

Augurzky, Boris; Jendges, Thomas

Research Report

Strukturanpassungen im Krankenhausbereich: Notwendige Veränderungen bei der Fusionskontrolle

RWI Positionen, No. 73

Provided in Cooperation with:

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen

Suggested Citation: Augurzky, Boris; Jendges, Thomas (2019) : Strukturanpassungen im Krankenhausbereich: Notwendige Veränderungen bei der Fusionskontrolle, RWI Positionen, No. 73, ISBN 978-3-96973-071-3, RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/195064>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Strukturanpassungen im Krankenhausbereich: Notwendige Veränderungen bei der Fusionskontrolle

Boris Augurzky
Thomas Jendges

RWI Position #73, 09. April 2019

ZUSAMMENFASSUNG

Die angestrebte Konzentration im Krankenhausbereich geht auch mit Fusionen und Schließungen von Krankenhäusern einher. Daten zur Krankenhausedichte und zur Erreichbarkeit von Notfallzentren zeigen, dass diesbezüglich noch Optimierungspotenzial in Deutschland besteht. Dafür müssen jedoch das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen und dessen Auslegung durch das Bundeskartellamt angepasst werden. Bei der Prüfung von geplanten Fusionen sollten nicht Marktanteile aus historischen Statistiken zu Patienteneinzugsgebieten zugrunde gelegt werden. Vielmehr sollte die Entscheidung darauf beruhen, ob ein weiteres Krankenhaus der Grundversorgung innerhalb von 30 Minuten Fahrtzeit für die meisten Einwohner erreichbar ist.

AUTOREN



Prof. Dr. Boris Augurzky

Leiter des Kompetenzbereichs „Gesundheit“ am RWI, außerplanmäßiger Professor an der Universität Duisburg-Essen, Geschäftsführer der Institute for Health Care Business GmbH (hcb), Wissenschaftlicher Geschäftsführer der Stiftung Münch

Kontakt: boris.augurzky@rwi-essen.de



Dr. Thomas Jendges

Geschäftsführer der SLK-Kliniken Heilbronn GmbH

Kontakt: thomas.jendges@slk-kliniken.de

SUMMARY

The desired concentration in the German hospital sector is accompanied by mergers and closures of hospitals. Data on hospital density and the accessibility of emergency centres show that there is still room for improvement. To this end, however, German competition law (Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen) and its interpretation by the German federal cartel authority must be adapted. When examining planned mergers, the decision should not be based on market shares derived from historic patient mobility. Rather, it should be based on whether an alternative hospital with basic care is available for most residents within a 30-minute drive.

IMPRESSUM

Herausgeber

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung

Hohenzollernstr. 1-3
45128 Essen
Fon: +49 (0) 2 01-81 49-0

Büro Berlin

Invalidenstr. 112
10115 Berlin

ISBN 978-3-96973-071-3

Alle Rechte vorbehalten. Essen 2019

www.rwi-essen.de/positionen

Schriftleitung

Prof. Dr. Christoph M. Schmidt

Redaktion und Ansprechpartnerin

Katja Fels (verantwortlich)
Fon: +49 (0) 2 01-89 49-217
katja.fels@rwi-essen.de

Lektorat

Claudia Schmiedchen

Layout und Gestaltung

Magdalena Franke & Daniela Schwindt

1. STRUKTURANPASSUNG VERSUS KARTELLAMT

Im Jahr 2005 hat das Bundeskartellamt (BKartA) erstmals einen Zusammenschluss von Krankenhäusern untersagt und in den folgenden Jahren die behördliche Vorgehensweise im Krankenhausbereich weiter konkretisiert. Rechtlich hat der Bundesgerichtshof im Jahr 2008 klargestellt, dass Krankenzusammenschlüsse der Fusionskontrolle nach dem Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) unterliegen. Dies widerspricht jedoch dem Verständnis vieler Beteiligter angesichts der Besonderheiten in der Krankenhausfinanzierung, der Thematik der Sicherstellung der Versorgung durch die Kommunen und der Aufgabe des Krankenhausssektors als Teil der Daseinsvorsorge. Hinzu kommen mit dem GWB konkurrierende Rechtsbereiche wie beispielsweise das Krankenhausplanungsrecht der Länder oder das Krankenhausfinanzierungsrecht, welche den freien Wettbewerb über die Parameter Leistungsportfolio und Preis im Krankenhausbereich faktisch nicht zulassen.

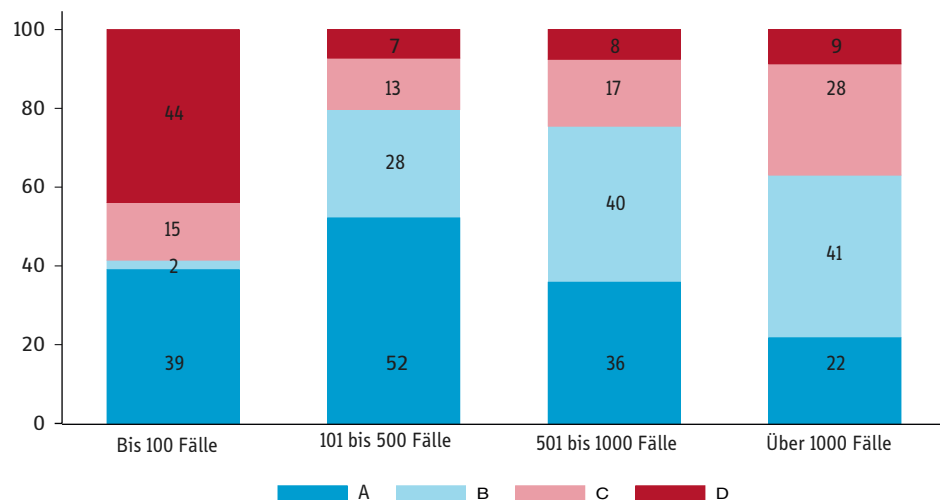
In Deutschland kamen 2016 gut 200 Krankenhäuser auf 10 Mio. Einwohner, in den meisten anderen OECD-Staaten sind es deutlich weniger.

Dabei ist zu beachten, dass sich der Wettbewerb und die „Spielregeln“ im Krankenhaussektor erheblich wandeln. Ging es noch kürzlich darum, möglichst viele Patienten für das eigene Krankenhaus zu „gewinnen“ und zu behandeln, steht nunmehr auch die vom Gesetzgeber im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) verordnete Erfüllung von Struktur- und Qualitätsvoraussetzungen im Vordergrund. Dabei sind neben den fachlich-personellen und infrastrukturellen Voraussetzungen (z.B. Wand-an-Wand-Lösung von Geburtshilfe und Neonatologie) auch Mindestzahlen in der Patientenbehandlung von Bedeutung, da unterstellt wird, dass mit steigenden Behandlungszahlen eine verbesserte Behandlungsqualität einhergeht. Aktuelle Analysen auf Basis von Daten der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) zeigen zum Beispiel, dass bei sehr kleinen Fallzahlen die „Standardisierte Mortalitätsrate“ (SMR) bei Herzinfarkten höher ausfällt als bei größeren Fallzahlen (Schaubild 1). Außerdem gewinnt die Akquise von ärztlichem und pflegerischem Fachpersonal eine immer größere Bedeutung im Wettbewerb der Krankenhäuser.

Die auf diesem Weg herbeigeführte Konzentration von Leistungen kann einerseits durch das Ausscheiden einzelner Wettbewerber (ganze Krankenhäuser oder einzelne Fachabteilungen) oder eben durch eine geordnete, gegebenenfalls von der Krankenhausplanung des Landes begleitete Konzentration der Leistungserbringer erfolgen. Der internationale, aber auch innerdeutsche Vergleich zeigt, dass es hierfür in Deutschland noch Potenzial gibt (Schaubild 2). In Deutschland kamen 2016 auf je 10 Mio. Einwohner rund 204 Krankenhäuser. In den meisten anderen OECD-Staaten liegt die Krankenhausedichte deutlich niedriger, in den Niederlanden zum Beispiel nur bei 48 Krankenhäusern je 10 Mio. Einwohner. Zwar ist in Ländern mit geringerer Bevölkerungsdichte eine höhere Kranken-

hausdichte zur flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung nötig. Das Schaubild zeigt jedoch, dass allein damit die beobachteten Unterschiede in der Krankenhausdichte nicht erklärt werden können.

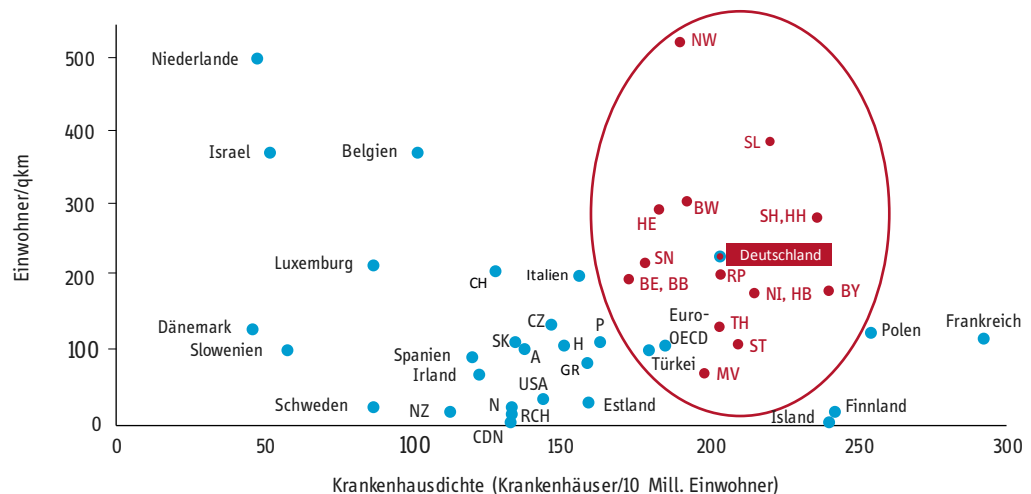
Schaubild 1: Verteilung der SMR-Kategorien nach Fallzahlkategorien bei Herzinfarkt 2014 bis 2016 gepoolt; Anteil in %



Quelle: Krankenhaus Rating Report 2018. – Anmerkung: Die SMR („Standard-Mortality-Rate“) bildet das Verhältnis zwischen beobachteter und erwarteter Sterblichkeit ab. Die Kategorien A und B umfassen die überdurchschnittlich guten SMR (A: $SMR \leq 0,75$; B: $SMR > 0,75$ und $SMR \leq 1$) und die Kategorien C und D die unterdurchschnittlichen SMR (C: $SMR > 1$ und $SMR \leq 1,25$; D: $SMR > 1,25$).

Der im Rahmen des KHSF initiierte Strukturfonds soll den Konzentrationsprozess mit einer Milliarde Euro unterstützen. Dieser Fonds wurde im Rahmen des Pflegepersonalstärkungsgesetzes Ende 2018 um weitere vier Jahre mit insgesamt vier Milliarden Euro verlängert. Diesem gewollten Prozess der Strukturoptimierung bzw. der Konzentration der Leistungserbringung stehen jedoch das GWB und die Auslegung durch das BKartA entgegen. Das BKartA orientiert sich bislang an den bestehenden Patienteneinzugsgebietsstatistiken und definiert (auch gemäß der BGH-Entscheidung aus 2008) die räumliche Marktabgrenzung dahingehend, dass Marktanteile in Form historischer Patientenströme zu berücksichtigen seien (bei Herauslassen der Postleitzahlenbereiche, in denen weniger als 10 % der Patienten in einer Klinik behandelt werden). Nicht betrachtet wird dabei die Auswahlmöglichkeit des Patienten zwischen mehreren Krankenhäusern. Im Ergebnis sind mehrere regionale Krankenhausfusionen, die aus Versorgungsaspekten sinnvoll gewesen wären, untersagt worden, so zum Beispiel die angestrebte Fusion des Klinikums Esslingen mit den Kreiskliniken Esslingen mit Beschluss vom 14. Mai 2014.

Schaubild 2: Krankenhausedichte und Bevölkerungsdichte in OECD-Mitgliedstaaten und deutschen Bundesländern 2016



Quelle: Krankenhaus Rating Report 2018. – Anmerkung: Jeweils das aktuellste Jahr (2012 bis 2016). Grundlage sind „general hospitals“. Daten zu Deutschland aus 2016 beziehen sich auf Versorgungskrankenhäuser (Unikliniken, Plankrankenhäuser und Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag) und psychiatrische Kliniken. Daten zu Schweden aus 2003 und zu Norwegen aus 2000. Australien (Dichte = 396), Japan (Dichte = 584) und Süd-Korea (Dichte = 359) sind ausgeblendet, weil deren Werte weit außerhalb des Diagrammbereichs liegen.

2. DEBATTE UM EINE NEUAUSRICHTUNG DER FUSIONSKONTROLLE

Aufgrund dieses Interessenskonflikts mehren sich die Stimmen, die entweder eine andere Auslegung der Fusionskontrolle im Krankenhaussektor oder gar eine Ergänzung des GWB fordern. So hat beispielsweise der baden-württembergische Landkreistag 2014 eine Forderung erhoben, wonach durch Ergänzung des § 36 Abs. 1, Satz 1 und 2, Nr. 3 GWB ein Ausnahmereich zur Zusammenschlusskontrolle dann geschaffen werden soll, wenn der Träger der Krankenhausplanung einen Zusammenschluss von Plankrankenhäusern für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung für erforderlich erklärt. Dieser Gedanke knüpft daran an, dass bereits jetzt nach § 36 Abs. 1 GWB eine Abwägung zwischen der (formalen) Marktbeherrschung und den etwaigen Verbesserungen der Wettbewerbsbedingungen vorzunehmen ist.

Im Folgenden soll der oben genannte Interessenskonflikt in der Form aufgelöst werden, dass nicht die (vergangenheitsorientierte) Patienteneinzugsgebietsstatistik als Wettbewerb zugrunde gelegt wird, sondern die den Patienten zumutbaren, wettbewerblichen Auswahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Krankenhäusern. Da Krankenhäuser im Sinne des Krankenhausplanungs- und -finanzierungsrechts primär Kapazitätsbetriebe

sind, ist die Vorhaltung der entsprechenden räumlichen, materiellen und personellen Infrastruktur für den Wettbewerb relevant, nicht jedoch die tatsächlich realisierte Auswahlentscheidung des Patienten.

Um diesen Angebotswettbewerb zu konkretisieren, wird als Grundlage der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu den Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen vom 24.11.2016 zugrunde gelegt. Dieser Beschluss bietet erstmals Orientierung in Bezug auf die Erreichbarkeit der Grundversorgung: Sollen Krankenkassen zu Sicherstellungszuschlägen für den Erhalt eines Krankenhauses verpflichtet werden, bedarf es der Prüfung mehrerer Kriterien. Eine zentrale Rolle spielt dabei, dass das nächste Grundversorgungs Krankenhaus innerhalb von 30 Minuten erreichbar sein muss.

Die Fusionskontrolle sollte ihren Fokus künftig auf die Frage legen, wie gut andere Krankenhäuser erreichbar sind.

Die Krankenkassen, die sich angesichts der möglichen Schließung einzelner Krankenhausstandorte an der Erreichbarkeit orientieren (www.gkv-kliniksimulator.de), führen zur wohnortnahen Versorgung aus:

„Für die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung wurden dreißig PKW-Fahrzeitminuten bis zum nächsten Krankenhaus der Grundversorgung zugrunde gelegt. Zu einer medizinischen Basisversorgung gehören Leistungen der Fachabteilungen Innere Medizin und Chirurgie sowie eine Basisnotfallversorgung. Der Wert ist abgeleitet aus den Erreichbarkeitsstandards in den Raumordnungsgesetzen der Bundesländer. Diese regeln die räumliche Organisation der allgemeinen Daseinsvorsorge, also der staatlichen Sicherstellung der Versorgung von Bevölkerung und Wirtschaft mit Gütern und Dienstleistungen, Arbeitsplätzen und Infrastruktur. Ein Krankenhaus ist für die Basisversorgung relevant, wenn 5000 Einwohnerinnen und Einwohner durch die Schließung des Krankenhauses mehr als dreißig PKW-Fahrzeitminuten bis zum nächsten geeigneten Krankenhaus benötigen würden.“

In einem aktuellen Gutachten kommen Augurzky et al. (2018) zu dem Ergebnis, dass in Deutschland insgesamt 750 Notfallzentren ausreichend sind, um für 99,8% der Bevölkerung innerhalb von 30 Pkw-Minuten erreichbar zu sein. Derzeit gibt es mehr als doppelt so viele Krankenhäuser, die an der Notfallversorgung teilnehmen. Insofern besteht auch von dieser Seite noch Optimierungspotenzial.

4. HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Im Ergebnis wird empfohlen, bei der Fusionskontrolle die wettbewerblichen Auswahlmöglichkeiten des Patienten in den Mittelpunkt zu stellen. Wendet man die 30-Minuten-Fahrtzeit-Regel auf die Prüfung der wettbewerblichen Stellung eines möglichen regionalen Krankenhausverbunds an, so müsste Folgendes geprüft werden: Gibt es in einer Region mehr als 5.000 Einwohner, die keine alternative Krankenhauswahl innerhalb einer 30-minütigen Fahrtzeit haben? Wird dieser Grenzwert überschritten, sollte ein Zusammenschluss in einer Region untersagt werden. Damit wäre nach den Kriterien des G-BA und der Sichtweise der Krankenkassen eine hinreichende und tatsächliche Wettbewerbssituation gegeben. Darüber hinaus wäre nach dieser Methodik der Prüfaufwand deutlich weniger aufwändig, was Kosten und Zeit sparen würde.

LITERATUR:

Augurzky, B., Beivers, A., Breidenbach, P., Budde, R., Emde, A., Haering, A., Kaeding, M., Roßbach-Wilk, E., Straub, N. (2018), Notfallversorgung in Deutschland. Projektbericht im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.) Projektberichte, Essen.

Jendges, Thomas (2005), „Der Staat soll den Wettbewerb sichern, indem er ihn zulässt – Über die Wettbewerbstheorie und den Eingriff des Bundeskartellamtes in den Krankenhausmarkt“, f&w 3/2005

ZULETZT ERSCHIENENE RWI POSITIONEN

- #72 Eckpunkte einer CO₂-Preisreform
- #71 Re-Vitalisierung des Ruhrgebiets durch regionale Kooperation „von unten“
- #70 Der Markt für Recyclingkunststoffe im Umbruch
- #69 Jobmotor Erneuerbare
- #68 Handlungsbedarf trotz Krankenhausstrukturgesetz: Elf Thesen zur Reform der Notfallversorgung
- #67 Griechenland und die Eurozone: Ein Drahtseilakt
- #66 BAföG Plus: Deutschlands Hochschulfinanzierung neu denken
- #65 The right way to reform the EU-emissions trading system
- #64 Reform des EU-Emissionshandels, aber richtig! Alternativen zur Marktstabilitätsreserve
- #63 Mit Helikopter und Telemedizin: Für eine Notfallversorgung der Zukunft

www.rwi-essen.de/positionen

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung

Das RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung ist ein führendes Zentrum für wissenschaftliche Forschung und evidenzbasierte Politikberatung in Deutschland. Das Institut ist Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft. Es wurde 1926 gegründet und arbeitet seit 1943 in rechtlicher Selbständigkeit. Das RWI stützt seine Arbeiten auf neueste theoretische Konzepte und moderne empirische Methoden. Ökonomische Zusammenhänge werden auf allen Ebenen – vom Individuum bis zur Weltwirtschaft – in vier Kompetenzbereichen erforscht: „Arbeitsmärkte, Bildung, Bevölkerung“, „Gesundheit“, „Umwelt und Ressourcen“ sowie „Wachstum, Konjunktur, Öffentliche Finanzen“. Das „Forschungsdatenzentrum Ruhr am RWI“ (FDZ Ruhr) versorgt die Wissenschaftler mit aktuellsten Zahlen. Das RWI veröffentlicht Forschungsergebnisse und Beiträge zur Politikberatung in verschiedenen Publikationsreihen. Weitere Informationen im Internet unter: www.rwi-essen.de