mittel notwendig, um die Fehlsteuerung rückgängig zu machen.