

Die Corona-Pandemie hat die Bedeutung der Krankenhausversorgung wieder in den Fokus der Öffentlichkeit gerückt. Zwar konnten in Deutschland Überfüllungen von Krankenhäusern und Intensivstationen weitgehend vermieden werden. Dies ist allerdings nicht auf vorausschauende politische Planung und ein effizientes Versorgungssystem zurückzuführen. Vielmehr ist die Krankenhausversorgung in Deutschland weiterhin reformbedürftig, wie der Kronberger Kreis, wissenschaftlicher Beirat der Stiftung Marktwirtschaft, in der vorliegenden Studie herausstellt.

Die Studie identifiziert drei Defizite, an denen die Krankenhausversorgung in Deutschland leidet: Erstens werden zu viele Krankenhausbetten vorgehalten, zweitens gibt es viele zu kleine Krankenhäuser und drittens sind die Krankenhausinvestitionen zu gering. Zur Beseitigung dieser Defizite schlägt der Kronberger Kreis eine aus drei Elementen bestehende Reform vor: Erstens sollte die Krankenhausplanung durch eine Verlagerung auf die Bundesebene stärker zentralisiert werden, zweitens sollte in der Krankenhausfinanzierung zur monistischen Finanzierung übergegangen werden und drittens sollte der Krankenhauswettbewerb durch erweiterte Möglichkeiten von Selektivverträgen und stärkerer Fusionskontrolle gefördert werden. Zwar tragen gewisse Überkapazitäten zu einer stärkeren Krisenresilienz bei. Aufgrund der grenzüberschreitenden Dimension einer Pandemie sollte die Planung von Überkapazitäten jedoch im Rahmen internationaler Vereinbarungen erfolgen und europäisch koordiniert werden.

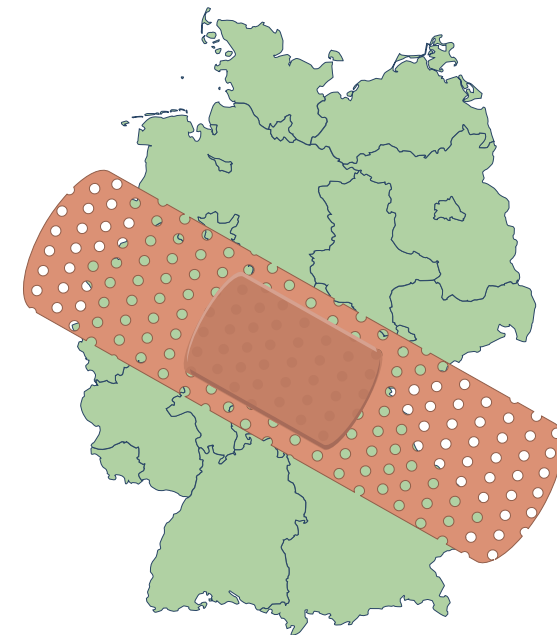
„Mehr Mut zum Markt“ lautet die Devise des Kronberger Kreises, wissenschaftlicher Beirat der Stiftung Marktwirtschaft. Der 1982 gegründete Kronberger Kreis entwickelt ordnungspolitische Reformkonzepte, mit dem Ziel, die freiheitliche Ordnung in Deutschland und Europa weiterzuentwickeln. Den Staat sieht er als Regelsetzer und Schiedsrichter, nicht als Mitspieler und „Übervater“. Mit seinen Konzepten prägt der Kronberger Kreis seitdem die wirtschaftspolitische Diskussion mit.



ISBN 3-89015-132-9

70

Krankenhausversorgung in Deutschland: Diagnose und Therapie



Kronberger Kreis

Lars P. Feld, Clemens Fuest, Justus Haucap,
Heike Schweitzer, Volker Wieland, Berthold U. Wigger

Krankenhausversorgung in Deutschland: Diagnose und Therapie

Kronberger Kreis

Lars P. Feld, Clemens Fuest, Justus Haucap,
Heike Schweitzer, Volker Wieland, Berthold U. Wigger

Gefördert durch die informedia-Stiftung
Gemeinnützige Stiftung für Gesellschaftswissenschaften
und Publizistik, Köln

Bibliographische Information der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische
Daten sind im Internet über <http://ddb.de> abrufbar.

© 2022

Stiftung Marktwirtschaft (Hrsg.)
Charlottenstraße 60
10117 Berlin
Telefon: +49 (0)30 206057-0
Telefax: +49 (0)30 206057-57
info@stiftung-marktwirtschaft.de
www.stiftung-marktwirtschaft.de

ISBN: 3-89015-132-9

Titelbild: Pflaster von Ciker-Free-Vector-Images auf Pixabay; Deutschland-Karte von Portal der statistischen Ämter des Bundes und der Länder (DeStatis); David Liuzzo. - Erstellt aus Material des gemeinsamen Datenangebotes aus dem gemeinsamen Portal der statistischen Ämter des Bundes und der Länder (DeStatis). [1]. CC BY-SA 2.0 de, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=1275601>.

Executive Summary	5
1 Diagnose	9
1.1 Zu viele Krankenhausbetten	9
1.2 Zu viele zu kleine Krankenhäuser	13
1.3 Zu geringe Krankenhausinvestitionen	15
1.4 Was ist ein Krankenhaus?	16
1.5 Weiterer Gang der Untersuchung	17
2 Krankenhausplanung	19
2.1 Der rechtliche Rahmen	19
2.2 Unzulänglichkeiten im System	22
3 Krankenhausfinanzierung	25
3.1 Das Prinzip der dualen Finanzierung	25
3.2 Probleme der dualen Finanzierung	27
4 Krankenhauswettbewerb	31
5 Reformoptionen	37
6 Krankenhausversorgung nach Corona	47
7 Fazit	51
Literaturverzeichnis	54

Executive Summary

Die Corona-Pandemie hat die Bedeutung der Krankenhausversorgung wieder in den Fokus der Öffentlichkeit gerückt. Zwar hat die Krankenhausversorgung in Deutschland der außergewöhnlich hohen Belastung in der Pandemie im Unterschied zu Ländern wie den USA, Italien oder Spanien vergleichsweise gut standgehalten. Allerdings ist dies kaum auf vorausschauende Planung und ein effizientes Versorgungssystem zurückzuführen. Vielmehr ist die Krankenhausversorgung in Deutschland weiterhin reformbedürftig, wie der Kronberger Kreis, wissenschaftlicher Beirat der Stiftung Marktwirtschaft, in der vorliegenden Studie herausstellt.

Nach einer eingehenden Auseinandersetzung mit den aktuellen Defiziten in der Krankenhausversorgung befasst sich die Studie mit den institutionellen Ursachen der beschriebenen Missstände. Im Einzelnen werden systemimmanente Fehlanreize in den Bereichen Krankenhausplanung, Krankenhausfinanzierung und Krankenhauswettbewerb analysiert und daraus verschiedene Reformoptionen abgeleitet, die den Mitteleinsatz verbessern und gleichzeitig Resilienz und Agilität des Systems erhöhen können.

Der Kronberger Kreis kommt zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. In Deutschland werden zu viele Krankenhausbetten vorgehalten. Die Überversorgung resultiert aus staatlich vorgegebenen Fehlanreizen der Krankenhausfinanzierung. Diese Anreize führen zudem dazu, möglichst jedes bereitgestellte Krankenhausbett zu belegen.
2. In Deutschland gibt es zu viele kleine Krankenhäuser. Die vielen kleinen Häuser weisen im Durchschnitt eine schlechtere Behandlungsqualität auf, die zumeist aus mangelnder Ausstattung mit medizinischen Großgeräten und geringeren speziellen Erfahrungen resultiert. Hinzu kommt, dass Entscheidungen insbesondere über Schließungen von Krankenhäusern Teil des landespolitischen Willensbildungsprozesses sind, die selten nach räumlichem Bedarf oder aus gesamtwirtschaftlicher Sicht getroffen werden.

3. In Deutschland fallen Krankenhausinvestitionen zu gering aus. Die schlechte Krankenhausausstattung ist Resultat mangelnder Investitionen durch die zuständigen Länder. Die Ausgaben der Länder für Krankenhausinvestitionen haben sich im Verhältnis zum BIP stark reduziert, während die Ausgaben der Krankenhäuser stetig gestiegen sind.
4. Bei mangelnder Investitionsfinanzierung entsteht der Anreiz, mit den Entgelten für die Patientenbehandlung nicht nur die Betriebskosten zu decken, sondern auch Mittel zur Finanzierung fixer Kosten zu erwirtschaften. Krankenhäuser sind versucht, mit höheren Fallzahlen zusätzliche Deckungsbeiträge zu generieren. Im Ergebnis werden zu viele Betten mit dafür zu geringem Pflegepersonal vorgehalten. Die duale Finanzierung von Krankenhäusern zwischen Krankenversicherungen und den Ländern schafft jedoch nicht nur Fehlanreize für eine Leistungsausweitung in der Krankenhausbehandlung. Sie unterminiert auch die Anreize der Länder für eine ausreichende Finanzierung der Krankenhäuser, weil sich die Investitionskosten über die Behandlungsentgelte von den Steuerzahlern der einzelnen Länder auf die bundesweite Gesamtheit der Versicherten abwälzen lassen.
5. Problematisch ist die bestehende Informationsasymmetrie zwischen Patienten und Arzt. Der Arzt hat aufgrund seines Vorsprungs an Fachwissen die Möglichkeit, die Nachfrage nach seinen Leistungen und Zielen zu steuern. Bei Patienten besteht zudem die Gefahr, dass sie sich in ihrer Entscheidung bei der Wahl des Krankenhauses weniger von relevanten Qualitätsfaktoren als von räumlicher Nähe zum Wohnort und sogenannten „Hotelqualitäten“ steuern lassen. Zudem hat die fehlende Preissensitivität der Patienten (die Krankenkassen übernehmen in der Regel alle Kosten) zur Folge, dass Krankenhäuser in der Entscheidung über ihr Leistungsspektrum, bei der ihnen meist große Freiheitsgrade zustehen, falsche Schwerpunkte setzen und der Qualität nicht ausreichend Gewicht zukommen lassen.
6. Im Wesentlichen reduziert sich der Krankenhauswettbewerb auf planbare Eingriffe, weil nur hier eine bewusste Entscheidung vom Patienten getroffen wird. Gerade der Ort ist dabei ein wichtiger Entscheidungsparameter, weshalb Märkte regional abzugrenzen sind. Der Qualitätswettbewerb zwischen den Krankenhäusern, der sogenannte intramodale Wettbewerb, ist zunehmend der Regulierung unterworfen, obwohl empirische Studien belegen, dass der intramodale Wettbewerb die Behandlungsqualität tendenziell steigert. Ein wichtiger Baustein zu dessen Schutz ist die Fusionskontrolle. Sie erhält den Anreiz für Krankenhäuser zu Innovation, Investition und Behandlungsqualität, da Patienten auf andere Krankenhäuser ausweichen können.
7. Ein entscheidender Kritikpunkt ist die mangelnde Abstimmung zwischen Planung und Wettbewerb über die verfassungsrechtliche Gewährleistungsverantwortung einer Mindestversorgung hinaus. Es fehlt an einem System, das Regulierung und Wettbewerb aufeinander abstimmt, Eingriffen klar definierte Aufgaben zuweist und sie damit legitimiert und begrenzt. Bisher gelingt es nicht, eindeutige Kriterien für eine bedarfsgerechte Versorgung zu identifizieren und die Anreize, die der zentrale Plan setzt, passend zu gestalten.
8. Als grundlegende Reform schlägt der Kronberger Kreis vor, die Krankenhausplanung auf Bundesebene zu verlagern. Dies hätte den Vorteil, dass die Planung sich stärker an den räumlichen Bedarfen und der Qualität von Krankenhausbehandlungen orientieren kann, weil lokale polit-ökonomische Erwägungen in der Krankenhausplanung, die zu vielen kleinen Krankenhäusern in der Fläche führen, an Bedeutung verlieren.
9. Der Kronberger Kreis fordert den Übergang zur monistischen Finanzierung in der Krankenhausversorgung, wodurch Anreize geschwächt würden, mit zusätzlichen Behandlungsfällen Deckungsbeiträge für ansonsten unterfinanzierte Krankenhausinvestitionen zu erzielen.
10. Der Kronberger Kreis spricht sich dafür aus, den Krankenhauswettbewerb durch erweiterte Möglichkeiten von Selektivverträgen und stärkerer Fusionskontrolle zu fördern. Eine Stärkung des Krankenhauswettbewerbs trägt potenziell zu einer besseren Behandlungsqualität bei.
11. Die Fehlversorgung des deutschen Krankenhaussystems sollte als Missstand begriffen werden. Zwar können gewisse Überkapazitäten zu einer stärkeren Krisenresilienz beitragen. Überkapazitäten sollten aber Ergebnis einer rationalen Planung sein. Dabei sollte berücksichtigt werden, dass gesundheitliche Krisen wie die Corona-Pandemie eine grenzüberschreitende Dimension haben. Die Planung von Überkapazitäten sollte daher im Rahmen grenzüberschreitender Vereinbarungen erfolgen.

1 Diagnose

1. Bevor die Corona-Pandemie das Gesundheitssystem in Deutschland vor – zumindest in jüngerer Zeit – nicht gekannte Herausforderungen gestellt hat, lautete der allgemeine Tenor unter Gesundheitsexperten, dass das deutsche Krankenhauswesen insbesondere in drei Bereichen eindeutige Merkmale einer Fehlversorgung aufweise: Erstens gebe es zu viele Krankenhausbetten, zweitens gebe es zu viele zu kleine Krankenhäuser und drittens werde zu wenig in die Krankenhausinfrastruktur, also in Geräte und Gebäude, investiert.¹

1.1 Zu viele Krankenhausbetten

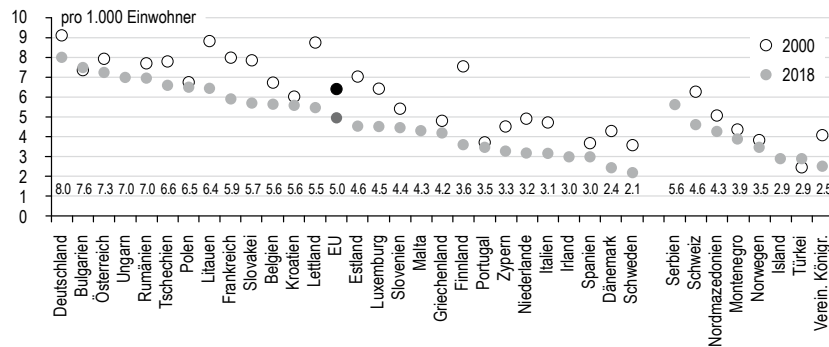
2. In der Tat nimmt Deutschland, wie Abbildung 1 verdeutlicht, bei der Anzahl der Krankenhausbetten je Einwohner im internationalen Vergleich eine Spitzenposition ein. Zwar ist die Anzahl der Krankenhausbetten pro 1.000 Einwohner in den vergangenen beiden Jahrzehnten von neun auf acht leicht zurückgegangen. Aber noch immer verfügt Deutschland über deutlich mehr Krankenhausbetten als andere wohlhabende Industrieländer.

3. Die hohe Anzahl von Krankenhausbetten in Deutschland ist auch deshalb auffällig, weil sich Deutschland in anderen Kerngrößen der Krankenhausversorgung nicht stark von anderen, insbesondere den wohlhabenderen unter den Industrieländern unterscheidet. Der Anteil der Ausgaben für Krankenhausversorgung an den gesamten Gesundheitsausgaben lag in Deutschland im Jahr 2019 bei 27 Prozent und unterschied sich damit nur unwesentlich vom OECD-Durchschnitt, der 28 Prozent betrug. Die USA und das Vereinigte Königreich wiesen mit 26 und 27 Prozent annähernd gleiche Anteile auf wie Deutschland. Auch der Anteil der gesamten Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt unterschied sich mit 11,7 Prozent im Jahr 2019 in Deutschland nicht besonders von den Anteilen in anderen wohlhabenden OECD-Ländern. Nur in den USA wich der Anteil im Jahr 2019 mit 16,8 Prozent deutlich nach oben ab.² Es

¹ Siehe z.B. Leopoldina (2016), Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2018, Kapitel 8), Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen (2018), Bertelsmann Stiftung (2019).

² Vgl. OECD (2021).

Abbildung 1: Krankenhausbetten



Quelle: OECD/European Union (2020).

stellt sich deshalb umso mehr die Frage, worauf die auffällig hohe Bettenzahl in deutschen Krankenhäusern zurückzuführen ist.

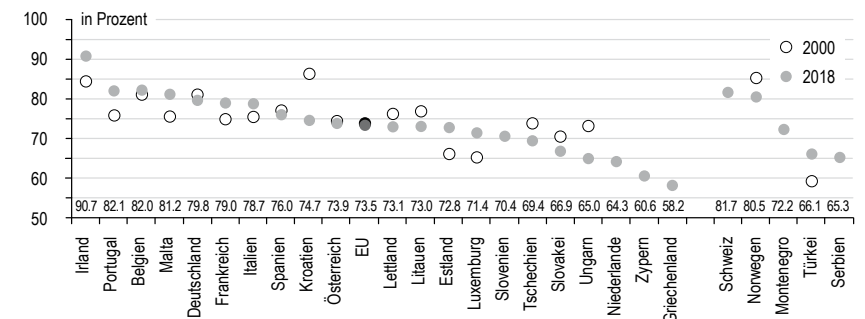
4. Nun muss eine hohe Anzahl von Krankenhausbetten in einem Land nicht per se ein Indiz für Überversorgung sein. Alternativ könnten sich darin Präferenzen in der Bevölkerung für eine hohe Versorgung mit Krankenhausbetten widerspiegeln, oder das betreffende Land könnte sich im Rahmen der internationalen Arbeitsteilung auf Krankenhausbehandlungen spezialisiert haben, weil es darin komparative Kostenvorteile gegenüber anderen Ländern aufweist und deshalb Gesundheitsdienstleistungen exportiert (Stichwort: Vermögende Ausländer, die sich in deutschen Krankenhäusern behandeln lassen).

5. Sowohl eine geeignete Abbildung von Präferenzen in der Bevölkerung als auch die Wahrnehmung komparativer Kostenvorteile setzen aber in der Regel funktionierende Märkte voraus. Kennzeichen funktionierender Märkte sind flexible Preise. Zu einer Überversorgung im Sinne eines dauerhaften Überschussangebotes wird es in funktionierenden Märkten nicht kommen, weil Preisanpassungen zu einer Angleichung von Angebot und Nachfrage führen. Ob die angebotenen und nachgefragten Mengen groß ausfallen oder klein, ist für die Frage, ob Überversorgung vorliegt oder nicht, vollkommen unerheblich.

6. In der Bereitstellung von Gesundheitsgütern und -dienstleistungen werden Marktmechanismen freilich aus einer Vielzahl von Gründen beschränkt oder ganz ausgesetzt. Stattdessen werden diese auf der Grundlage staatlich administrierter oder mindestens regulierter Mengen und Preise bereitgestellt. Wenn Preise sich nicht beliebig nach unten anpassen können, weil sie durch staatlich gesetzte Mindestpreise beschränkt sind, kann es zu Überschussangeboten kommen. In der Vergangenheit führten beispielsweise Mindestpreise bei Milch und Butter regelmäßig zu solchen Überschussangeboten. Wie unten näher erläutert wird, sind die Entgelte für Krankenhausbehandlungen den einzelnen Anbietern, sprich den Krankenhäusern, in der Tat – differenziert nach Diagnosen – vorgegeben und damit indirekt auch die Entgelte für die Belegung von Krankenhausbetten reguliert. Würde das zu einer Überversorgung an Krankenhausbetten im Sinne eines Überschussangebots führen, sollten viele der bereitgestellten Betten leer bleiben.

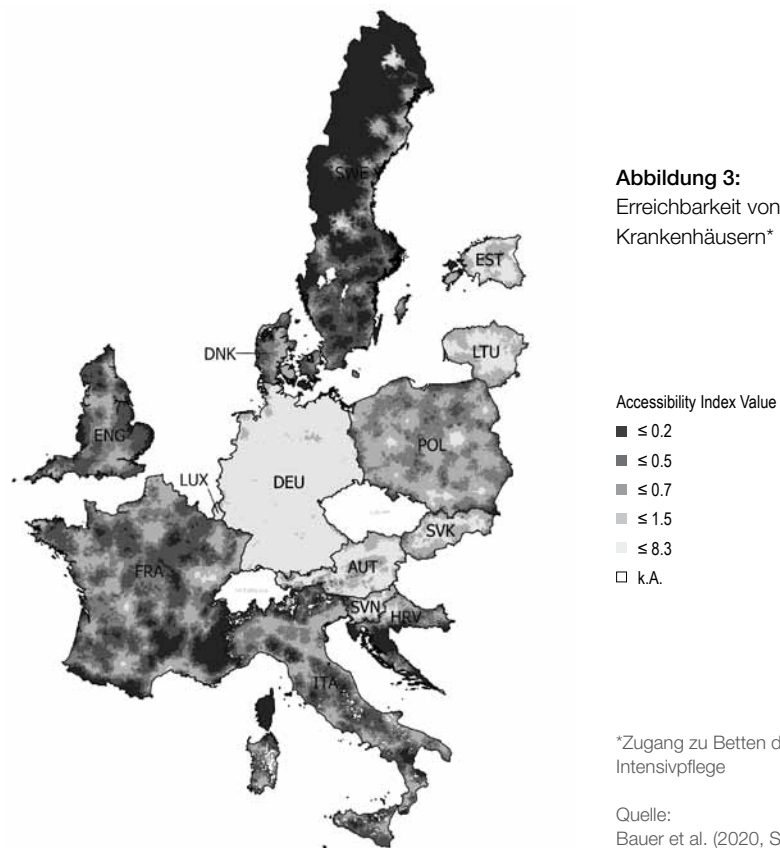
7. Darin scheint sich eine Überversorgung mit Krankenhausbetten in Deutschland aber nicht zu manifestieren. Wie Abbildung 2 zeigt, verfügt Deutschland nicht nur über eine hohe Anzahl von Krankenhausbetten, sondern weist auch eine überdurchschnittlich hohe Belegung dieser Betten auf.

Abbildung 2: Belegungsrate von Krankenhausbetten



Quelle: OECD/European Union (2020).

8. Die Besonderheit der Nachfrage nach Krankenhausbetten (und einigen anderen Gesundheitsgütern) besteht darin, dass sich die nachgefragte Menge der angebotenen Menge bei vorgegebenen Preisen anpasst. Dieses Phänomen, das gelegentlich als angebotsinduzierte Nachfrage bezeichnet wird, ist in der gesundheitsökonomischen Literatur als Roemersches Gesetz bekannt.³ Kurzgefasst besagt es, dass jedes bereitgestellte Krankenhausbett auch belegt wird.⁴ Wie später gezeigt wird, liegen dem Roemerschen Gesetz Informationsasymmetrien zwischen Anbietern und Nachfragern von Gesundheitsgü-



³ Siehe Roemer (1961, S. 35-42).

⁴ Im Englischen: „A bed built is a bed filled.“

tern zugrunde, die zu einer Überversorgung mit Gesundheitsgütern führen. In Deutschland werden die sich aus den Informationsasymmetrien ergebenden Fehlanreize durch spezifische institutionelle Regeln verschärft.

1.2 Zu viele zu kleine Krankenhäuser

9. Neben der hohen Anzahl von Krankenhausbetten wird ein weiteres Problem der Krankenhausversorgung in Deutschland in der hohen Anzahl kleiner Krankenhäuser gesehen. Tatsächlich weist Deutschland im internationalen Vergleich eine sehr hohe Krankenhausedichte auf. Für sich genommen ist das kein Nachteil, denn die hohe Krankenhausedichte bedeutet deutschlandweit eine sehr gute Erreichbarkeit von Krankenhäusern, die in anderen Ländern so nicht gewährleistet ist. Abbildung 3 veranschaulicht die im internationalen Vergleich gute regionale Erreichbarkeit von Krankenhäusern in Deutschland am Beispiel des Zugangs zu Betten in der Intensivpflege.

10. Eine Konsequenz der hohen Krankenhausedichte in Deutschland besteht darin, dass viele Krankenhäuser sehr klein sind. Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die Anzahl der allgemeinen Krankenhäuser in Deutschland geordnet nach der Bettenzahl.⁵ Insgesamt gab es im Jahr 2019 in Deutschland 1.576 allgemeine Krankenhäuser. Darunter befanden sich sowohl Krankenhäuser mit weniger als 50 Betten als auch Krankenhäuser mit mehr als 1.000 Betten. Auffällig ist die Häufung kleiner Krankenhäuser.

11. Ein zentraler Nachteil kleinerer Krankenhäuser besteht in der im Durchschnitt schlechteren Behandlungsqualität. Kleinere Krankenhäuser versorgen naturgemäß eine geringere Anzahl von Patienten. Deshalb werden in kleineren Krankenhäusern vergleichsweise wenige Erfahrungen mit weniger häufig auftretenden, speziellen Behandlungsfällen gemacht. Empirische Studien belegen, dass die Behandlungsqualität unter geringen Fallzahlen leidet.⁶ Klei-

⁵ Gemäß Statischem Bundesamt (2021, S. 3) sind allgemeine Krankenhäuser „Krankenhäuser, die über Betten in vollstationären Fachabteilungen verfügen, wobei die Betten nicht ausschließlich für psychiatrische, psychotherapeutische oder psychiatrische, psychotherapeutische und neurologische und/oder geriatrische Patienten/Patientinnen vorgehalten werden.“ Daneben gab es im Jahr 2019 weitere 338 sonstige Krankenhäuser. Dabei handelt es sich um Krankenhäuser, die im Wesentlichen über Betten für psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen verfügen, sowie um reine Tages- oder Nachtkliniken.

⁶ Siehe Monopolkommission (2020, S. 58) und die dort zitierte Literatur.

nerer Krankenhäuser sind zudem in der Regel schlechter mit medizinischen Großgeräten ausgestattet. Nicht zuletzt deshalb ist die Behandlungsqualität in kleineren Krankenhäusern im Durchschnitt geringer. Selbst in Notfällen verspricht eine Behandlung in einem weiter entfernt gelegenen, gut ausgestatteten Krankenhaus deutlich bessere Überlebenschancen als in einem näher gelegenen, schlechter ausgestatteten Krankenhaus.⁷

Tabelle 1: Anzahl allgemeiner Krankenhäuser in Deutschland 2019 geordnet nach Bettenzahl

Krankenhausgröße	Krankenhausanzahl
weniger als 50 Betten	292
50 bis 99 Betten	178
100 bis 149 Betten	195
150 bis 199 Betten	162
200 bis 299 Betten	212
300 bis 399 Betten	151
400 bis 499 Betten	120
500 bis 599 Betten	88
600 bis 799 Betten	84
800 bis 999 Betten	34
Mindestens 1000 Betten	60

Quelle: Statistisches Bundesamt (2021, S. 16).

12. Ein weiterer Nachteil kleinerer Krankenhäuser besteht in einer geringeren wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Empirische Studien legen nahe, dass Krankenhäuser mindestens über eine Anzahl von 300 Betten verfügen sollten, um betriebswirtschaftlich nachhaltig wirtschaften zu können.⁸ Daran gemessen verfügten im Jahr 2019 in Deutschland zwei Drittel der allgemeinen Krankenhäuser über eine zu geringe Bettenzahl, wie Tabelle 1 zeigt.

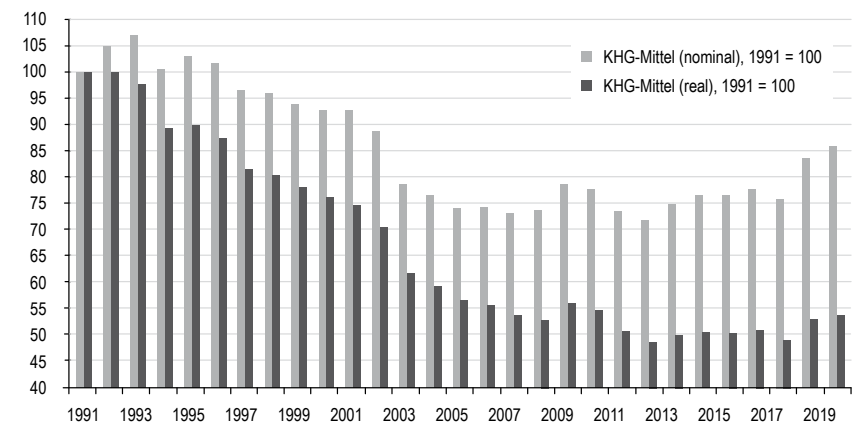
⁷ Siehe Monopolkommission (2020, S. 59) und die dort zitierte Literatur.

⁸ Laut Längen (2017) weisen Krankenhäuser mit einer Anzahl von 300 bis 600 Betten eine optimale Betriebsgröße auf. Laut einer Studie des RWI (2021) sind Krankenhäuser (mit Ausnahme von Fachkliniken) mit einer Anzahl von 600 bis 900 Betten wirtschaftlich am leistungsfähigsten. Siehe auch RWI (2021).

1.3 Zu geringe Krankenhausinvestitionen

13. Als drittes Problem der Krankenhausversorgung in Deutschland gilt die schlechte Ausstattung vieler Krankenhäuser mit Geräten und Gebäuden. Wie später im Detail erläutert wird, sind in Deutschland die Bundesländer für die Finanzierung der Krankenhausinvestitionen verantwortlich. Ein Hinweis darauf, dass die Länder ihrer Finanzierungsverpflichtung nur unzureichend nachkommen, liefert die Entwicklung der Investitionsausgaben der Länder für Krankenhäuser im Zeitverlauf. Abbildung 4 zeigt die nominale und die reale Entwicklung der sogenannten KHG-Fördermittel⁹ zwischen 1991 und 2019, wobei der Verbraucherpreisindex für die realen Ausgaben verwendet wurde.

Abbildung 4: Entwicklung der nominalen und realen KHG-Mittel (1991–2019)



Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft (2021).

⁹ Die Ausgaben der Länder für Krankenhausinvestitionen werden als KHG-Fördermittel bezeichnet, weil sie nach § 9 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) für die Förderung der Investitionskosten der Krankenhäuser zuständig sind.

14. Die realen Ausgaben der Länder für Krankenhausinvestitionen haben sich demnach seit 1991 fast halbiert. Nominal lagen die Krankenhausinvestitionen der Länder im Jahr 1991 bei 3,64 Mrd. Euro und im Jahr 2019 bei 3,16 Mrd. Euro. Im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt sind diese Investitionen von 0,23 Prozent auf 0,09 Prozent sogar noch stärker gefallen. Im gleichen Zeitraum stiegen die nominalen jährlichen Gesamtausgaben der Krankenhäuser von 36,9 Mrd. Euro auf 93,8 Mrd. Euro oder von 2,3 Prozent auf 2,7 Prozent des Bruttoinlandsprodukts. Insgesamt sind die Länder ihrer Verantwortung für die Finanzierung von Krankenhausinvestitionen in den vergangenen Jahrzehnten demnach immer weniger nachgekommen.

1.4 Was ist ein Krankenhaus?

15. Wenn im Weiteren von Krankenhäusern die Rede ist, dann sind damit Einrichtungen gemeint, in denen hauptsächlich Menschen mit akuten Erkrankungen untergebracht und von Ärzten und Pflegekräften behandelt und versorgt werden. Zwar entspricht diese Verwendung des Begriffs Krankenhaus sicher dem, was man sich landläufig unter einem Krankenhaus vorstellt. Diese Definition ist gleichwohl wichtig, weil damit Rehabilitationseinrichtungen und Medizinische Versorgungszentren nicht unter den Krankenhausbegriff fallen. Das wiederum ist bedeutsam, weil für diese Einrichtungen im Unterschied zu Krankenhäusern keine Zuständigkeit der Länder für Planung und Zulassung besteht und daher keine Verantwortung für ihre Finanzierung. Wie sich später zeigen wird, trägt aber gerade die geteilte Zuständigkeit für Krankenhäuser zwischen den Ländern und länderübergreifenden Einrichtungen wie den gesetzlichen und privaten Krankenkassen zu den genannten Missständen in der Krankenhausversorgung bei.

16. Bei Krankenhäusern wird zwischen zugelassenen und nicht zugelassenen Einrichtungen unterschieden. Zugelassene Krankenhäuser können eine Vergütung ihrer Leistungen für gesetzlich krankenversicherte Patienten gegenüber der Gesetzlichen Krankenversicherung geltend machen. Nicht zugelassene Krankenhäuser können ausschließlich direkt mit den Patienten oder mit deren privaten Krankenversicherungen abrechnen. Nicht zugelassene Krankenhäuser erhalten keine öffentliche Förderung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und ihre Entgelte richten sich nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz, sondern nach den Regelungen des Bürgerlichen

Gesetzbuches. Im Jahr 2019 gab es 176 nicht zugelassene Krankenhäuser in Deutschland mit insgesamt 3.765 Betten, d.h. weniger als ein Prozent aller Krankenhausbetten in Deutschland.¹⁰ Bei nicht zugelassenen Krankenhäusern handelt es sich vorwiegend um kleine, sehr spezialisierte Fachkliniken. Gegenstand der vorliegenden Untersuchung sind im Weiteren allein zugelassene Krankenhäuser.

17. Bei zugelassenen Krankenhäusern wird zwischen Hochschulkliniken, Plankrankenhäusern und Vertragskrankenhäusern unterschieden. Hochschulkliniken sind Krankenhäuser, die auf der Grundlage von Landesgesetzen errichtet wurden und Universitäten angeschlossen sind. Kraft Gesetzes sind Hochschulkliniken zur Abrechnung mit den Gesetzlichen Krankenkassen zugelassen. Plankrankenhäuser erhalten ihre Zulassung durch Aufnahme in den Krankenhausplan des jeweiligen Bundeslandes. Vertragskrankenhäuser schließlich haben einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen, der zur Abrechnung mit der Gesetzlichen Krankenversicherung berechtigt. Vertragskrankenhäuser sollen die Krankenhausplanung nur ergänzen. Versorgungsverträge von Vertragskrankenhäusern bedürfen der Genehmigung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde.

1.5 Weiterer Gang der Untersuchung

18. Im Weiteren befasst sich die vorliegende Studie mit den institutionellen Ursachen der drei beschriebenen Missstände in der Krankenhausversorgung in Deutschland. Im Einzelnen werden die drei Bereiche Krankenhausplanung, Krankenhausfinanzierung und Krankenhauswettbewerb daraufhin untersucht, ob die gegenwärtigen Regeln spezifische Anreize für zu viele Krankenhausbetten, zu viele zu kleine Krankenhäuser und zu geringe Krankenhausinvestitionen schaffen. Sodann werden Vorschläge entwickelt, wie die Krankenhausplanung und -finanzierung sowie der Wettbewerb zwischen Krankenhäusern – je für sich und in ihrem Zusammenspiel – verbessert werden können, um den beschriebenen Missständen zu begegnen.

¹⁰ Siehe www.bdpk.de.

19. Krankenhäuser bieten zum Teil Leistungen an, die auch von niedergelassenen Ärzten und in Medizinischen Versorgungszentren erbracht werden. Planung, Finanzierung und Wettbewerb von Arztpraxen und Medizinischen Versorgungszentren unterliegen indessen gänzlich anderen Regeln als denjenigen, die für Krankenhäuser gelten. Gegenstand der vorliegenden Untersuchung ist die Krankenhausversorgung. Inwieweit die unterschiedlichen Regeln für Arztpraxen und Medizinische Versorgungszentren einerseits und Krankenhäuser andererseits zu systematischen allokativen Verzerrungen führen – beispielsweise dazu, dass ein Patient in einem Krankenhaus versorgt wird, der besser in einem Medizinischen Versorgungszentrum behandelt worden wäre – ist nicht Gegenstand der vorliegenden Untersuchung.

20. Abschließend berücksichtigt die Studie, inwieweit die gegenwärtigen Erfahrungen mit der Corona-Pandemie in die künftige Gestaltung der Krankenhausversorgung in Deutschland einfließen sollten. Insbesondere die hohe Versorgung mit Krankenhausbetten in Deutschland wird inzwischen in einem weitaus positiveren Licht gesehen als früher.¹¹ Die vorliegende Studie versucht abzuschätzen, inwieweit die Corona-Erfahrungen in der Tat zu einer Neubewertung der Krankenhausversorgung in Deutschland Anlass geben.

¹¹ So z.B. Leopoldina (2020).

2 Krankenhausplanung

2.1 Der rechtliche Rahmen

21. Die Gewährleistungsverantwortung des Staates für ein leistungsfähiges Gesundheitssystem, einschließlich einer leistungsfähigen Krankenhausversorgung, ergibt sich in Deutschland bereits aus dem Grundgesetz, insbesondere aus dem Sozialstaatsprinzip (Art. 20 Abs. 1, 28 Abs. 1 GG).¹² Dieser verfassungsrechtlichen Verpflichtung tragen Bund und Länder mittels eines Systems Rechnung, in dem sich Planung, Regulierung und Wettbewerb in komplexer Weise überlagern. Der allgemeine regulatorische Rahmen ist bundesrechtlich vorgegeben. Die Krankenhausbedarfs- und Investitionsplanung erfolgt in dem durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) gezogenen Rahmen gegenwärtig dezentral, nämlich auf Länderebene. Der Wettbewerb findet auf der Grundlage dieser Vorgaben statt. Die übergeordneten Ziele der Planung sind den Ländern bundesrechtlich vorgegeben: Gemäß § 1 KHG haben Krankenhauspläne und Investitionsprogramme „eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen digital ausgestatteten, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen“. Die Krankenhausplanung ist demnach drei zentralen Zielen verpflichtet, nämlich der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung, der Gewährleistung einer hohen Versorgungsqualität und der finanziellen Tragfähigkeit. Die Konflikte, die zwischen diesen Zielen notwendigerweise auftreten, hat die Krankenhausplanung aufzulösen. Der Wettbewerb kann zur Erreichung der genannten Ziele in dem Maße beitragen, indem die planerischen Vorgaben Raum für Wettbewerb belassen.

22. In vielen Bereichen der infrastrukturellen Daseinsvorsorge sind Regulierung und Wettbewerb fein aufeinander abgestimmt. Den regulatorischen Eingriffen sind klar definierte Aufgaben zugewiesen, welche die Eingriffe in den Wettbewerb legitimieren und begrenzen. Im gegenwärtigen System der Krankenhausplanung fehlt es an einem solchen System: Ausgangspunkt ist eine in der Ambition allumfassende Planung. Der Wettbewerb

¹² BVerfG (1990, Rn. 82).

füllt die verbleibenden Lücken. Wenngleich sich die Landesregelungen zur Krankenhausplanung in der Konkretisierung der Zielvorgaben, der Detailtiefe der Regulierung, der Methodik der Kapazitäts- und Leistungsplanung und in vielerlei anderer Hinsicht unterscheiden,¹³ basiert das System der Krankenhausplanung doch durchgängig auf der Idee einer umfänglichen Kapazitätsplanung und -zuweisung, die sowohl Unter- als auch Überversorgung verhindern soll: Auf der Grundlage einer Zielkonkretisierung – etwa einer Festlegung der regionalen Versorgungsstruktur, einschließlich von „Versorgungsgebieten“ mit definierten Einzugsbereichen – erfolgt eine Bedarfsanalyse und eine daraus abgeleitete Feststellung des Versorgungsbedarfs in einem Krankenhaus(rahmen)plan.

23. Regelmäßig wird dabei das sogenannte „Versorgungsstufenkonzept“ zugrundegelegt: Unterschieden wird zwischen vier Versorgungsstufen, nämlich der Grund-, Regel-, Schwerpunkt- und Maximalversorgung. Zur Unterscheidung zwischen diesen Versorgungsstufen wird auf typische allgemeine Strukturmerkmale, insbesondere die Anzahl von Betten und die Art und Anzahl von Fachabteilungen zurückgegriffen.¹⁴ Mit jeder Versorgungsstufe werden bestimmte allgemeine Struktur- und Qualitätsvorgaben verbunden. Die Aufnahme von Krankenhäusern in den Krankenhausplan erfolgt sodann unter Zuweisung einer bestimmten Versorgungsstufe: Nur in dem durch sie gezogenen Rahmen darf ein Krankenhaus Leistungen gegenüber gesetzlich Versicherten erbringen und mit Krankenkassen abrechnen. Der Krankenhausplan kann auf diese Weise bestimmte Leistungen in bestimmten Zentren bündeln und dadurch höhere Fallzahlen und Qualitätsverbesserungen anstreben.¹⁵

24. Allerdings schränkt dies den Wettbewerb zwischen Krankenhäusern erheblich ein, da jedes Krankenhaus nur innerhalb der zugewiesenen Versorgungsstufe (und gegebenenfalls abwärts) konkurriert. Auch die dynamische Weiterentwicklung einzelner Leistungsangebote ist in dem an der Gesamtbettenzahl des Hauses und der insgesamt vorhandenen Anzahl von Fachabteilungen ausgerichteten System nicht vorgesehen.¹⁶ Angesichts der Defizite des Versorgungsstufenkonzepts mit Blick auf Flexibilität und Leistungs-

13 Näher: Monopolkommission (2022, Rn. K10).

14 Näher: Monopolkommission (2022, Rn. 319).

15 Monopolkommission (2022, Rn. 322).

16 Monopolkommission (2022, Rn. 326).

renzung¹⁷ ist Nordrhein-Westfalen im Jahr 2022 als erstes Bundesland auf das Leistungsgruppenkonzept umgestiegen, bei dem für jede Leistungsgruppe besondere strukturelle, apparative und personelle Mindest-Ausstattungsanforderungen sowie bestimmte Mindest-Fallzahlen definiert werden.¹⁸ So soll eine feingliedrigere Planung der Bereitstellung spezifischer medizinischer Behandlungsleistungen und potenziell ein „Mehr“ an Wettbewerb ermöglicht werden.¹⁹

25. Auf die Bedarfsfeststellung folgt die Entscheidung über die Aufnahme von Krankenhäusern in den Krankenhausplan – und damit über die Zulassung zur Leistungserbringung als Plankrankenhaus. Die Aufnahme in den Krankenhausplan ist für die Krankenhäuser in zweierlei Hinsicht relevant: Die sogenannten Plankrankenhäuser haben an der staatlichen Investitionsförderung nach § 9 KHG teil. In dem Umfang, in dem dies durch den im Feststellungsbescheid festgeschriebenen Versorgungsauftrag gedeckt ist, sind sie ferner zur Behandlung von Kassenpatienten zugelassen (§ 108 Nr. 2 SGB V) und haben einen Rechtsanspruch auf Abschluss einer Pflegesatzvereinbarung mit leistungsgerechten Pflegesätzen (siehe § 109 Abs. 1 S. 2, 109 Abs. 4 S. 3 SGB V). Öffentliche Investitionsförderung und leistungsgerechte Versorgungsvergütungen sollen zusammen die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser sichern (§ 4 KHG). Das Leistungsspektrum eines Krankenhauses wird sodann im Rahmen von Budget- oder Pflegesatzvereinbarungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen konkretisiert (§ 18 KHG).

26. Jede ablehnende Entscheidung greift daher tief in die Berufsfreiheit des Krankenhausträgers ein. Die Entscheidungen unterliegen dementsprechend einer intensiven gerichtlichen Kontrolle und sind für die Planungsbehörde mit hohen rechtlichen Risiken verbunden.²⁰ Dies gilt umso mehr, als die Kriterien, anhand derer diese Entscheidung zu treffen ist, das Abwägungsprogramm nur vage konkretisieren. Gemäß § 8 Abs. 2 S. 2 KHG entscheidet, wenn eine Auswahlentscheidung erforderlich wird, „[...] die zuständige Landesbehörde unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenhausträger nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht wird“.

17 Kritisch mit Blick auf die Starrheit und geringe Differenziertheit des Versorgungsstufenkonzepts: Monopolkommission (2022, Rn. 322f.).

18 Monopolkommission (2022, Rn. 331).

19 Monopolkommission (2022, Rn. 329 m. w. N.).

20 Monopolkommission (2022, Rn. 363).

Krankenhäuser, welche die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgesetzten planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (§ 6 Abs. 1a KHG, § 136c Abs. 2 S. 1 SGB V) nicht nur vorübergehend verfehlen, dürfen nicht in den Krankenhausplan aufgenommen werden.

27. Auch die Wirtschaftlichkeit – einschließlich des wirtschaftlichen Einsatzes von Investitionsfördermitteln – ist als Auswahlkriterium anerkannt. Die Landesgesetze konkretisieren die Auswahlkriterien in unterschiedlicher Weise und in unterschiedlicher Detailtiefe. Gleichwohl bleiben sie oft unbestimmt. Auswahlentscheidungen erweisen sich daher in der Praxis als schwierig. Um Rechtsunsicherheiten zu vermeiden, werden regelmäßig konsensuale Regelungen mit den Krankenhausträgern gesucht.²¹ In vielen Fällen vollzieht die Krankenhausplanung lediglich das Marktergebnis nach, das sich auf Grundlage von Regulierung, vorausgegangener Planung und Wettbewerb faktisch eingestellt hat.²²

28. Den Plankrankenhäusern verbleibt auf der Grundlage des Feststellungsbescheids regelmäßig ein gewisser – durch die Qualitätsvorgaben des G-BA (siehe § 136b und § 136c SGB V) begrenzter – Gestaltungsspielraum in der Festlegung ihres Versorgungsauftrags.²³

2.2 Unzulänglichkeiten im System

29. Das so strukturierte System der Krankenhausplanung weist erhebliche Schwächen auf. Zum einen ist es durch einen starken „Status quo bias“ gekennzeichnet. Die in der Theorie mit einem hohen Steuerungsanspruch auftretende Krankenhausplanung wird diesem Anspruch in der Praxis nicht gerecht. Die wachsende Divergenz zwischen der Versorgung in Ballungsräumen und ländlichen Gebieten²⁴ legt es nahe, dass es der Krankenhausplanung gegenwärtig nicht gelingt, klare Kriterien für eine bedarfsgerechte Versorgung zu identifizieren und einer Unter- wie auch einer Überversorgung effektiv zu begegnen. Hohe Bettenkapazitäten in vielen kleinen, wenig spezialisierten

²¹ Monopolkommission (2022, Rn. 176, 363) – unter Hinweis auf den möglicherweise wettbewerbsbeschränkenden Charakter zwischen Krankenhäusern.

²² Monopolkommission (2022, Rn. 401).

²³ Stollmann (2020).

²⁴ Monopolkommission (2022, Rn. K5).

Krankenhäusern können für politische Einflussnahmen auf die Krankenhausplanung sprechen: Die Schließung lokaler Krankenhäuser ist politisch regelmäßig in hohem Maße unpopulär. Treten gleichwohl Versorgungslücken auf, so springen regelmäßig kommunale Krankenhäuser ein, welche die Länder sodann über einen Defizitausgleich finanzieren. Die Effizienz- und Leistungspotenziale einer wettbewerblichen Ausschreibung solcher Sicherstellungsaufträge bleiben ungenutzt.²⁵

30. Auch im Übrigen bleibt das Zusammenspiel zwischen Krankenhausplanung und Wettbewerb ungeklärt: Eine Stärke des Wettbewerbs ist es, durch ständige Anpassungen des Angebots an die Nachfragepräferenzen auf eine effiziente Bedarfsdeckung hinzuwirken. Im Wettbewerb wird das Versorgungsangebot in seiner Struktur, Qualität und Menge allerdings nicht vorbestimmt, sondern in Reaktion auf die Nachfrage immer neu ermittelt. Die Idee, das Zielgefüge von flächendeckender Versorgung, hoher Qualität und finanzieller Tragfähigkeit im Wege der Planung zu einem optimalen Ausgleich zu bringen, ist damit schwer in Einklang zu bringen. Die Besonderheiten des Krankensektors – Informationsasymmetrien, die Anpassung der Nachfrage an die angebotenen Mengen und die notwendige Preisregulierung (s.o.) – rechtfertigen und erfordern eine Regulierung: Schon verfassungsrechtlich trifft den Staat bei der Gestaltung und Steuerung der Krankenhausversorgung eine Gewährleistungsverantwortung. Zweifelhaft ist aber, ob der Versuch einer umfassenden planerischen „Programmierung“ dem Gewährleistungsauftrag tatsächlich am besten gerecht wird, oder ob nicht auch im Krankensektor vor allem eine klar und evidenzbasiert definierte flächendeckende Mindestversorgung sicherzustellen ist, die Steuerung aber dort, wo keine Versorgungslücken auftreten, dem Wettbewerb überlassen werden kann.

31. Die mangelnde Abstimmung zwischen Planung und Wettbewerb zeigt sich schließlich auch in der Finanzierung: Krankenhäuser klagen durchgängig über eine unzulängliche Investitionsförderung durch die Länder. Die Investitionslücken müssen über das System der Fallpauschalen ausgeglichen werden, das Wettbewerbsanreize setzen soll, Investitionsbedarfe jedoch nicht einkalkuliert. In der Folge haben Krankenhäuser mit Unterfinanzierung zu kämpfen. Im nächsten Kapitel wird detaillierter ausgeführt, wie die dezentral organisierte Finanzierung systematisch zu Krankenhausfehlversorgung führt.

²⁵ Für die Nutzung wettbewerblicher Ausschreibungen siehe Monopolkommission (2022, Rn. 145 ff.).

3 Krankenhausfinanzierung

3.1 Das Prinzip der dualen Finanzierung

32. Die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser – und damit das System der Krankenhausfinanzierung – fällt in die gemeinsame Gesetzgebungskompetenz von Bund und Ländern (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG). Der Bund hat mit dem KHG und dem Krankenhausentgeltgesetz (KEntgG) den allgemeinen Rahmen für die Finanzierung gesetzt. Die Ausgaben der Krankenhäuser werden nach dem Prinzip der dualen Finanzierung zwischen den Krankenversicherungen der Patienten und den Ländern aufgeteilt. Nach diesem Prinzip übernehmen die Krankenversicherungen (gesetzlich und privat) die Betriebskosten der Krankenhäuser, d.h. alle Kosten, die durch die Behandlung von Patienten entstehen. Im Unterschied zur stationären Behandlung durch niedergelassene Ärzte erhalten Krankenhäuser einheitliche Entgelte für gesetzlich und privat versicherte Patienten. Krankenhausinvestitionen dagegen sollen nach dem Prinzip der dualen Finanzierung von den Ländern getragen werden. Entsprechend entscheiden die Länder darüber, ob ein Krankenhaus neu errichtet, erweitert oder geschlossen wird.

33. Bis zum Jahr 2003 erhielten die Krankenhäuser für die Patientenbehandlung ein tagesbasiertes Entgelt, d.h. es wurden krankenhausesindividuelle Pflegesätze pro Patient und Tag unabhängig davon abgerechnet, wie hoch der Behandlungs- und Pflegeaufwand tatsächlich war. Seither erhalten Krankenhäuser pro Patient einen pauschalisierten Eurobetrag, die sogenannte DRG-Fallpauschale, wobei DRG für Diagnosis Related Groups steht.²⁶ Seit dem Jahr 2010 sind die diagnosebezogenen Fallpauschalen landeseinheitlich geregelt. Die einzelnen Fallpauschalen ergeben sich aus dem sogenannten Landesbasisfallwert multipliziert mit einer Bewertungsrelation, welche die Schwere des Behandlungsfalls relativ zu anderen Behandlungsfällen widerspiegelt. Der Landesbasisfallwert wird jährlich zwischen den Krankenkassen und den Krankenhäusern auf Landesebene neu ausgehandelt.

²⁶ Einige spezielle Krankenhäuser, z.B. Einrichtungen für Schädel-Hirn-Verletzte, rechnen weiterhin krankenhausesindividuelle Entgelte ab. Für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen wurde noch bis 2012 überwiegend mit tagesbasierten, krankenhausesindividuellen Pflegesätzen vergütet. Seither werden auch psychiatrische und psychosomatische Leistungen mit einem pauschalierenden Vergütungssystem entgolten, das auf tagesbezogenen Entgelten basiert.

34. Jährlich verändert sich der Landesbasisfallwert mindestens mit der sogenannten Grundlohnrate. Diese misst die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Liegt freilich die Veränderung der Betriebskosten der Krankenhäuser, die als Orientierungswert für die Veränderung der Landesbasisfallwerte bezeichnet wird, über der Grundlohnrate, so kann der Landesbasisfallwert schneller steigen als die Grundlohnrate.

35. Dabei ist zu beachten, dass der für die Veränderung der Landesbasisfallwerte relevante Orientierungswert seit dem Jahr 2020 nicht mehr die Entwicklung der Pflegepersonalkosten enthält, d.h. der Kosten, die durch die unmittelbare Patientenversorgung des Pflegepersonals am Bett entstehen. Seither werden nämlich die Pflegepersonalkosten nicht mehr im Rahmen der Fallpauschalen vergütet, sondern durch ein eigenes Pflegebudget. Im Unterschied zu den Fallpauschalen werden die Entgelte, welche die Krankenhäuser für die Pflege am Bett erhalten, zwischen den gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen und den Trägern der Krankenhäuser nicht landesweit, sondern krankenhausesindividuell verhandelt. Die Ausgliederung der Pflegekosten führt dazu, dass künftig rund 15 Mrd. Euro der Betriebskosten der Krankenhäuser nicht mehr pauschalisiert, sondern entsprechend der tatsächlichen Ausgaben der einzelnen Krankenhäuser entgolten werden.²⁷

36. Für die (Förderung der) Finanzierung der Investitionen der Krankenhäuser sind gemäß der dualen Finanzierung die Bundesländer zuständig. In welchem Umfang die Länder Krankenhausinvestitionen fördern, hängt davon ab, ob es sich um ein Plankrankenhaus, ein Universitätsklinikum oder ein Vertragskrankenhaus handelt.

37. Die Länder finanzieren die Investitionen von Plankrankenhäusern in Form von Einzel- und Pauschalförderungen. Allerdings setzt eine entsprechende Landesförderung voraus, dass sich das betreffende Krankenhaus ausreichend an der Versorgung gesetzlich versicherter Patienten beteiligt. Das soll dadurch sichergestellt werden, dass ein Plankrankenhaus keine Investitionsförderung des betreffenden Landes erhält, wenn es in mehr als 60 Prozent der jährlichen Belegungstage Patienten versorgt, für die es mehr als die im Krankenhausentgeltgesetz definierten Entgelte abrechnet.

²⁷ Siehe GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft und Verband der Privaten Krankenversicherung (2019).

38. Auch die Investitionen der Universitätskliniken werden durch die Länder gefördert. Weil Universitätskliniken neben der Patientenversorgung Aufgaben in Forschung und Lehre wahrnehmen, erfolgt die Investitionsförderung auf der Grundlage spezieller Landesregeln. Investitionen in Universitätskliniken werden zudem und in jüngerer Zeit vermehrt durch öffentliche Drittmittelgeber wie die Deutsche Forschungsgemeinschaft und das Bundesministerium für Bildung und Forschung sowie durch private Drittmittelgeber wie gemeinnützige Stiftungen und Unternehmen aus der Pharmaindustrie und der Medizintechnik finanziert.

39. Vertragskrankenhäuser werden im Unterschied zu Plankrankenhäusern und Universitätskliniken grundsätzlich nicht dual finanziert. Sie erhalten keine Investitionsförderung seitens der Länder, es sei denn, dies ist landesrechtlich entsprechend geregelt.

3.2 Probleme der dualen Finanzierung

40. Im ersten Kapitel dieser Studie wurde dargelegt, dass die Länder ihrer Verantwortung für die Finanzierung der Krankenhausinvestitionen in den vergangenen drei Jahrzehnten kontinuierlich weniger nachgekommen sind. Eine nicht auskömmliche Investitionsfinanzierung löst freilich selbst bei nicht gewinnorientierten Krankenhäusern einen Anreiz aus, mit den Entgelten für die Patientenbehandlung nicht nur die Betriebskosten zu decken, sondern auch Mittel zur Finanzierung fixer Kosten zu erwirtschaften.

41. Vor der Einführung von Fallpauschalen, also in der Zeit, als sich die Entgelte nach der Menge an Tagen richteten, welche die Patienten im Krankenhaus verbrachten, führte dieser Anreiz zu auffällig hohen Patientenverweildauern.²⁸ Seit Einführung der Fallpauschalen haben die Krankenhäuser dagegen einen Anreiz, insbesondere solche Behandlungen durchzuführen, für die sie Fallpauschalen abrechnen können, die hohe Deckungsbeiträge beinhalten. So ist es in der Vergangenheit beispielsweise zu auffälligen Mengenausweitungen beim Einsatz von künstlichen Hüft- und Kniegelenken sowie bei Implantationen von Herzschrittmachern und Eingriffen an der

²⁸ www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhausfinanzierung.html.

Wirbelsäule gekommen.²⁹

42. In das Bild einer an hohen Fallzahlen und Deckungsbeiträgen orientierten Krankenhausbewirtschaftung fügt sich die im ersten Kapitel dargestellte hohe Anzahl an Krankenhausbetten in Deutschland. Es liegt in der Natur eines Krankenhauses, dass viele Behandlungsfälle viele Betten erfordern. In dieses Bild passt zudem, dass deutsche Krankenhäuser ein hohes Verhältnis von Patienten zu Pflegekräften aufweisen – mit einem Verhältnis von zehn zu eins im Jahr 2015 wies Deutschland international eines der höchsten Patient-Pflegekraft-Verhältnisse auf³⁰ –, da sich mit geringerem Pflegeaufwand der Deckungsbeitrag pro Behandlungsfall weiter steigern lässt. Inwieweit die oben angesprochene, kürzlich erfolgte Ausgliederung der Pflegekosten aus den Fallzahlpauschalen daran etwas ändert, muss die Zukunft zeigen.

43. Hohe Fallzahlen und Konzentration auf besonders einträgliche Behandlungsfälle stehen indessen nicht in einem direkten Zusammenhang mit der dualen Finanzierung der Krankenhäuser. Sie sind vielmehr Manifestationen der im ersten Kapitel angesprochenen angebotsinduzierten Nachfrage. Diese wiederum resultiert aus dem spezifischen Verhältnis von Arzt und Patient. Als Experte kann ein Arzt viel besser als sein Patient beurteilen, ob überhaupt ein Fall für eine Krankenhausbehandlung vorliegt und welche Therapie sich als angemessen erweist. Der Patient dagegen kann in der Regel nur beobachten, ob die durchgeführte Therapie zu einer Verbesserung geführt hat. Ob beispielsweise ein schmerzendes Knie den Einsatz eines künstlichen Kniegelenks erfordert oder sich bereits mit Krankengymnastik beheben lässt, weiß der Arzt aufgrund seiner Expertise deutlich besser einzuschätzen als der Patient. Insofern hat der Arzt die Möglichkeit, die Nachfrage nach seinen Leistungen zu steuern oder zu induzieren.

44. In der ökonomischen Literatur werden Leistungen, die von Experten wie beispielsweise Ärzten angeboten werden, als Vertrauensgüter bezeichnet.³¹ Vertrauensgüter begründen eine spezifische Informationsasymmetrie zwischen Anbieter und Nachfrager. Während der Anbieter von Vertrauensgütern in der Regel besser abschätzen kann, welche Leistungen der Nachfrager benötigt, kann der Nachfrager nur beobachten, in welchem Umfang ihm die

erbrachten Leistungen nutzen und wie viel er dafür bezahlen muss. Ein künstliches Gelenk mag die Schmerzen im Knie zwar beseitigen. Der Patient weiß aber nicht, ob sich dieses Ziel nicht mit Krankengymnastik ebenso hätte erreichen lassen. Die Informationsasymmetrie zwischen Anbieter und Nachfrager löst bei ersterem Anreize aus, letzterem zu viele und besonders jene Leistungen zu verkaufen, die für den Anbieter besonders einträglich sind. Je weniger preissensitiv der Nachfrager ist, umso besser gelingt es dem Anbieter, möglichst viele und teure Leistungen zu erbringen.

45. Bei Krankenhausbehandlungen ist die Preissensitivität auf Seiten der Patienten denkbar gering, weil sie in der Regel nicht selbst die Kosten der Behandlung tragen, sondern ihre Krankenversicherung. Deshalb müssen die Krankenversicherer Sorge dafür tragen, dass es bei Krankenhausbehandlungen möglichst nicht zu Leistungsausweitungen kommt, die eher betriebswirtschaftlich motiviert als medizinisch indiziert sind.

46. Die Krankenkassen haben in der Vergangenheit versucht, den Anreiz für Mengenausweitungen mit verschiedenen Instrumenten abzuschwächen. Neben einer Anpassung der für die Höhe der einzelnen Fallpauschalen maßgeblichen Bewertungsrelationen wurden bis zum Jahr 2016 Abschläge auf krankenhaushausindividuelle Mehrleistungen erhoben. Zudem wurde ein Abschlag auf den Landesbasisfallwert vorgenommen, wenn die Leistungsmenge in einem Bundesland insgesamt gestiegen war. Seit dem Jahr 2017 wird statt der bisherigen Abschläge bei Mehrleistungen ein sogenannter Fixkostendegressionsabschlag auf alle durch Fallpauschalen entgoltenen Leistungen erhoben, die einen Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln haben.³²

47. Liegt der Anreiz zur Leistungsausweitung im Krankenhausbereich in der Natur von Gesundheitsgütern als Vertrauensgütern, so wird die Problematik durch die duale Finanzierung der Krankenhäuser gleichwohl institutionell verschärft. Die nicht auskömmliche Investitionsfinanzierung der Länder veranlasst die Krankenhäuser dazu, Leistungsmengen auszuweiten, um Investitionen mit Deckungsbeiträgen aus dem Entgelt von Behandlungsfällen zu finanzieren. Die Länder wiederum haben keinen Anreiz zur ausreichenden Förderung der Investitionen ihrer Krankenhäuser. Diese müssen sie nämlich aus eigenen Haushaltsmitteln finanzieren; eine Finanzierung der Investitionen auf

²⁹ Siehe Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2013, S. 35).

³⁰ Siehe Bruyneel et al. (2019).

³¹ Zu Vertrauensgütern siehe die Literaturübersicht von Dulleck und Kerschbamer (2006, S. 5-42).

³² Im Detail siehe Bundeskartellamt (2021, S. 51f.).

dem Weg über Behandlungsentgelte wird dagegen aus den Beiträgen und Prämien der Versicherten aller Länder finanziert.

48. Die duale Finanzierung schafft demnach nicht nur Anreize für eine Leistungsausweitung in der Krankenhausbehandlung, die ihren sichtbaren Ausdruck in einer hohen Anzahl von Krankenhausbetten findet. Sie unterminiert auch die Anreize der Länder für eine ausreichende Finanzierung der Krankenhäuser, weil sich die Investitionskosten über die Behandlungsentgelte von den Steuerzahlern der einzelnen Länder auf die bundesweite Gesamtheit der Versicherten abwälzen lassen. Aber nicht nur zu wenige Krankenhausinvestitionen seitens der Länder und zu viele Krankbetten werden durch die duale Finanzierung begünstigt. Die zu große Anzahl kleiner Krankenhäuser dürfte ebenfalls mit der dualen Finanzierung zu tun haben.

49. Weil die Länder formal für die Investitionen der Krankenhäuser zuständig sind, entscheiden sie darüber, wo ein Krankenhaus errichtet, erweitert oder geschlossen wird. Standortentscheidungen für Krankenhäuser sind daher eng verknüpft mit landespolitischen Willensbildungsprozessen. Lokale und regionale politische Entscheidungsträger können auf die Landespolitik deutlich besser Einfluss nehmen als auf Entscheidungen, die auf landesübergreifender Ebene getroffen werden. Für lokale und regionale Entscheidungsträger dürfte es ein wichtiges Anliegen sein, dass ihr Ort oder ihre Region ein Krankenhaus bekommt oder von einer Krankenhausschließung verschont bleibt. Das gilt selbst dann, wenn sie der Überzeugung sind, dass es in der Summe zu viele Krankenhäuser gibt und deshalb einzelne Krankenhäuser geschlossen werden sollten. Für jeden einzelnen Ort oder jede einzelne Region ist es vorteilhafter, wenn nicht das dortige Krankenhaus, sondern ein Krankenhaus in einem Nachbarort oder in einer Nachbarregion von der Schließung betroffen ist.

4 Krankenhauswettbewerb

50. Der Krankensektor ist zwar durch strikte regulatorische Vorgaben geprägt, wie etwa die Festsetzung einheitlicher Entgelte auf Basis des im vorangegangenen Kapitel beschriebenen DRG-Systems oder die Notwendigkeit einer Zulassung zur Behandlung gesetzlich versicherter Patienten (die etwa 86 Prozent der Bevölkerung in Deutschland ausmachen).³³ Gleichwohl stehen Krankenhäuser im Wettbewerb um Patienten, zumindest um einen erheblichen Teil davon.

51. Im Wettbewerb stehen Krankenhäuser zum einen untereinander. Dieser Wettbewerb zwischen Krankenhäusern kann als intramodaler Wettbewerb bezeichnet werden. Zum anderen konkurrieren Krankenhäuser zumindest in Teilen mit niedergelassenen Ärzten um Behandlungen. Dieser intermodale Wettbewerb ist zwar weitaus weniger stark ausgeprägt als derjenige zwischen Krankenhäusern, da die medizinischen Leistungen von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern oftmals eher komplementären als substitutiven Charakter haben. In den vergangenen zwei Jahrzehnten hat sich dieser intermodale Wettbewerb jedoch deutlich intensiviert, da die ehemals strikte Grenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung immer weiter aufgeweicht wurde.³⁴

52. Der Wettbewerb zwischen Krankenhäusern vollzieht sich nicht als Preiswettbewerb. Zum einen sind für medizinische Krankenhausleistungen die Preise durch das System der Fallpauschalen weitgehend reguliert, zum anderen zahlen die Patienten nicht selbst für die Leistungen, sodass sie nicht auf Preisunterschiede reagieren würden. Wie das Bundeskartellamt im Abschlussbericht zur umfangreichen Sektorenuntersuchung zum Wettbewerb im deutschen Krankensektor berichtet³⁵, zählen 98 Prozent aller stationären Krankenhaufälle zur sogenannten Regelversorgung. Diese Leistungen

³³ Im Regelfall wird die Zulassung eines Krankenhauses durch seine Aufnahme in den Krankenhausplan des betreffenden Landes und einen entsprechenden Feststellungsbescheid der jeweiligen Krankenhausplanungsbehörde erteilt.

³⁴ Diese Entwicklung ist in Teilen durchaus sinnvoll, um Verbundvorteile realisieren zu können. In Teilen werden jedoch Wettbewerbsverzerrungen durch unterschiedliche Regularien und Vergütungssysteme für den ambulanten und den stationären Bereich ausgelöst. Vgl. dazu ausführlich Coenen und Haucap (2019).

³⁵ Vgl. Bundeskartellamt (2021, S. 3).

müssen den zugelassenen Krankenhäusern von allen Krankenkassen anhand der einheitlichen Fallpauschalen (gegebenenfalls mit Zusatzentgelten) vergütet werden. Die Entgelte werden nicht als Wettbewerbsparameter genutzt, zumal die Entgelthöhe die Auswahlentscheidung der Patienten ohnehin nicht beeinflusst.³⁶

53. Darüber hinaus ist prinzipiell zwischen aus Patientensicht planbaren und nichtplanbaren Eingriffen und Therapien zu unterscheiden. Bei planbaren Eingriffen, wie etwa Geburten, Hüftgelenkoperationen und einer Reihe von weiteren Therapien, können Patienten prinzipiell zwischen Krankenhäusern wählen. Bei nicht planbaren, d.h. in der Regel akuten Eingriffen und erst recht im Bereich der Notfallmedizin ist das faktisch jedoch ausgeschlossen, sodass hier Wettbewerb schwer vorstellbar ist.

54. Wie das Bundeskartellamt (2021, S. 4) ermittelt hat, entscheiden Krankenhäuser innerhalb des regulatorischen Rahmens trotz der Existenz von Krankenhausplänen „in erheblichem Umfang selbst, welches stationäre Leistungsspektrum sie tatsächlich anbieten und welche Schwerpunkte sie aufbauen, um ihr Behandlungsangebot nach eigenen wirtschaftlichen Erwägungen zu optimieren.“ Krankenhäusern werden trotz der Festlegung von Fachgebieten von den Krankenhausplanungsbehörden keine bestimmten Behandlungsleistungen zugewiesen. Daher haben Krankenhäuser im Rahmen der geltenden Regulierung laut Bundeskartellamt (2021, S. 4) „große Verhaltensspielräume zur Bestimmung ihres Leistungsangebots und der Qualität“. Somit können Krankenhäuser ihr Angebot so ausrichten, dass sie mit ihren Leistungen zumindest bei planbaren Eingriffen Patienten anziehen.

55. Für die Auswahlentscheidung der Patienten bei planbaren Eingriffen sind diverse Parameter relevant. Empirisch zeigt sich, dass der Krankenhausstandort für viele Patienten eine ganz erhebliche Rolle spielt und Patienten in der Regel wohnortnahe Krankenhäuser bevorzugen. Bei vielen Krankenhäusern kommt ein Großteil der Patienten aus dem unmittelbaren geographischen Umkreis. Krankenhausmärkte sind daher – mit Ausnahme der sogenannten Hochleistungsmedizin – regelmäßig lokal oder regional abzugrenzen.³⁷ Nach

³⁶ Besondere Versorgungsformen, in denen es Preiswettbewerb gibt, machen nach Bericht des Bundeskartellamtes (2021, S. 3) aktuell weniger als 1 Prozent des Gesamtumsatzes von Krankenhäusern aus.

³⁷ Der Wettbewerb zwischen Krankenhäusern unterscheidet sich hier merklich vom Wettbewerb zwischen Reha-Einrichtungen, bei denen der geographische Einzug deutlich weiter ist.

der Sektoruntersuchung des Bundeskartellamtes (2021, S. 6) sucht fast die Hälfte der Patienten in stationärer Behandlung das nächstgelegene Krankenhaus auf. Ein weiteres Drittel aller stationären Fälle wählt ein Krankenhaus innerhalb von 10 km vom nächstgelegenen Krankenhaus aus, und über 80 Prozent aller Patienten in stationärer Behandlung kommen aus einem Umkreis von bis zu 35 km vom Wohnort der Patienten.³⁸

56. Neben dem Standort spielt die erwartete Qualität der medizinischen Versorgung eine erhebliche Rolle bei der Patientenentscheidung für ein Krankenhaus. Typischerweise bestehen hier jedoch erhebliche Informationsasymmetrien, da die Qualität der medizinischen Versorgung für Patienten nur schwer zu beobachten und zu beurteilen ist. Selbst Indikatoren über die medizinische Versorgung sind oftmals nicht einfach zu interpretieren.³⁹ Aus diesem Grund spielen Empfehlungen der niedergelassenen Ärzte eine erhebliche Rolle bei der Wahl eines Krankenhauses. Die Ärzte fungieren in gewisser Weise als Informationsvermittler zwischen Krankenhäusern und Patienten. Wie das Bundeskartellamt (2021, S. 5) ermittelt hat, ist die Empfehlung des einweisenden Arztes für die Patienten von erheblicher Bedeutung bei der Wahl des Krankenhauses. Für die Empfehlung des einweisenden Arztes wiederum ist die medizinische Krankenhausqualität nach Auskunft von niedergelassenen Ärzten von entscheidender Bedeutung.

57. Der Qualitätswettbewerb wird im Übrigen zunehmend einer bundesrechtlichen Regulierung unterworfen. Der G-BA setzt gem. § 6 Abs. 1a KHG, § 136c Abs. 2 S. 1 SGB V Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung fest und übermittelt den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden und den Landesverbänden der Krankenkassen außerdem regelmäßig einrichtungsbezogene Auswertungsergebnisse zu diesen Indikatoren (§ 136c Abs. 2 SGB V). Eine den Qualitätsvorgaben nicht entsprechende Patientenversorgung löst als ungeeignete Versorgung keine Vergütungsansprüche aus. Krankenhäuser, welche diese Indikatoren nicht nur vorübergehend verfehlen, dürfen nicht in den Krankenhausplan aufgenommen werden.

³⁸ Selbst in ländlichen Kreisen suchen nach Bundeskartellamt (2021, S. 5) immer noch mehr als 40 Prozent der Patienten ein anderes als das nächstgelegene Krankenhaus auf.

³⁹ So haben Universitätskliniken etwa regelmäßig eine relativ hohe Anzahl an Komplikationen und Todesfällen, weil dort tendenziell die eher komplizierteren und schwerwiegenden Erkrankungen behandelt werden.

58. Ergänzt wird § 136c SGB V durch die Beschlüsse des G-BA zur Qualitätssicherung im Krankenhaus nach § 136b SGB V: Für die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser erlässt der G-BA unter anderem sogenannte Mindestmengen-Regelungen (§ 136b Abs. 1 Nr. 2 SGB V), legt also einen Katalog planbarer Leistungen fest, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen abhängt. Diese Beschlüsse sind für die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich. Wird die gebotene Mindestmenge von einem Krankenhaus voraussichtlich nicht erreicht, so sind dem Krankenhaus diese Leistungen untersagt, sodass im Fall der Erbringung kein Vergütungsanspruch entsteht (§ 136b Abs. 5 SGB V). Gefährdet ein solches Erbringungsverbot die flächendeckende Versorgung, so kann die zuständige Landesbehörde eine Ausnahme gewähren (§ 136b Abs. 5a SGB V).

59. Neben den „harten“ Qualitätskriterien spielen die sogenannten „Hotelqualitäten“ von Krankenhäusern, also etwa die Ausstattung der Krankenzimmer, die Qualität des Essens oder die Freundlichkeit des Personals, allerdings eine Rolle bei der Krankenhauswahl der Patienten. Diese Qualitäten können von Patienten zumindest ex post eigenständig beurteilt werden, zudem sind sie einfach kommunizierbar, etwa im Bekanntenkreis oder über Bewertungsportale. Im Bereich der Geburtshilfe beispielsweise veranstalten viele Krankenhäuser regelmäßig Besichtigungen mit interessierten Patientinnen. In der gesundheitsökonomischen Literatur wird befürchtet, dass Krankenhäuser systematisch zu viel in die Hotelqualitäten investieren und zu wenig in die Qualität der medizinischen Versorgung, weil die Hotelqualitäten für Patienten leicht zu beobachten sind, die medizinische Qualität hingegen selbst ex post – also nach erfolgter Behandlung – aufgrund des weiter oben beschriebenen Vertrauensgutaspekts von Krankenhausleistungen für Nicht-Experten kaum feststellbar ist. Je stärker jedoch unabhängige Experten – wie hier die einweisenden niedergelassenen Ärzte – die Patienten bei der Krankenhausauswahl beraten, desto geringer ist das Vertrauensgutproblem bei der Wahl des Krankenhauses. In der Tat zeigen empirische Analysen auch für Deutschland, wie etwa Herr (2009), dass Wettbewerb zwischen Krankenhäusern die Behandlungsqualität steigert.

60. Umso wichtiger ist der Schutz des existierenden Wettbewerbs im deutschen Krankenhausmarkt. Ein wichtiger Baustein ist in diesem Kontext die Fusionskontrolle. Im Wettbewerb müssen Krankenhäuser die Attraktivität ihres Leistungsangebots für die Patienten und die einweisenden Ärzte erhalten,

da bei Patientenabwanderungen die Gewinne zurückgehen dürften. Investitionen und Innovationen wären dann angesichts der unzureichenden Förderung durch die Länder noch schwerer zu finanzieren. Eine wirksame Fusionskontrolle erhält den Anreiz für Krankenhäuser zu Innovation, Investition und guter Behandlungsqualität, weil so für Patienten Möglichkeiten erhalten bleiben, auf andere Krankenhausträger auszuweichen.

61. Insofern ist es kritisch zu betrachten, dass im Zuge der 10. Novelle des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) in § 186 Abs. 9 GWB eine Ausnahme von der Fusionskontrolle für den Krankenhaussektor geschaffen worden ist. Dadurch werden standortübergreifende Konzentrationsvorhaben von der Fusionskontrolle ausgenommen, wenn sie aus Mitteln des Krankenhausstrukturfonds gefördert und bis Ende des Jahres 2027 vollzogen werden. Zwar ist die Ausnahmeregelung auf krankenhauserplanerisch als besonders wünschenswert eingestuft und für eine Förderung ausgewählte Fusionsvorhaben begrenzt. Inwieweit dadurch der Wettbewerb zum Nachteil der Patientenversorgung eingeschränkt wird, muss sich aber gleichwohl noch zeigen. Die Auswirkungen dieser Ausnahmeregelung auf den Wettbewerb zwischen Krankenhäusern soll eine vom Gesetzgeber vorgesehene Evaluierung durch das Bundeskartellamt untersuchen.

5 Reformoptionen

62. Die Diskussion in den vorangegangenen drei Kapiteln hat gezeigt, dass in der Krankenhausplanung, in der Krankenhausfinanzierung, im Wettbewerb zwischen Krankenhäusern und vor allem im Zusammenspiel zwischen Planung, Finanzierung und Wettbewerb Defizite herrschen, die jeweils zu den im ersten Kapitel diagnostizierten Fehlversorgungsmerkmalen beitragen und sich teilweise wechselseitig verstärken. In diesem Kapitel unternimmt der Kronberger Kreis den Versuch, Reformoptionen oder – im Gesundheitskontext – mögliche Therapien auszuloten, die diese Defizite beseitigen und zu einer besseren Krankenhausversorgung führen. Konkret geht es darum, wie der Mitteleinsatz verbessert und zugleich die Resilienz und Agilität des Systems – z.B. die Fähigkeit, auf unvorhergesehene Notlagen wie eine Pandemie zu reagieren – erhöht werden können.

63. Notwendige Bedingung jeder Krankenhausreform muss sein, dass eine qualitativ hochwertige Primärversorgung und Notfallversorgung gewährleistet bleiben, wobei gegebenenfalls eine Ausweitung Medizinischer Versorgungszentren und ambulanter Notfallversorgung einzubeziehen sind. Für die Festlegung der Eckpunkte einer flächendeckenden und hochwertigen Primär- und Notfallversorgung bedarf es auch in Zukunft einer leistungsfähigen Krankenhausplanung. Föderalismus ist in der Krankenhausversorgung gegenwärtig zwar verfassungsrechtlich verankert. Mit Blick auf die damit verfolgten Ziele, einschließlich des Ziels der Gewährleistung gleichwertiger Lebensverhältnisse, ist er hingegen kein Eigenwert: Die bestehenden Defizite geben vielmehr Anlass zum Nachdenken über eine Neuordnung der Kompetenzen. Freilich ist das Wissen der Länder über die Bevölkerungsstruktur und -verteilung auch in Zukunft in die Krankenhausplanung einzubeziehen. Das System der Krankenhausversorgung sollte flexibel genug sein, um regionalen Besonderheiten Rechnung zu tragen.

64. Hinsichtlich der Krankenhausplanung gibt es seit langem den Vorschlag, einer Verlagerung von der Landes- auf die Bundesebene und dafür eine nationale Regulierungsagentur zu errichten. Vorbilder für eine solche Gesundheits-Regulierungsbehörde finden sich in den Niederlanden und Dänemark. Eine Regulierungsbehörde wäre nicht in gleichem Maße dem politischen Druck zur Erhaltung einer ortsnahen – aber häufig ineffizienten und medizinisch

minderwertigen – Versorgung ausgesetzt. Sie wäre daher besser als die Länder in der Lage, evidenzbasierte Kriterien für die flächendeckende Versorgung zu definieren und in den Leistungsbereichen, in denen dies unter Qualitätsgesichtspunkten ratsam ist, die gebotene Zentralisierung der Versorgungsstruktur durchzusetzen.

65. Ähnlich wie bisher die Länder müsste eine Regulierungsbehörde zunächst die Ziele der Krankenhausversorgung festlegen und würde auf dieser Grundlage einen Krankenhausplan erstellen. Für die Leistungsbereiche, die einem Wettbewerb zugänglich sind – also vor allem bei elektiven Krankenhausleistungen – könnte sich dieser Plan aber auf eine klare Definition einer hochwertigen Mindestversorgung beschränken; die Monopolkommission hat von einer „Sicherstellungsgrenze“ gesprochen.⁴⁰ Unter Einbeziehung der Länder, aber ohne Vetorecht, wären Maximalentfernungen zu Krankenhäusern und – entsprechend dem Leistungsgruppenkonzept (s.o.) – anspruchsvolle Qualitätskriterien für einzelne Leistungsgruppen festzuschreiben. Wo Evidenz für deutliche Qualitätssteigerungen bei höheren Fallzahlen besteht, könnten hierfür auch Mindestfallzahlen festgelegt werden, die (gegebenenfalls deutlich) über die Mindestmengenregelungen des G-BA hinausgehen und daher eine stärkere Konzentration bewirken. Die Regulierungsbehörde könnte die Qualitätsvorgaben für einzelne Leistungsgruppen regional differenzieren. So wären etwa höhere Mindestfallzahlen in Ballungsgebieten und niedrigere Mindestfallzahlen in ländlichen Gebieten denkbar, wenn eine flächendeckende Versorgung dort andernfalls gefährdet wäre. In der Fusionskontrolle wäre dann allerdings eine weiterreichende „efficiency defense“ versperrt. Zu bedenken bleibt überdies, dass Qualitätswettbewerb, wo er wirkt, seinerseits zu Qualitätssteigerungen führen kann. Ein zentrales Element einer jeden Reform muss daher die Stärkung des Qualitätswettbewerbs sein. Die Möglichkeiten der Datenverarbeitung zur Verbesserung von aussagekräftigen Qualitätsvergleichen müssen in Zukunft ausgereizt und die Transparenz im Qualitätswettbewerb gestärkt werden.

40 Monopolkommission (2022, Rn. 401).

66. Solange die Sicherstellungsgrenze nicht unterschritten wird, wäre die Anpassung von Angebot und Nachfrage zunächst dem Wettbewerb zwischen all jenen Krankenhäusern zu überlassen, welche die anspruchsvollen Qualitätsziele erfüllen und auf dieser Grundlage zuzulassen wären. Dem Wettbewerb wäre umso mehr Spielraum zu belassen, je besser der Qualitätswettbewerb funktioniert. Rechnung zu tragen bliebe allerdings der Gefahr einer angebotsinduzierten Überversorgung: Wo Evidenz für einen medizinisch nicht erklärbaren Anstieg von Fallzahlen besteht, wäre die Regulierungsbehörde ermächtigt, einzugreifen und Fallzahlen zu deckeln.⁴¹

67. Eine zentrale Aufgabe der Regulierungsbehörde bestünde im Übrigen darin, die Gewährleistung der Mindestversorgung sicherzustellen. Bei Unterschreitung dieser Grenze ist ein staatliches Einschreiten geboten. Möglichkeiten zur Absicherung der Mindestversorgung könnten in einem solchen Fall zunächst in Zusammenarbeit mit den Krankenhausträgern eruiert werden.⁴² Ließen sich die Versorgungslücken auf diesem Wege nicht schließen, so wäre – wie schon von der Monopolkommission (dort allerdings in einem weiterhin föderalen Modell) vorgeschlagen – eine Ausschreibung geboten. Das System der pauschalen Betrauung kommunaler Krankenhäuser mit der Schließung etwaiger Versorgungslücken, verbunden mit einem allgemeinen Defizitausgleich, wäre hingegen zu beenden.

68. Angesichts der zunehmend verschwimmenden Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ist es denkbar, dass die Bedarfsermittlung sich an der Sektorengrenze verschiebt. Dies kann in beide Richtungen wirken: In Richtung einer Ausdehnung der Tätigkeit von Krankenhäusern in den vertragsärztlichen Sektor und umgekehrt. Die Regulierungsbehörde sollte ermächtigt werden, diese Verschiebungen an der Sektorengrenze zu berücksichtigen. Hierfür ist eine Abstimmung mit der vertragsärztlichen Bedarfsplanung erforderlich. Das GKV-VStG sieht bereits jetzt neue

41 Die Monopolkommission hat die Festlegung eines Maximalbedarfs empfohlen, der in Relation zur Sicherstellungsgrenze zu bestimmen wäre – siehe Monopolkommission (2022, Rn. 406).

42 Monopolkommission (2022, Rn. 402-403).

Abstimmungsmechanismen vor.⁴³

69. Die Digitalisierung liefert ein weiteres Argument für Verschiebungen zwischen den Sektoren, insbesondere für eine sektorenübergreifende Verlaufskontrolle und -betreuung von Patienten. Durch eine sektorenübergreifende Betreuung von Patienten würde die Möglichkeit eröffnet, nicht nur Input-Qualität, sondern auch Output-Qualität mit hohem Gewicht einzubeziehen. Eine qualitätssichernde Funktion kommt dabei vor allem datengestützten Auswertungen des Gesundheitszustandes von Patienten vor stationärer Aufnahme und der Entwicklung nach Entlassung aus der Klinik zu. Die hierfür erforderlichen Veränderungen im Datenschutz sind dringend anzugehen.

70. Teil einer bundesweiten Krankenhausplanung wäre die Feststellung derjenigen medizinischen Notfalllagen, die zwar nur mit geringer Wahrscheinlichkeit eintreten werden, z.B. Ebola-Infektionen, für die aber gleichwohl Kapazitäten vorgehalten werden sollten. Die Aufgabe, entsprechende Kapazitäten vorzuhalten, wäre gegebenenfalls auszuschreiben (näher: s.u.).

71. Verbunden mit der Verlagerung der Krankenhausplanung auf die Bundesebene stellt sich die Frage, wie die Finanzierung der Krankenhäuser künftig ausgestaltet werden sollte. Denkbar ist eine Beibehaltung des bisherigen

⁴³ Auszug aus dem Koalitionsvertrag (SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP, 2021, S. 84): „Die ambulante Bedarfs- und stationäre Krankenhausplanung entwickeln wir gemeinsam mit den Ländern zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung weiter. Um die Ambulantisierung bislang unnötig stationär erbrachter Leistungen zu fördern, setzen wir zügig für geeignete Leistungen eine sektorengleiche Vergütung durch sogenannte Hybrid-DRG um. Durch den Ausbau multiprofessioneller, integrierter Gesundheits- und Notfallzentren stellen wir eine wohnortnahe, bedarfsgerechte, ambulante und kurzstationäre Versorgung sicher und fördern diese durch spezifische Vergütungsstrukturen. Zudem erhöhen wir die Attraktivität von bevölkerungsbezogenen Versorgungsverträgen (Gesundheitsregionen) und weiten den gesetzlichen Spielraum für Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern aus, um innovative Versorgungsformen zu stärken. In besonders benachteiligten Kommunen und Stadtteilen (5 Prozent) errichten wir niedrigschwellige Beratungsangebote (z.B. Gesundheitskioske) für Behandlung und Prävention. Im ländlichen Raum bauen wir Angebote durch Gemeindefachkräften und Gesundheitslotsen aus. Die ambulante Bedarfs- und stationäre Krankenhausplanung entwickeln wir gemeinsam mit den Ländern zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung weiter. Die Notfallversorgung soll in integrierten Notfallzentren in enger Zusammenarbeit zwischen den kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und den Krankenhäusern (KH) erfolgen. Wir räumen den KV die Option ein, die ambulante Notfallversorgung dort selbst sicherzustellen oder diese Verantwortung in Absprache mit dem Land ganz oder teilweise auf die Betreiber zu übertragen. Durch eine Verschränkung der Rettungsleitstellen mit den KV-Leitstellen und standardisierten Einschätzungssystemen (telefonisch, telemedizinisch oder vor Ort) erreichen wir eine bedarfsgerechtere Steuerung. Wir nehmen das Rettungswesen als integrierten Leistungsbereich in das SGB V auf und regeln den Leistungsumfang der Bergrettung sowie die Verantwortung für Wasserrettung jenseits der Küstengewässer. Wir stellen gemeinsam mit den KV die Versorgung in unterversorgten Regionen sicher. Wir heben die Budgetierung der ärztlichen Honorare im hausärztlichen Bereich auf. Die Gründung von kommunal getragenen Medizinischen Versorgungszentren und deren Zweigpraxen erleichtern wir und bauen bürokratische Hürden ab. Entscheidungen des Zulassungsausschusses müssen künftig durch die zuständige Landesbehörde bestätigt werden.“

dualen Systems, in dem dann zwar die Investitionsförderung auf die Bundesebene verlagert wird, die Investitionsförderung aber weiterhin getrennt von der Vergütung der Behandlungskosten erfolgt. Alternativ könnte die Zentralisierung der Krankenhausplanung mit einem Übergang zu einem System der monistischen Finanzierung verbunden werden, in dem Behandlungs- und Investitionskosten aus einer Hand finanziert werden.

72. Eine Beibehaltung der dualen Finanzierung hätte den Nachteil, dass die Anreize zu einer Unterversorgung der Krankenhäuser mit Investitionsmitteln und dem daran gekoppelten Anreiz zur Ausweitung von Behandlungsfällen zwar auf Bundesebene verlagert, dort aber fortbestehen würden. In der wirtschaftswissenschaftlichen Literatur wurde deshalb gelegentlich gefordert, von der dualen zu einer monistischen Finanzierung der Krankenhäuser überzugehen.⁴⁴ Der Kronberger Kreis schließt sich dieser Forderung grundsätzlich an.

73. Bei einer monistischen Krankenhausfinanzierung übernehmen die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen nicht nur die Betriebskosten der Krankenhäuser, sondern finanzieren zusätzlich die Krankenhausinvestitionen. Eine marktnahe Umsetzung der monistischen Finanzierung besteht darin, in die Fallpauschalen eine Investitionskomponente aufzunehmen. Fallpauschalen übernehmen dann eine ähnliche Funktion wie Marktpreise, die erwerbswirtschaftlichen Unternehmen dazu dienen, Betriebs- und Investitionskosten zu finanzieren. Freilich sind bei der Tarifgestaltung nicht nur lineare Tarife denkbar, sondern auch gespaltene Tarife. In dem Fall zahlen die Krankenversicherer den Krankenhäusern zusätzlich zu den Behandlungskosten ein mengenunabhängiges Entgelt für die Deckung der fixen Kosten.

74. Indessen kann auch bei monistischer Finanzierung keine vollständige Analogie zwischen Marktpreisen und Fallpauschalen bestehen. Während sich idealtypische Preise in Wettbewerbsmärkten durch das Wechselspiel von Angebot und Nachfrage herausbilden, handelt es sich bei Fallpauschalen um administrierte Entgelte für Behandlungsfälle, deren Mengen ihrerseits spezifischen Regulierungen unterliegen. Ein auf Fallpauschalen basierendes System der monistischen Finanzierung müsste in deutlich stärkerem Umfang Qualitätsparameter berücksichtigen, wobei die neuen Möglichkeiten der

⁴⁴ So z.B. Albrecht et al. (2008), Monopolkommission (2008), Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen (2018).

Datenökonomie für die Messung von Behandlungsqualität genutzt werden könnten. Auf diese Weise könnten Fallpauschalen Anreize für ein effizientes Maß an Investitionen – etwa in Medizingeräte – schaffen und eine Feinsteuerung der Verteilung des Krankenhausangebots im Raum bewirken.

75. Selbst wenn Fallpauschalen nicht die Rolle von Marktpreisen übernehmen können, so lassen sich deren Höhen als ein marktähnliches Ergebnis darstellen, wenn sie als Verhandlungsergebnis zwischen Anbietern und Nachfragern von Krankenhausleistungen resultieren. Das wird erreicht, indem die Fallpauschalen regelmäßig zwischen den Spitzenverbänden der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen als Vertretern der Nachfrage und der Deutschen Krankenhausgesellschaft als Vertreterin des Angebots verhandelt werden.

76. Mit dem Übergang zur monistischen Finanzierung stellen sich freilich zwei weitere Probleme. Erstens ist zu fragen, ob die Länder weiterhin an der Finanzierung der Krankenhausversorgung beteiligt werden sollten und wie eine solche Beteiligung ausgestaltet werden kann. Zweitens wird die Frage aufgeworfen, wie in Zukunft Leistungen der Krankenhausversorgung finanziert werden sollten, die sich nicht ohne weiteres einzelnen Behandlungsfällen zurechnen lassen, weil sie eher den Charakter eines öffentlichen Gutes aufweisen. Dazu gehört beispielsweise das Vorhalten von Versorgungskapazitäten für Krankheitsfälle, die nur äußerst selten auftreten, dann aber hochspezialisierte Leistungen verlangen, die durch den Regelbetrieb der Krankenhäuser nicht abgedeckt werden, wie z.B. die bereits erwähnten Ebola-Erkrankungen.

77. Vollkommen ersatzlos werden sich die Länder bei einer monistischen Finanzierung schon deshalb nicht aus der Krankenhausfinanzierung zurückziehen können, weil ihnen weiterhin eine Zuständigkeit für die Universitätskliniken zufällt. Insoweit die Universitätskliniken Aufgaben in Forschung und Lehre übernehmen, sollten die Länder diese Aufgaben weiterhin finanzieren. Das ließe sich beispielsweise dadurch gewährleisten, dass die Länder an den Universitätskliniken jene Investitionen fördern, die für Forschung und Lehre notwendig sind und nicht durch die um eine Investitionskomponente erweiterten Fallpauschalen gedeckt werden.

78. Würden die Länder ansonsten aus der Krankenhausfinanzierung entlassen, würde ein Teil der bisherigen Finanzierungslast für Krankenhausinvestitionen von den Steuerzahlern der Länder auf die Beitragszahler der gesetzlichen

und privaten Krankenversicherungen übergehen. Deshalb wäre darüber nachzudenken, dass die bisherigen Investitionspauschalen der Länder (abzüglich der bereits genannten Ausgaben für Universitätskliniken) in Zukunft in einen Fonds eingezahlt werden, aus dem übergeordnete, nicht einzelnen Behandlungsfällen zuzurechnende Aufwendungen finanziert werden. Selbstredend dürfte dieser Fonds nicht Teil des Gesundheitsfonds der Gesetzlichen Krankenversicherung sein, denn sonst würden isoliert die Mitglieder der privaten Krankenkassen durch einen Übergang zur monistischen Finanzierung zusätzlich belastet. Ob dieser Fonds aus Zuweisungen aus den Länderhaushalten gespeist würde oder ob der Bund diese Zuweisung übernimmt und sein Anteil am bundesstaatlichen Finanzausgleich entsprechend angepasst würde, wäre im Detail zu klären.

79. Mit einem solchen Investitionsfonds ließe sich das zweite der oben genannten Probleme beim Übergang zur monistischen Finanzierung lösen. Das Vorhalten von Versorgungskapazitäten für äußerst selten auftretende Erkrankungen trägt Züge eines öffentlichen Gutes. Charakteristisches Merkmal öffentlicher Güter ist, dass sich ihre Nutzung nicht individuell zurechnen lässt und deshalb nur schwer in individuellen Entgelten abbildbar ist. So lassen sich die Aufwendungen für solche Versorgungskapazitäten nicht in den Fallpauschalen berücksichtigen, weil nicht jedes Krankenhaus solche Kapazitäten vorhalten wird.

80. Private Märkte lösen das Problem des Vorhaltens von Kapazitäten für die Bereitstellung von selten nachgefragten Leistungen durch sogenanntes Peak Load Pricing, d.h. sehr hohe Preise in den seltenen Momenten, in denen die Nachfrage sehr hoch ist („at its peak“). Die Aussicht auf sehr hohe Preise wiederum schafft Anreize, die entsprechenden Kapazitäten tatsächlich vorzuhalten. Auf die Krankenhausversorgung übertragen würde Peak Load Pricing bedeuten, dass für äußerst seltene Krankheiten, die spezialisierte Kapazitäten erfordern, sehr hohe Fallpauschalen gezahlt werden müssten.

81. Nun erzeugt Peak Load Pricing gelegentlichen Unmut, weil es als Ausnutzen einer Notsituation empfunden wird. Gerade bei Gesundheitsgütern dürfte sich ein solcher Unmut schnell artikulieren. Davon abgesehen bietet sich Peak Load Pricing im Gesundheitsbereich auch aus Anreizgründen nicht an. Aufgrund des weiter oben beschriebenen Problems der angebotsinduzierten Nachfrage nach Gesundheitsleistungen würden sehr hohe Fallpauschalen für selten auftretende Krankheiten möglicherweise dazu führen,

dass diese Krankheiten häufiger auftreten oder zumindest häufiger behandelt würden.

82. Besser wäre es, das Vorhalten solcher Kapazitäten unabhängig von den Fallpauschalen zu finanzieren und bei selten auftretenden Krankheiten mit den Fallpauschalen nur die sonst üblichen Behandlungskosten plus sonst üblicher Investitionskomponente zu entgelten. Mit dem oben angesprochenen Investitionsfonds ließe sich das Vorhalten solcher Kapazitäten finanzieren. Konkret könnten im Rahmen der Krankenhausplanung Versorgungskapazitäten für seltene Krankheiten, die eine spezialisierte Behandlung erfordern, ausgeschrieben werden. Die Krankenhäuser oder deren Träger würden in einen Bieterwettbewerb treten, wodurch sichergestellt werden könnte, dass diese Versorgungskapazitäten möglichst kostengünstig bereitgestellt werden.

83. Insgesamt dürfte ein Übergang zur monistischen Finanzierung einen Beitrag zu einer besseren Krankenhausversorgung leisten. Der Anreiz, mit Behandlungsfällen Deckungsbeiträge für ansonsten unterfinanzierte Krankenhausinvestitionen zu generieren, würde geschwächt. Das wiederum sollte den Anreiz begrenzen, möglichst viele Krankenhausbetten vorzuhalten. Mit dem Übergang zur monistischen Finanzierung würden die Länder ihre zentrale Rolle in der Krankenhausplanung verlieren. Entsprechend würden lokale Entscheidungsträger weniger Einfluss auf Krankenhausstandorte ausüben können. Das wiederum würde Spielräume eröffnen, Krankenhausbehandlungen stärker in größeren überregionalen Einrichtungen zu konzentrieren.

84. Die Krankenhausversorgung würde freilich nicht allein von einer zentralisierteren Planung und einem Übergang zur monistischen Finanzierung profitieren. Trotz der großen Unterschiede, die Gesundheitsdienstleistungen zu anderen Gütern aufweisen, kann die Krankenhausversorgung auch durch mehr Wettbewerb verbessert werden. Mehr Preis- und Qualitätswettbewerb ließe sich gewährleisten, wenn Krankenkassen mehr Möglichkeiten hätten, die Krankenhauswahl ihrer Versicherten zu beeinflussen. Dies ginge etwa durch Selektivverträge, bei denen Krankenversicherungen ihren Versicherten Vorgaben machen, welche Krankenhäuser sie in Anspruch nehmen können, und so Patientenströme lenken. Dabei muss die Krankenhauswahl der Patienten nicht völlig aufgehoben werden. Versicherungen könnten etwa ihren Versicherten eine Liste von möglichen Krankenhäusern zur Verfügung stellen. Die Krankenkassen verhandeln dann mit Krankenhäusern darüber, wer „ihre“ Versicherten behandeln darf, oder sie schreiben ihre Nachfrage aus.

85. Gleichwohl bestehen für Selektivverträge im Krankenhausbereich natürliche Grenzen. Zum einen können sich Selektivverträge nur auf planbare Eingriffe bzw. Therapien beziehen. Bei akuten Eingriffen und erst recht im Bereich der Notfallmedizin ist eine Wahl der Krankenhäuser kaum vorstellbar. Zum anderen sind Krankenhausmärkte lokal nicht selten durch eine hohe Angebotskonzentration gekennzeichnet, wie nicht zuletzt das Bundeskartellamt (2021, S. 5) betont. In diesen Bereichen dürfte der Wettbewerb unter den Krankenhäusern selbst in einem Selektivvertragssystem stark eingeschränkt sein.

86. In diesem Zusammenhang muss die partielle Ausschaltung der Fusionskontrolle im Krankenhaussektor kritisch betrachtet werden. Zwar erscheint eine Konsolidierung des Angebots an Krankenhausleistungen insgesamt vorteilhaft. Diese Konsolidierung sollte aber nicht zu einer marktbeherrschenden Position einzelner Anbieter führen. Deshalb ist es notwendig, dass eine Konsolidierung des Angebots krankenhauserplanerisch begleitet wird. Dabei gilt es, bei der Planung Präferenzen in der Bevölkerung für eine ortsnahe Versorgung einerseits und eine bessere Patientenversorgung in größeren Krankenhäusern mit höheren Fallzahlen andererseits auszubalancieren.

6 Krankenhausversorgung nach Corona

87. Vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie werden die beschriebenen Defizite, insbesondere die Überversorgung mit Krankenhausbetten inzwischen von verschiedenen Seiten deutlich günstiger bewertet. Wenn sich die Krankenhausversorgung in Deutschland in der Corona-Pandemie aus falschen Gründen zwar, aber im Ergebnis gar nicht so schlecht bewährt hat, so stellt sich in der Tat die Frage, inwieweit Reformen, die u.a. Überversorgungsmerkmale reduzieren sollen, noch zeitgemäß erscheinen. Vielleicht ist die Krankenhausversorgung ja gar nicht so reformbedürftig wie dargestellt. Hat womöglich sogar das, was hier und in anderen Studien als defizitär beschrieben wird, zur Krisenresilienz beigetragen?

88. Tatsächlich konnten in Deutschland während der Corona-Pandemie Überfüllungen von Krankenhäusern und Intensivstationen weitgehend vermieden werden. Die Vielzahl kleiner Häuser war dabei aber in der Corona-Pandemie kein zentraler Vorteil: Im Zweifel waren es die größeren Häuser, die in der Lage waren, die benötigten Intensivbetten bereitzustellen.⁴⁵ Als problematisch hat sich dagegen sehr bald eine deutliche Unterversorgung der Krankenhäuser mit Pflegepersonal gezeigt.⁴⁶ Diese Unterversorgung wiederum wird, wie weiter oben ausgeführt, durch die Notwendigkeit mitverursacht, mit Behandlungsfällen eigentlich nicht vorgesehene Deckungsbeiträge zu erwirtschaften.

89. Eine auffällige Krisenresilienz Deutschlands in der Corona-Pandemie lässt sich auch aus einem Vergleich mit anderen Ländern nicht ableiten. Hinsichtlich der Übersterblichkeit wies Deutschland zwischen Frühjahr 2020 und Frühjahr 2022 ähnliche Werte auf wie Frankreich, deutlich bessere Werte als beispielsweise die USA, Italien und Spanien, aber auch deutlich schlechtere Werte als die skandinavischen Länder, Japan und Südkorea.⁴⁷

90. Als eher schwerfällig und entscheidungsschwach hat sich in der Corona-Krise der deutsche Gesundheitsföderalismus erwiesen. Zwar haben sich hier die Defizite insbesondere in der Informationsvermittlung zwischen den

⁴⁵ Vgl. Benstetter (2022) sowie die dort zitierte Literatur.

⁴⁶ Vgl. Pimpertz (2022, S. 23-26).

⁴⁷ Vgl. Economist (2022).

Gesundheitsbehörden und in der Umsetzung von Maßnahmen zum Infektionsschutz gezeigt. Allerdings waren beispielsweise auch bei der Verlegung von Intensivpatienten über Ländergrenzen hinweg aufwändige Koordinationsprozesse zwischen den Ländern notwendig.

91. In der öffentlichen Diskussion wurden angesichts der während der Corona-Krise auftretenden Probleme insbesondere verbesserte Prozesse, beispielsweise durch mehr Digitalisierung, gefordert. Der Kronberger Kreis schließt sich dieser Forderung an. Er ist aber der Überzeugung, dass Fehlversorgungsmerkmale im deutschen Krankenhausesektor nicht allein durch verbesserte Prozesse zu reduzieren sind. Institutionelle Defizite in Planung, Finanzierung und im eingeschränkten Wettbewerb tragen erheblich zu einer mangelhaften Krankenhausversorgung bei. Diese Einschätzung gilt auch vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie. Diese hat gezeigt, dass ein resilientes Krankenhaussystem in einem gewissen Umfang redundante Strukturen benötigt. Der Umfang dieser Redundanzen sollte aber aus rationaler politischer Abwägung und Planung resultieren und nicht als kollaterales Ergebnis unzulänglicher Institutionen.

92. Das Vorhalten von Überkapazitäten, die in Normalsituationen nicht benötigt werden, aber in Ausnahmesituationen abgerufen werden können, stellt im Grunde eine Art der Selbstversicherung gegen selten auftretende, gesundheitliche Extremsituationen wie die gegenwärtige Corona-Pandemie dar. Bei der Planung solcher Überkapazitäten sollte berücksichtigt werden, in welchem Umfang ein nationales Gesundheitssystem allein auf Selbstversicherung setzt oder inwieweit Überkapazitäten zwischen den Gesundheitssystemen verschiedener Länder koordiniert werden können. An eine grenzüberschreitende Versicherungslösung ist insbesondere dann zu denken, wenn nicht alle Länder gleichzeitig von einer Notsituation betroffen sind. Von der Corona-Pandemie beispielsweise wurden zwar weltweit mehr oder weniger alle Länder erfasst, aber nicht alle zur gleichen Zeit und in der gleichen Intensität. Selbst die Corona-Pandemie war deshalb trotz ihrer weltweiten Dimension kein vollständig symmetrischer Schock, sondern glich eher einer Abfolge nationaler und regionaler Schocks.

93. Es stellt sich daher die Frage, inwieweit eine Versicherung gegen gesundheitliche Extremsituationen in Form des Vorhaltens von Überkapazitäten durch internationale Kooperationen kostengünstiger bereitgestellt werden kann. Wird die nationale Krankenhausversorgung beispielsweise durch eine

Pandemie herausgefordert und stehen zugleich in anderen Ländern Überkapazitäten zur Verfügung, die noch nicht oder schon nicht mehr in gleichem Umfang von der Pandemie betroffen sind, so sind insgesamt geringere Überkapazitäten nötig als in einem Modell der isolierten nationalen Selbstversicherung. Eine Nutzung von Überkapazitäten über nationale Grenzen hinweg erfordert freilich entsprechende internationale Kooperation. Dabei müssen unter anderem Anreizprobleme berücksichtigt werden. Supranational nutzbare Überkapazitäten erzeugen ein sogenanntes "Common-Pool-Problem", das darin besteht, dass die daran teilnehmenden Länder einen Anreiz haben, sich nicht ausreichend an der Finanzierung solcher Überkapazitäten zu beteiligen, sie aber gleichwohl im Krisenfall nutzen. Zudem wären gemeinsam verfügbare Überkapazitäten wohl nur zwischen Ländern denkbar, die vergleichbare Standards in der Krankenhausversorgung aufweisen.

94. Aus diesen Gründen erscheint eine weltweit koordinierte Planung von Überkapazitäten als Versicherung gegen gesundheitliche Extremsituationen wenig realistisch. Inwieweit dagegen auf europäischer Ebene, beispielsweise mit den Nachbarländern, eine solche koordinierte Planung möglich ist, wäre zu prüfen. Bereits in der Corona-Pandemie wurden Patienten in Europa über nationale Grenzen hinweg versorgt. Die dabei gemachten Erfahrungen könnten in eine koordinierte Krankenhausplanung eingebracht werden. Im Übrigen spricht auch die Überlegung gemeinsam nutzbarer Überkapazitäten dafür, die Krankenhausversorgung in Deutschland stärker zu zentralisieren. Einer nationalen Krankenhausplanung dürfte es besser gelingen, sich an grenzüberschreitenden Kooperationen in der Krankenhausversorgung zu beteiligen, als einer Vielzahl dezentraler Entscheidungseinheiten.

7 Fazit

95. Die vorliegende Studie hat drei Defizite identifiziert, an denen die Krankenhausversorgung in Deutschland leidet. Erstens werden zu viele Krankenhausbetten vorgehalten, zweitens gibt es viele zu kleine Krankenhäuser und drittens sind die Krankenhausinvestitionen zu gering. Neben Ursachen, die der Krankenhausversorgung immanent sind, beispielsweise Informationsasymmetrien zwischen Erbringern von Krankenhausleistungen und Patienten, hat die Studie regulatorische Unzulänglichkeiten in der Planung und Finanzierung von Krankenhäusern und im Wettbewerb zwischen Krankenhäusern als Ursachen für die genannten Defizite herausgearbeitet.

96. Gegenwärtig ist die Krankenhausplanung geprägt durch ein komplexes Geflecht aus verteilten Kompetenzen zwischen Bund und Ländern. Die damit verbundene hohe Steuerungsintensität führt zu einem starken Beharren auf dem Status quo. Das zeigt sich insbesondere in der mangelnden Anpassung an sich verändernde Versorgungsbedarfe. Der starke Einfluss regionaler Entscheidungsträger auf die Krankenhausplanung begünstigt eine zu große Anzahl kleiner Krankenhäuser in der Fläche, deren Behandlungsqualität aufgrund geringer Fallzahlen und unzureichender materieller Ausstattungen mit Großgeräten eingeschränkt ist.

97. Auch die gegenwärtige dezentrale und zugleich duale Finanzierung der Krankenhäuser trägt zur Fehlversorgung bei. Die Länder kommen ihrer Verantwortung für die Finanzierung der Krankenhausinvestitionen nur unzureichend nach. Die Krankenhäuser versuchen deshalb mit zusätzlichen Fallzahlen Deckungsbeiträge für die Finanzierung von Investitionen zu generieren. Das löst starke Anreize aus, viele Krankenhausbetten vorzuhalten und zugleich die Kosten der Pflege am Bett möglichst gering zu halten. Im Ergebnis werden nicht nur zu viele Betten vorgehalten, sondern auch belegt und in der Pflege tendenziell unterversorgt.

98. Trotz umfassender regulatorischer Vorgaben durch Krankenhauspläne verfügen Krankenhäuser in Deutschland über große Freiheitsgrade in der Festlegung ihres Leistungsspektrums. Umso wichtiger sind Anreize für die Krankenhäuser, Behandlungsqualität als zentrale Leistungsgröße im Blick zu behalten sowie ein System, das die vergleichende Messung von Behandlungsqualität

stärkt. Solange Patienten die Behandlungsqualität selbst nicht beurteilen können, geben sie Kriterien, die sie besser beobachten können, wie freundliches Personal, ansprechende Räume und sonstige Annehmlichkeiten, größeres Gewicht. Dieser Aspekt wird gelegentlich als ein Problem des Krankenhauswettbewerbs angesehen, weil es Krankenhäusern einen Anreiz gibt, solche sogenannten Hotelqualitäten als Wettbewerbsinstrument einzusetzen, statt um eine bessere Behandlungsqualität zu konkurrieren. Die empirische Literatur legt aber nahe, dass mehr Wettbewerb in der Krankenhausversorgung auch zu einer verbesserten Behandlungsqualität führt. In dem Maße, in dem eine systematische Datenerhebung und -verarbeitung zu Zwecken der vergleichenden Messung von Behandlungsqualität möglich würde, würde der Qualitätswettbewerb erheblich gestärkt. Die Fusionskontrolle im deutschen Krankenhausesektor hätte den solchermaßen gestärkten Qualitätswettbewerb effektiv vor Konzentrationstendenzen zu schützen, die über die regulatorischen Vorgaben hinausreichen.

99. Um die genannten Defizite in der Krankenhausversorgung in Deutschland zu beseitigen, schlägt der Kronberger Kreis zusammengefasst eine Reform vor, die sich aus drei Elementen zusammensetzt: Erstens sollte die Krankenhausplanung durch eine Verlagerung auf die Bundesebene stärker zentralisiert werden, zweitens sollte in der Krankenhausfinanzierung zur monistischen Finanzierung übergegangen werden und drittens sollte der Krankenhauswettbewerb durch erweiterte Möglichkeiten von Selektivverträgen und stärkerer Fusionskontrolle gefördert werden. Eine Verlagerung der Krankenhausplanung auf die Bundesebene hätte den Vorteil, dass die Planung sich stärker an den räumlichen Bedarfen und der Qualität von Krankenhausbehandlungen orientieren kann, weil lokale polit-ökonomische Erwägungen in der Krankenhausplanung, die zu vielen kleinen Krankenhäusern in der Fläche führen, an Bedeutung verlieren. Ein Übergang zur monistischen Finanzierung hätte den Vorteil, dass Anreize geschwächt würden, mit zusätzlichen Behandlungsfällen Deckungsbeiträge für ansonsten unterfinanzierte Krankenhausinvestitionen zu erzielen. Eine Stärkung des Krankenhauswettbewerbs schließlich trägt potenziell zu einer besseren Behandlungsqualität bei.

100. Auch vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit der Corona-Pandemie sollte insbesondere die auffällig hohe Bettenzahl im deutschen Krankenhausesektor als ein Missstand begriffen werden. Zwar tragen gewisse Überkapazitäten zu einer stärkeren Krisenresilienz bei. Überkapazitäten sollten aber Ergebnis einer rationalen Planung sein. Dabei sollte berücksichtigt werden,

dass gesundheitliche Krisen wie die Corona-Pandemie eine grenzüberschreitende Dimension haben. Die Planung von Überkapazitäten sollte daher im Rahmen grenzüberschreitender Vereinbarungen erfolgen.

Literaturverzeichnis

Albrecht, M., Häussler, B., Igel, C. und B. Rürup (2008), Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern, Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Berlin.

Bauer, J., Brüggmann, D., Groneberg, D.A., Klingelhöfer, D., Maier, W., Schwettmann, L. und D.J. Weiss (2020), Access to intensive care in 14 European countries: A spatial analysis of intensive care need and capacity in the light of COVID-19, *Intensive Care Medicine*, 46, 2026–2034.

Benstetter, F. (2022), Der Weg zur größeren Resilienz im deutschen Gesundheitssystem: Weiterentwicklung und Vernetzung der ambulanten und stationären Versorgung, *ifo Schnelldienst 3/2022*, S. 13–17.

Bertelsmann Stiftung (2019), Zukunftsfähige Krankenhausversorgung: Simulation und Analyse einer Neustrukturierung der Krankenhausversorgung am Beispiel einer Versorgungsregion in Nordrhein-Westfalen, Gütersloh.

Bruyneel, L., Busse, R., Rafferty, A. M., Sermeus, W. und B. Zander-Jentsch (2019), Strengthening health systems through nursing: Evidence from 14 European countries, *Health Policy Series 52*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen.

Bundeskartellamt (2021), Sektoruntersuchung Krankenhäuser: Wettbewerb im Krankenhaussektor in Deutschland und Schutz durch die Fusionskontrolle, Darstellung und Analyse der Strukturen auf den Märkten der Akutkrankenhäuser in Deutschland, Abschlussbericht gemäß § 32e GWB, September 2021, Bonn.

Bundesministerium für Gesundheit (2021), Krankenhausfinanzierung, www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhausfinanzierung.html, abgerufen am 25.11.2021.

Bundesverband Deutscher Privatkliniken (2021), www.bdpk.de, abgerufen am 23.11.2021.

BVerfG – Bundesverfassungsgericht (1990), Krankenhausplan, Beschluss vom 12. Juni 1990, 1 BvR 355/86, BVerfGE 82, 209, Rn. 82.

Coenen, M. und J. Haucap (Hrsg.) (2019), Wettbewerb in der ambulanten medizinischen Versorgung: Die Beispiele Onkologie, Neurologie und Psychiatrie, Nomos, Baden-Baden.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (2021), Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2020.

Dulleck, U. und R. Kerschbamer (2006), On doctors, mechanics, and computer specialists: The economics of credence goods, *Journal of Economic Literature* 44, S. 5–42.

Economist (2022), Tracking Covid-19 excess deaths across countries, www.economist.com/graphic-detail/coronavirus-excess-deaths-tracker, abgerufen am 16.05.2022.

GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft und Verband der Privaten Krankenversicherung (2019), Krankenhausentgeltkatalog 2020 steht fest, gemeinsame Pressemitteilung vom 22.10.2019, Berlin.

Herr, A. (2009), On hospital competition: quality, efficiency, and ownership, Dissertation, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg.

Leopoldina (2020), Coronavirus-Pandemie: Medizinische Versorgung und patientennahe Forschung in einem adaptiven Gesundheitssystem, 4. Ad-hoc-Stellungnahme, Halle (Saale).

Leopoldina (2016), Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem: 8 Thesen zur Weiterentwicklung zum Wohle der Patienten und der Gesellschaft, Diskussion Nr. 7, Halle (Saale).

Lüngen, M. (2017), Die optimale Klinikgröße, in: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich und J. Wasem (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2017*, Stuttgart.

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2013), Krankenhausplan NRW 2015, Düsseldorf.

Monopolkommission (2022), Krankenhausversorgung nach Corona: Wettbewerb, Planung und Finanzierung neu organisieren, Sondergutachten 83, Bonn.

Monopolkommission (2020), Wettbewerb 2020: XXIII. Hauptgutachten, Bonn.

Monopolkommission (2008), Weniger Staat, mehr Wettbewerb: Gesundheitsmärkte und staatliche Beihilfen in der Wettbewerbsordnung, XVII. Hauptgutachten, Bonn.

OECD (2021), Health at a glance: OECD indicators, health expenditure in relation to GDP and health expenditure by type of service, OECD Publishing, Paris.

OECD/European Union (2020), Health at a glance: Europe 2020: State of health in the EU cycle, OECD Publishing, Paris.

Pimpertz, J. (2022), Stationäre Infrastruktur: Resilienz zwischen Wunsch und Wirklichkeit, *ifo Schnelldienst 3/2022*, S. 23–26.

Roemer, M.I. (1961), Bed supply and hospital utilization: A natural experiment, *Hospitals* 35, S. 36–42.

RWI (2021), Krankenhaus Rating Report 2021: Wirtschaftliche Lage deutscher Krankenhäuser hat sich 2019 erneut verschlechtert, Pressemitteilung vom 16. Juni 2021, Essen/Berlin.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2018), Vor wichtigen wirtschaftspolitischen Weichenstellungen, Jahresgutachten 2018/19, Wiesbaden.

SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP (2021): Koalitionsvertrag 2021–2025: Mehr Fortschritt wagen, Berlin.

Statistisches Bundesamt (2021), Gesundheit: Grunddaten der Krankenhäuser 2019, Fachserie 12 Reihe 6.1.1.

Stollmann, F. (2020), Schnittstelle Krankenhausrecht: Vom Einfluss des SGB V auf die Krankenhausplanung, *NZS* 2020, 561, 563, Düsseldorf.

Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen (2018), Über- und Fehlversorgung in deutschen Krankenhäusern: Gründe und Reformoptionen, Berlin.

Veröffentlichungen des Kronberger Kreises in dieser Schriftenreihe

- 69 Green Deal auf Kosten des Wettbewerbs?
- 68 Die Herausforderungen jetzt annehmen! (2021)
- 67 Die geldpolitische Strategie der EZB: Was geändert werden sollte und was nicht (2021) *auch auf Englisch*
- 66 Kein Rückzug in die Festung Europa! (2020) *auch auf Englisch*
- 65 Unternehmensbesteuerung unter Wettbewerbsdruck (2018)
- 64 Weckruf für die deutsche Wirtschaftspolitik (2017)
- 63 Neue Diskriminierungsverbote für die digitale Welt? (2017)
- 62 Für eine echte Reform der Bund-Länder-Finanzbeziehungen (2016)
- 61 Das entgrenzte Mandat der EZB – Das OMT-Urteil des EuGH und seine Folgen (2016) *auch auf Englisch*
- 60 Erbschaftsteuer: Neu ordnen statt nachbessern (2015)
- 59 Europäische Bankenunion: Vom Prinzip Hoffnung zum Prinzip Haftung (2014)
- 58 Neustart in der Energiepolitik jetzt! (2014)
- 57 Renaissance der Angebotspolitik (2013)
- 56 Bildungsfinanzierung neu gestalten (2013)
- 55 Wie viel Koordinierung braucht Europa? (2012)
- 54 Reform der Geldbußen im Kartellrecht überfällig (2012) *auch auf Englisch*
- 53 Systemstabilität für die Finanzmärkte (2011)
- 52 Öffentliche Finanzen dauerhaft sanieren – in Deutschland und Europa (2010)
- 51 Mehr Mut zum Neuanfang (2010)
- 50 Beschäftigung gering qualifizierter Arbeitsloser (2009)
- 49 Für einen wirksamen Klimaschutz (2009)
- 48 Staatsfonds: Muss Deutschland sich schützen? (2008)
- 47 Unternehmensmitbestimmung ohne Zwang (2007)
- 46 Erbschaftsteuer: Behutsam anpassen (2007)
- 45 Dienstleistungsmärkte in Europa weiter öffnen (2007)
- 44 Den Subventionsabbau umfassend voranbringen (2006)
- 43 Den Stabilitäts- und Wachstumspakt härten (2005)
- 42 Tragfähige Pflegeversicherung (2005)
- 41 Flexibler Kündigungsschutz am Arbeitsmarkt (2004)
- 40 Gute Gemeindesteuern (2003)
- 39 Mehr Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen (2002)
- 38 Privatisierung von Landesbanken und Sparkassen (2001)
- 37 Abgeltungssteuer bei Kapitaleinkommen (2000)

- 36 Die föderative Ordnung in Not – Zur Reform des Finanzausgleichs (2000)
 35 Arbeitszeiten und soziale Sicherung flexibler gestalten (1999)
 34 Die Aufgaben – Wirtschaftspolitische Orientierung für die kommenden Jahre (1998)
 33 Osterweiterung der Europäischen Union (1998) *auch auf Englisch*
 32 Globalisierter Wettbewerb (1998)
 31 Sozialunion für Europa? (1996) *auch auf Englisch* (1997)
 30 Steuerreform für Arbeitsplätze und Umwelt (1996)
 29 Einwanderungspolitik – Möglichkeiten und Grenzen (1994)
 28 Mehr Langfristdenken in Gesellschaft und Politik (1994)
 27 Zur Reform der Hochschulen (1993)
 26 Privatisierung auch im Westen (1993)
 25 Einheit und Vielfalt in Europa – Für weniger Harmonisierung und Zentralisierung (1992) *auch auf Englisch und Französisch*
 24 Zur Wirtschaftsreform in Osteuropa (1992)
 23 Reform der öffentlichen Verwaltung (1991)
 22 Wirtschaftspolitik für das geeinte Deutschland (1990)
 21 Soziale Marktwirtschaft in der DDR – Reform der Wohnungswirtschaft (1990)
 20 Soziale Marktwirtschaft in der DDR
 – Währungsordnung und Investitionsbedingungen (1990)
 19 Mehr Markt in Hörfunk und Fernsehen (1989)
 18 Reform der Unternehmensbesteuerung (1989)
 17 Mehr Markt in der Energiewirtschaft (1988)
 16 Das soziale Netz reißt (1988)
 15 Mehr Markt in der Telekommunikation (1987)
 14 Reform der Alterssicherung (1987)
 13 Mehr Markt im Gesundheitswesen (1987)
 12 Mehr Mut zum Markt – Konkrete Problemlösungen (1986)
 11 Bürgersteuer – Entwurf einer Neuordnung von direkten Steuern und Sozialleistungen (1986)
 10 Mehr Markt im Arbeitsrecht (1986)
 9 Mehr Markt für den Mittelstand (1985)
 8 Für eine Neue Agrarordnung – Kurskorrektur für Europas Agrarpolitik (1984)
 7 Mehr Markt in der Wohnungswirtschaft (1984)
 6 Die Wende – Eine Bestandsaufnahme der deutschen Wirtschaftspolitik (1984)
 5 Arbeitslosigkeit – Woher sie kommt und wie man sie beheben kann (1984)
 4 Mehr Markt im Verkehr (1984)
 3 Mehr Beteiligungskapital (1983)
 2 Vorschläge zu einer „Kleinen Steuerreform“ (1983)
 1 Mehr Mut zum Markt (1983)

Veröffentlichungen des Kronberger Kreises in der Reihe „Argumente zu Marktwirtschaft und Politik“

- 153 30 Jahre Wiedervereinigung: Mehr Mut zur Vielfalt (2020)
 106 Lehren der Finanzmarktkrise (2009)
 104 Irrwege in der Sozialpolitik (2008)
 102 Gegen die Neubelebung der Entfernungspauschale (2008)
 96 Wider die Aushöhlung der Welthandelsordnung – Für mehr Regeldisziplin (2006)
 63 Ökologische Steuerreform: Zu viele Illusionen (1999)
 54 Gegen eine Mehrwertsteuererhöhung zur Senkung der Sozialabgaben (1997)
 52 Arbeitslosigkeit und Lohnpolitik – Die Tarifautonomie in der Bewährungsprobe (1995)
 43 Wirtschaftspolitik im geeinten Deutschland:
 Der Kronberger Kreis zu Kernfragen der Integration (1992)
 17 Die Reform des Gemeindesteuersystems (1988)
 3 §116 Arbeitsförderungsgesetz: Es geht um die Neutralität des Staates (1986)

Veröffentlichungen des Kronberger Kreises in der Reihe „Positionspapiere“

- 7 Für eine freie Preisbildung (2015)

Mehr Information zum Kronberger Kreis auf: www.kronberger-kreis.de

Der Kronberger Kreis stellt sich vor:



Prof. Dr. Dr. h.c. Lars P. Feld

Sprecher des Kronberger Kreises, Direktor des Walter Eucken Instituts, Professor für Wirtschaftspolitik, Universität Freiburg, Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen.



Prof. Dr. Dr. h.c. Clemens Fuest

Präsident des ifo Instituts, Direktor des Center for Economic Studies (CES), Geschäftsführer der CESifo GmbH München, Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen.



Prof. Dr. Justus Haucap

Direktor des Düsseldorfer Instituts für Wettbewerbsökonomie (DICE), Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Wettbewerb des Vereins für Socialpolitik, ehem. Vorsitzender der Monopolkommission.



Prof. Dr. Heike Schweitzer, LL.M. (Yale)

Professorin für Bürgerliches Recht, deutsches und europäisches Wirtschafts- und Wettbewerbsrecht und Ökonomik, Humboldt-Universität zu Berlin.



Prof. Volker Wieland Ph.D.

Geschäftsführender Direktor des Institute for Monetary and Financial Stability (IMFS), Frankfurt, ehem. Mitglied des Sachverständigenrats zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung.



Prof. Dr. Berthold U. Wigger

Professor für Finanzwissenschaft und Public Management am Karlsruher Institut für Technologie (KIT), Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen.