



# 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

## **Sektoruntersuchung Krankenhäuser**

Bericht gem. § 32e Abs. 3 GWB

Az. B 3-29/15

September 2021

(zit.: BKartA, B 3-29/15, SU KH, August 2021)

## **Kontakt**

Bundeskartellamt

3. Beschlussabteilung

Kaiser-Friedrich-Straße 16

53113 Bonn

poststelle@bundeskartellamt.bund.de

[www.bundeskartellamt.de](http://www.bundeskartellamt.de)

# Inhaltsverzeichnis

<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>1</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>11</b>
<b>A. Überblick</b> .....	<b>13</b>
<b>I. Grundlage und Zielsetzung</b> .....	<b>13</b>
<b>II. Gegenstand und Adressaten der Untersuchung</b> .....	<b>15</b>
1. Untersuchungsgegenstand .....	15
2. Adressatenauswahl .....	15
a) Befragung von Krankenhäusern .....	16
b) Befragung von niedergelassenen Vertragsärzten .....	19
<b>III. Wesentlicher Untersuchungsablauf</b> .....	<b>21</b>
<b>B. Der Begriff des Krankenhauses</b> .....	<b>28</b>
<b>C. Regulatorische Rahmenbedingungen</b> .....	<b>32</b>
<b>I. Krankenversicherung in Deutschland</b> .....	<b>32</b>
1. Bedeutung der unterschiedlichen Arten der Krankenversicherung .....	32
2. Zugang zu den Krankenhäusern .....	33
a) Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung .....	33
b) Versicherte der Privaten Krankenversicherung .....	35
<b>II. Zulassung von Krankenhäusern im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung</b> .....	<b>36</b>
1. Hochschulkliniken .....	36
2. Plankrankenhäuser .....	37
3. Vertragskrankenhäuser .....	43
<b>III. Entgeltregelungen für zugelassene Krankenhäuser</b> .....	<b>44</b>
1. Plankrankenhäuser .....	44
a) Leistungsbereiche und Krankenhausentgelte .....	44
aa) Entgelte für stationäre Behandlungen .....	44
(1) Vergütung mit Fallpauschalen (DRG) .....	45
(2) Zusatzentgelte und krankenhausesindividuelle Entgelte .....	50
(3) Das Krankenhausbudget .....	51
(4) Das krankenhausesindividuelle Pflegebudget .....	53
(5) Sicherstellungszuschläge .....	55
(6) Maßnahmen zur Abfederung wirtschaftlicher Folgen der Coronavirus SARS-COV-2-Pandemie .....	57
bb) Wahlleistungen .....	59
cc) Vor- und nachstationäre Behandlungen .....	61
dd) Entgelte für die ambulante Krankenhausbehandlung .....	62
(1) Ambulantes Operieren im Krankenhaus .....	63
(2) Ambulante Behandlung im Krankenhaus bei Unterversorgung .....	64
(3) Ambulante spezialfachärztliche Versorgung .....	64
(4) Geriatrische Institutsambulanzen .....	65

(5) Pädiatrische Spezialambulanzen .....	66
(6) Disease Management-Programme (§ 137f SGB V) .....	66
(7) Besondere Versorgung (§ 140a SGB V) .....	67
(8) Notfallambulanzen der Krankenhäuser .....	67
(9) Ambulante Versorgung über Terminservicestellen .....	68
(10) Sozialpädiatrische Zentren (§ 119 SGB V) .....	68
b) Landeszuschüsse für Plankrankenhäuser .....	69
2. Hochschulkliniken .....	69
3. Vertragskrankenhäuser .....	70
<b>IV. Qualität in der Krankenhausversorgung .....</b>	<b>71</b>
1. Gesetzliche Vorgaben zur Qualitätssicherung auf Bundesebene .....	72
a) Mindestqualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses .....	73
b) Qualitätsabhängige Vergütungszuschläge und -abschläge .....	75
c) Qualitätsverträge .....	77
d) Internes Qualitätsmanagement .....	78
e) Externe Qualitätssicherung .....	79
f) Sektorübergreifende Qualitätssicherung .....	80
g) Qualitätsberichte der Krankenhäuser .....	81
h) Anforderungen an die Behandlungsmenge .....	83
aa) Ärztliche Qualifikationsnachweise .....	83
bb) Mindestfallzahlen des Krankenhauses .....	84
2. Qualitätssicherung auf Ebene der Bundesländer .....	90
3. Freiwillige Maßnahmen zur Qualitätssicherung .....	98
<b>V. Ambulante ärztliche Behandlungen in medizinischen Versorgungszentren .....</b>	<b>98</b>
<b>VI. Nicht zugelassene Privat-Krankenhäuser .....</b>	<b>99</b>
<b>D. Wettbewerb im Krankensektor .....</b>	<b>99</b>
<b>I. Handlungsspielräume der Krankenhäuser .....</b>	<b>101</b>
1. Preissetzungsspielräume .....	101
a) Stationäre Krankenhausbehandlung .....	101
aa) Bundesweit einheitliche Entgelte und Zusatzentgelte .....	103
bb) Krankenhausindividuell vereinbarte Entgelte und Zusatzentgelte .....	104
(1) Entgelte nach § 6 Abs. 1, 2 und 2a KHEntgG .....	104
(2) Entgelte für Behandlungen im Rahmen von integrierten Versorgungs- und Selektivverträgen .....	107
cc) Ergebnis .....	109
b) Ambulante ärztliche Behandlungen im Krankenhaus .....	110
c) Ergebnis .....	112
2. Bestimmung des Leistungsumfangs .....	112
a) Versorgungsauftrag .....	113
aa) Bedeutung der Fachrichtungsplanung .....	115
(1) Grundlagen und Umfang der Fachrichtungsplanung .....	116
(2) Verhaltensspielräume im Rahmen der Fachrichtungsplanung .....	123
(3) Tatsächliche Nutzung der Verhaltensspielräume .....	134
(4) Ergebnis .....	140

bb)	Bedeutung der Zuweisung von Planbetten .....	140
(1)	Grundlagen und Umfang der Planbettenzuweisung .....	141
(2)	Verhaltensspielräume im Rahmen der Planbettenzuweisung .....	142
(3)	Tatsächliche Nutzung der Verhaltensspielräume .....	144
(4)	Ergebnis .....	146
cc)	Bedeutung der Versorgungsstufen .....	146
dd)	Bedeutung der Zuweisung von Zentren und Schwerpunkten.....	148
ee)	Gesamtbetrachtung.....	151
b)	Mindestmengenvorgaben des G-BA .....	161
aa)	Bedeutung der Mindestmengenvorgaben.....	161
bb)	Einfluss der Mindestmengenvorgaben auf den Verhaltensspielraum.....	164
cc)	Ergebnis.....	180
3.	Einflussnahme auf die Leistungsqualität .....	180
a)	Vorgaben zur Qualitätssicherung auf Bundesebene.....	180
b)	Vorgaben zur Qualitätssicherung auf Landesebene .....	183
c)	Freiwillige Qualitätssicherungsmaßnahmen .....	185
d)	Tatsächliche Bedeutung der Leistungsqualität als Wettbewerbsparameter .....	185
d)	Ergebnis.....	193
4.	Weitere Wettbewerbsparameter.....	193
a)	Vernetzung mit dem ambulanten Sektor .....	194
aa)	Bedeutung des ambulanten Behandlungssektors als Krankenhaus- Einweiser.....	194
bb)	Bedeutung der eigenen MVZ.....	196
cc)	Kooperation mit niedergelassenen Vertragsärzten .....	199
dd)	Bereitstellung von Praxisräumen auf dem Krankenhausgelände .....	203
ee)	Einweisermanagementkonzepte.....	203
b)	Kooperationsvereinbarungen mit anderen Einrichtungen .....	206
c)	Beschaffung von medizinischem Bedarf.....	207
d)	Ergebnis und Ausblick.....	212
<b>II.</b>	<b>Auswahlmöglichkeiten der Patienten.....</b>	<b>214</b>
1.	Relevante Auswahlkriterien für die Patienten .....	214
2.	Empfehlungen der niedergelassenen Ärzte.....	218
a)	Kriterien der Ärzte für eine Krankenhaus-Empfehlung und ihre Bedeutung .....	218
b)	Informationsumfang der Ärzte und seine Bedeutung für die Empfehlungen .....	222
c)	Einfluss von Veränderungen im Krankenhaus auf die Zahl der Arzt- Empfehlungen.....	225
d)	Ergebnis.....	227
3.	Nutzung der Wahlfreiheit durch die Patienten .....	228
a)	Von den Patienten tatsächlich zurückgelegte Entfernungen.....	229
b)	Zahl der Auswahlmöglichkeiten für die Patienten .....	231
c)	Tatsächliche Nutzung der Auswahlmöglichkeiten durch die Patienten .....	234
4.	Ergebnis.....	235
<b>III.</b>	<b>Anreize zu wettbewerblichem Verhalten .....</b>	<b>236</b>
1.	Geringere Umsatzerlöse bei Einschränkungen bei Leistung bzw. Qualität .....	236

a) Abwanderungen zu einem anderen Krankenhausstandort des gleichen Trägers .....	237
b) Abwanderungen zu einem konkurrierenden Träger .....	238
c) Ergebnis.....	239
2. Geringere Gewinne bei Patientenabwanderung zu Konkurrenten .....	239
3. Rückgang von Investitionen und Innovation .....	241
4. Wettbewerb sichert effiziente Leistungserbringung .....	247
5. Ergebnis.....	252
<b>E. Fusionskontrollrechtliche Aspekte .....</b>	<b>253</b>
<b>I. Verhältnis der Fusionskontrolle zur Krankenhausplanung .....</b>	<b>254</b>
1. Ziele der Landesplanung.....	255
2. Ziele der Fusionskontrolle .....	256
3. Grenzen der Fusionskontrolle .....	257
a) Trägerinterne Umstrukturierungen .....	257
b) Konsolidierung unterhalb der Umsatzschwellen .....	259
c) Berücksichtigung wirksamer Planungsentscheidungen .....	260
d) Ausnahmeregelung durch die 10. GWB-Novelle .....	261
4. Ergebnis.....	262
<b>II. Schlussfolgerungen für die wettbewerbliche Prüfung.....</b>	<b>263</b>
1. Sachliche Marktabgrenzung.....	263
a) Patienten als Nachfrager.....	265
b) Bedarf der Patienten und Angebot der Krankenhäuser .....	266
c) Relevantes Marktsortiment.....	270
aa) Bedeutung der Fachabteilungen.....	271
bb) Bedeutung von Elektiv- und Notfallpatienten .....	275
cc) Ergebnis.....	278
2. Räumliche Marktabgrenzung .....	278
a) Zutreffende Abbildung der räumlichen Wettbewerbskräfte .....	281
aa) Bundesweites Angebot trifft regionale Nachfrage .....	281
bb) Abgrenzungskriterien für den relevanten räumlichen Markt .....	282
b) Fahrzeit von 30 Minuten als Abgrenzungskriterium .....	285
c) Patientenbefragung.....	286
d) Ergebnis.....	289
3. Prüfung der wettbewerblichen Zusammenschlusswirkungen .....	290
a) Wettbewerbslage ohne den geplanten Zusammenschluss.....	291
aa) Marktanteile.....	292
bb) Wettbewerbliche Nähe .....	294
(1) Räumliche Nähe .....	295
(2) Fachliche Nähe.....	295
cc) Vertikale Verbindungen zum ambulanten Sektor .....	301
dd) Prognose der weiteren Entwicklungen.....	302
b) Wettbewerbslage mit dem Zusammenschluss .....	304
c) Ergebnis.....	305
4. Mit dem Zusammenschluss verbundene Vorteile .....	306

a) Sanierungsfusion .....	307
aa) Ausscheiden des Unternehmens aus dem Markt.....	308
bb) Keine weniger wettbewerblich schädliche Alternative .....	309
cc) Zufallen der Marktposition auch ohne den Zusammenschluss.....	309
b) Zusammenschlussbedingte Vorteile: Abwägungsklausel und Effizienzvorteile ..	309
aa) Verbesserte Qualität durch den Zusammenschluss aufgrund höherer Fallzahlen.....	311
(1) Zusammenhang zwischen Behandlungsmenge und Qualität.....	311
(2) Untersuchung der Qualitätsverbesserungen im konkreten Fall .....	314
(3) Unerlässlichkeit des Zusammenschlusses für die Vorteile .....	315
(4) Weitergabe der Vorteile an die Verbraucher .....	316
bb) Anwerbung von Personal .....	316
cc) Weitere mögliche Effizienzvorteile .....	317
c) Ergebnis.....	317
5. Ergebnis der Schlussfolgerungen für die wettbewerbliche Prüfung .....	318
<b>Anhang .....</b>	<b>321</b>
<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>322</b>
<b>Kartenverzeichnis.....</b>	<b>327</b>
<b>Tabellenverzeichnis.....</b>	<b>328</b>

## Zusammenfassung

Das Bundeskartellamt hat seit Mai 2016 eine Untersuchung des Wirtschaftsbereichs der Akutkrankenhäuser in Deutschland durchgeführt und das tatsächliche Wettbewerbsgeschehen sowie die Einschränkungen und Grenzen der wettbewerblichen Handlungsspielräume der Krankenhäuser insbes. durch staatliche Regulierungen untersucht. Ziel der Sektoruntersuchung war es, ein vertieftes Verständnis von der Funktionsweise der Krankenhausmärkte zu gewinnen. Auf diese Weise können die wirtschaftlichen Zusammenhänge nachvollzogen und die Wirkungen von Unternehmenszusammenschlüssen oder Kooperationen im Einzelfall aus wettbewerblicher Sicht noch fundierter beurteilt werden.

Das Bundeskartellamt hat hierzu umfangreiche Ermittlungen durchgeführt und eine Stichprobe von rund 22 Prozent aller Krankenhäuser in Deutschland zur Beantwortung eines ausführlichen Fragebogens mit insgesamt 12 Fragenkomplexen verpflichtet und von ihnen anonymisierte Daten zu ihren Behandlungsfällen nach § 21 KHEntgG angefordert. Die Stichprobe erfasst alle Krankenhäuser in einem Korridor quer durch Deutschland vom Saarland im Westen bis nach Sachsen im Osten und damit alle unterschiedlichen Trägergruppen, Versorgungsstufen und Raumordnungstypen. Außerdem wurden 636 niedergelassene Vertragsärzte in der Region Darmstadt als Krankenhaus-Einweiser befragt. Die befragten Ärzte decken die Fachgebiete ab, in denen die meisten niedergelassenen Ärzte tätig sind und in denen die meisten stationären Krankenhaufälle behandelt werden. Die Datenerhebung und die Auswertung gestalteten sich sowohl aufgrund des Umfangs der Daten als auch im Hinblick auf die Auswertungsziele sehr komplex.

Ausgangspunkt der Untersuchung ist eine Zusammenstellung der wesentlichen regulatorischen Rahmenbedingungen und Zusammenhänge der deutschen Krankenhauswirtschaft. Darauf aufbauend analysiert das Bundeskartellamt als ersten Schwerpunkt der Sektoruntersuchung die in diesem Rahmen bestehenden Handlungsspielräume der Krankenhäuser und die Auswahlmöglichkeiten der Patienten zwischen den Krankenhäusern. Ergänzt wird dies durch eine Untersuchung, welche Anreize sich für die Krankenhäuser zu wettbewerblichem Verhalten ergeben. Der zweite Schwerpunkt umfasst die zentrale Frage, welche Schlussfolgerungen für die Fusionskontrollprüfungen des Bundeskartellamts zu ziehen sind. Hier setzt sich die Untersuchung mit dem Verhältnis der Fusionskontrolle zur Landeskrankenhausplanung auseinander und analysiert, wie angesichts der besonderen Gegebenheiten des Krankenhausesektors die kartellrechtlich relevanten Märkte abgegrenzt werden können. Ein weiterer zentraler Punkt ist die Analyse, wie eine erhebliche Behinderung wirksamen Wettbewerbs als Untersaugungskriterium der Fusionskontrolle konzeptionell auf den Krankenhausmärkten untersucht



## Zusammenfassung

und festgestellt werden kann. Die dazu entwickelten Konzepte hat das Bundeskartellamt bereits im Laufe der Sektoruntersuchung in drei Hauptprüfverfahren<sup>1</sup> umgesetzt und anhand der dabei gewonnenen Erkenntnisse weiter verfeinert.

Die wichtigsten Ergebnisse der Untersuchung können wie folgt kurz zusammengefasst werden:

### I. Regulatorische Rahmenbedingungen des Krankenhausesektors

Der Bereich des Krankenhauswesens in Deutschland ist durch **regulatorische Besonderheiten** gekennzeichnet, die Auswirkungen auf die Markt- und Wettbewerbsprozesse haben. Die Krankenhäuser benötigen zur Behandlung gesetzlich versicherter Patienten, die rund 86 Prozent der Bevölkerung ausmachen, eine **Zulassung**. Diese Zulassung wird im Regelfall durch die Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan und einen entsprechenden Feststellungsbescheid der Krankenhausplanungsbehörde des jeweiligen Bundeslandes erteilt. Darin wird der **Versorgungsauftrag** für einen bestimmten Standort und bestimmte medizinische Fachgebiete (ggf. auch Subdisziplinen) und für eine bestimmte Planbettzahl erteilt. Nur in diesem Rahmen sind die Krankenhäuser zur stationären Patientenbehandlung berechtigt und verpflichtet. Im Rahmen ihrer Tätigkeiten müssen die Krankenhäuser unterschiedliche **regulatorische Mindestvorgaben** des Bundes und der Bundesländer zur Qualität, wie z.B. Mindestmengen, einhalten. Für die stationären Behandlungen in der Regelversorgung erhalten die Krankenhäuser auf der Grundlage des aG-DRG-Systems aufwandsbezogen **einheitliche Entgelte** basierend auf Fallpauschalen und Zusatzentgelten. Bei besonderen Versorgungsverträgen wird das Entgelt mit den Krankenkassen gesondert vereinbart.

### II. Wettbewerb der Krankenhäuser

Die ausführliche Untersuchung der Funktionsweise des deutschen Krankenhausesektors ergab, dass die Krankenhäuser auch im Rahmen der geltenden Regulierung über **große Verhaltensspielräume** zur Bestimmung ihres Leistungsangebots und der Qualität verfügen und sich zunehmend mit dem ambulanten Behandlungssektor vernetzen. Sie können mit einem guten Angebot **Patienten akquirieren**, denn die Patienten treffen nach den Erkenntnissen aus der Sektoruntersuchung eine **Auswahlentscheidung** zwischen unterschiedlichen Krankenhäusern. Dies gibt den Krankenhäusern zugleich den wirtschaftlichen **Anreiz zu Innovation und Investition** sowie zu einem **effizienten Einsatz der knappen Mittel** der solidarischen gesetzlichen Krankenversicherung. Zu den Ergebnissen im Einzelnen:

---

<sup>1</sup> Stiftung der Cellitinnen zur heiligen Maria/„Stiftung der Cellitinnen“ gemeinnützig eingetragener Verein, B 3-122/18, BKartA-Fallbericht vom 04.04.2019; AMEOS/Sana Kliniken Ostholstein, B 3-157/18, BKartA-Fallbericht vom 02.05.2019, BKartA, Beschl. v. 30.07.2020, B 3-33/20 – *Zentralklinikum Flensburg*.

- 1. Im Bereich der stationären Krankenhausbehandlungen stellt der Preis keinen wesentlichen Wettbewerbsparameter für die Krankenhäuser dar.** Rund 98 Prozent aller stationären Krankenhaufälle zählen zur sog. Regelversorgung, die von allen Krankenkassen durch alle zugelassenen Krankenhäuser erbracht werden muss. Diese Behandlungen werden anhand der einheitlichen DRG-Fallpauschalen und ggf. mit Zusatzentgelten vergütet. Diese Entgelte sind nicht als Wettbewerbsparameter gegenüber konkurrierenden Krankenhäusern einsetzbar, denn ihre Höhe beeinflusst weder die Auswahlentscheidung der Patienten noch löst sie Patientenzuwanderungen über Zuweisungen der Krankenkassen aus. Das gleiche gilt für die Entgelte der ambulanten Krankenhausbehandlungen. Nur in rund 1,4 Prozent aller stationären Krankenhaufälle verhandeln die Krankenhäuser im Rahmen von Selektiv- bzw. Integrierten Versorgungsverträgen individuelle Entgelte bzw. Zusatzentgelte mit den Krankenkassen und können über diese Verträge zusätzliche Patienten für sich gewinnen. Die besonderen Versorgungsformen, in denen Preiswettbewerb existiert, machen bislang weniger als 1 Prozent des Gesamtumsatzes der an der jeweiligen Vertragsart beteiligten Krankenhäuser aus.
- 2. Die Krankenhäuser entscheiden in erheblichem Umfang selbst, welches stationäre Leistungsspektrum sie tatsächlich anbieten und welche Schwerpunkte sie aufbauen, um ihr Behandlungsangebot nach eigenen wirtschaftlichen Erwägungen zu optimieren. Die Krankenhausplanungsbehörden weisen den Krankenhäusern mit der Festlegung von Fachgebieten bzw. von Subdisziplinen keine bestimmten Behandlungsleistungen zu.** Die einzelnen Fachgebiete und Subdisziplinen decken jeweils verschiedene Behandlungsbündel ab und sind nicht trennscharf voneinander abgrenzbar. Die empirische Untersuchung ergab, dass rund 85 Prozent der von den Krankenhäusern tatsächlich erbrachten stationären Behandlungsleistungen in unterschiedlichen Fachabteilungen erbracht werden und nicht eindeutig einer Fachrichtung zuzuordnen sind.
- 3. Die Festlegung von Planbettanzahlen durch die Krankenhausplanungsbehörden beschränkt die Krankenhäuser nicht in ihren Möglichkeiten, selbstständig Behandlungsschwerpunkte herauszubilden und dort Leistungen zu konzentrieren.** In acht Bundesländern können die Krankenhäuser eigenständig entscheiden, wie sie die Bettenzahl, d.h. die Behandlungskapazitäten über die ihnen zugewiesenen Fachrichtungen verteilen und wo sie Schwerpunkte ihres Behandlungsangebotes ausbilden. Im Übrigen steht es ihnen frei, den Spielraum zwischen der Normauslastung und der möglichen Vollausslastung für zusätzliche Behandlungen zu nutzen. Notfälle müssen unabhängig von den Planbettanzahlen behandelt werden. Zwischen 2012 und 2015 haben rund 35 Prozent der befragten Krankenhäuser ein neues Spezialisierungsangebot eingeführt und etwa 5 Prozent ein bereits eingeführtes Spezialisierungsangebot wieder beendet. Die Mehrheit der

## Zusammenfassung

befragten Krankenhäuser gab dementsprechend an, dass die Festlegung der Planbettenzahl im Feststellungsbescheid keine Auswirkung auf die Abrechnung der DRG-Leistungen mit den Krankenkassen hat.

4. **Auch soweit die Krankenhausplanung der Bundesländer den Standort und in unterschiedlicher Detaillierung die Fachgebiete bzw. die Versorgungsstufe der einzelnen Krankenhäuser festlegt, verfügen die Krankenhäuser im Rahmen ihres Versorgungsauftrags über einen hinreichend großen Spielraum, ihr Leistungsspektrum und ihre Schwerpunkte eigenständig zu bestimmen.** Die krankenhauserplanerische Feststellung einer Versorgungsstufe hat nur eine rein beschreibende aber keine zusätzlich begrenzende Wirkung.
5. **Die Regelungen über die Zuweisung von Zentren und Schwerpunkten schließen kein Krankenhaus ganz oder teilweise davon aus, bestimmte Behandlungsleistungen im Wettbewerb zu erbringen.** Die Zuweisung durch die Krankenhausplanungsbehörde stellt vielmehr allein die Grundlage dafür dar, dass die Krankenhäuser neben den Fallpauschalen Zentrumszuschläge für die über die Standardversorgung hinausgehenden Kosten erhalten, die nicht von den Fallpauschalen erfasst sind.
6. **Die Analyse aller krankenhauserplanerischen Festlegungen in der Gesamtschau zeigt für die Krankenhäuser genügend Spielräume, ihr Leistungsangebot eigenständig im Wettbewerb auszurichten und wirtschaftlich zu optimieren.** Die Krankenhäuser waren trotz der Regelungen der Krankenhausplanung nach dem Ergebnis der Krankenhauserbefragung in den Jahren 2003 bis 2015 in der Lage, verschiedene Maßnahmen im Wettbewerb zu ergreifen und hierdurch bei sich selbst und bei benachbarten Krankenhäusern Fallzahlveränderungen herbeizuführen. Auf die Maßnahmen der anderen Krankenhäuser reagierte die große Mehrheit der betroffenen Krankenhäuser, wobei die Gegenmaßnahmen nur von 12 Prozent nicht als erfolgreich eingeschätzt wurden.
7. **Die Mindestmengenvorgaben des Gemeinsamen Bundeausschusses begrenzen den Verhaltensspielraum der Krankenhäuser nicht in nachweisbarem Umfang.** Die Untersuchung ergab, dass sie mit weniger als 1,4 Prozent aller stationären Krankenhauserfälle nur einen sehr kleinen Teil der von den Krankenhäusern erbrachten stationären Krankenhauserbehandlungen abdecken. Die größte Bedeutung nach Fällen erreichen die Knie-Totalendoprothesen (Kniegelenkersatz) und die koronarchirurgischen Eingriffe. Auf sie entfällt zusammen ein Anteil von 1,2 Prozent aller stationären Krankenhauserfälle. Die übrigen Mindestmengenleistungen sind sehr seltene Behandlungen, die jeweils weniger als 0,1 Prozent aller stationären Krankenhauserfälle ausmachen. Die Vorgaben haben unterschiedlich große Bedeutung für die Krankenhäuser der einzelnen Versorgungsstufen (am

## Zusammenfassung

größten bei den Fachkliniken), eine deutlich begrenzende Wirkung der Vorgaben ist aber nicht erkennbar.

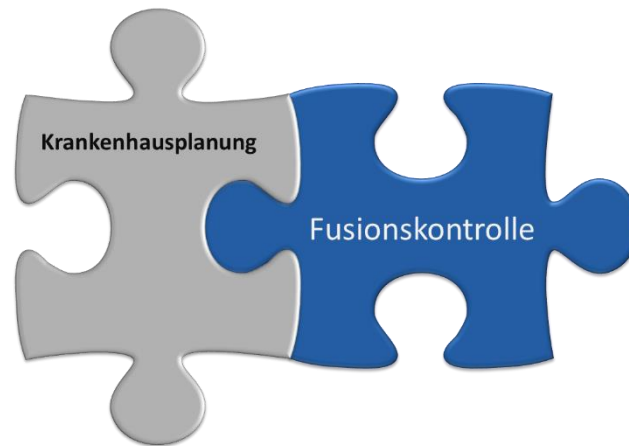
- 8. Die Regelungen zur Krankenhausqualität auf Bundes- und auf Landesebene schließen den Qualitätswettbewerb der Krankenhäuser nicht aus, sondern setzen Mindeststandards, die alle Krankenhäuser als Untergrenze einhalten müssen. Jeder Krankenhausträger kann darüber hinausgehende Qualitätsaspekte eigenständig bestimmen und umsetzen.** Die durch die Patienten wahrgenommene Qualität der Krankenhausleistungen ist aus Sicht der Krankenhäuser ein sehr bedeutender Wettbewerbsparameter. Unter den Auswahlkriterien der Patienten steht sie hinter der Empfehlung des einweisenden Arztes an zweiter Stelle, wie die Befragung der Krankenhäuser ergab. Patienten wurden vom Bundeskartellamt im Rahmen der Sektoruntersuchung wegen des damit verbundenen sehr großen Aufwands nicht befragt. Stattdessen befragte das Bundeskartellamt neben den Krankenhäusern niedergelassene Ärzte, die ihre Patienten im Falle einer notwendigen Krankenhausbehandlung beraten und ebenfalls Auskunft über die Auswahlentscheidungen der Patienten geben können. Wie die Befragung der niedergelassenen Ärzte ergab, ist für die Empfehlung des einweisenden Arztes wiederum auch die medizinische Krankenhausqualität von entscheidender Bedeutung. Der weit überwiegende Teil der Krankenhäuser führt fortlaufende Patientenbefragungen durch und erhält dadurch Informationen zum Verbesserungsbedarf aus Sicht der Patienten. Stellen sich Verbesserungen als tatsächlich notwendig heraus, ergreifen die Krankenhäuser entsprechende Maßnahmen.
- 9. Der ambulante Sektor hat für die Krankenhäuser die größte Bedeutung unter den Einweisern. Über die niedergelassenen Ärzte kommen im Vergleich aller Einweisergruppen rund 50 Prozent aller somatischen Krankenhausfälle. Von den Rettungsdiensten werden gut 20 Prozent der somatischen Krankenhauspatienten eingewiesen, gefolgt von den Patienten, die sich selbst eingewiesen haben oder durch nahe Angehörige eingewiesen worden sind (16,2 Prozent der somatischen Krankenhausfälle).** Die Krankenhausträger vernetzen sich zunehmend mit dem ambulanten Sektor und erwerben eigene Kassenarztsitze, schließen Kooperationsvereinbarungen mit niedergelassenen Ärzten und bieten auf dem eigenen Gelände Praxisräume an. Dagegen sind Einweisermanagement-Konzepte, die mit dem Ziel vermehrter Einweisungen einen systematischen und kontinuierlichen Kontakt zu den niedergelassenen Ärzten und eine strukturierte Zusammenarbeit gewährleisten, bislang nur wenig verbreitet.
- 10. Die Patienten nutzen ihre Auswahlmöglichkeiten und suchen für die benötigte stationäre Behandlung zu einem großen Teil andere als das nächstgelegene Kranken-**

**haus auf. Sie legen jedoch nur eine begrenzte Wegstrecke zum behandelnden Krankenhaus zurück.** Die Untersuchung ergab, dass fast die Hälfte der stationären Fälle das nächstgelegene Krankenhaus zur Behandlung aufsucht. Weitere 33 Prozent der Fälle wählen ein Krankenhaus innerhalb von 10 km vom nächstgelegenen Krankenhaus. Rund 81 Prozent aller Krankenhausesfälle kommt aus einer Entfernung von bis zu 35 km vom jeweiligen Wohnort. Die Auswahlmöglichkeiten der Patienten unterscheiden sich nach den Siedlungsstrukturtypen ihres Wohnortes. In städtischen Regionen ist die Anbieterdichte deutlich höher als in ländlichen Regionen. In ländlichen Kreisen suchen immer noch mehr als 40 Prozent der Patienten ein anderes als das nächstgelegene Krankenhaus auf. Die Auswertung zeigt, dass ein Zusammenschluss von bislang konkurrierenden Krankenhausträgern mit Krankenhäusern in ländlichen Kreisen in der Tendenz eher wettbewerblich problematisch sein wird, als ein Vorhaben in städtischen Gebieten.

- 11. Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern sichert die hohe Qualität und effiziente Nutzung knapper Ressourcen: Reduzieren Krankenhäuser ihre Leistungen bzw. ihre Qualität, müssen sie nur in einem wettbewerblichen Umfeld mit Patientenabwanderungen zu konkurrierenden Krankenhäusern sowie Umsatzverlusten und Gewinneinbußen rechnen. Wandern die Patienten hingegen überwiegend in eigene Krankenhäuser, bleiben dem Träger Umsatzerlöse und Gewinn weitgehend erhalten.** Es gibt dann einen geringeren ökonomischen Anreiz zu investieren, Innovationen in dem Haus anzustoßen und effizient zu wirtschaften. Krankenhäuser, die in hinreichendem Wettbewerb stehen, müssen hingegen die Attraktivität des Krankenhauses für die Patienten erhalten, weil im Falle von Patientenabwanderungen die Gewinne zurückgehen und Investitionen und Innovationen in Anbetracht der unzureichenden Landesförderung nicht mehr im gleichen Umfang finanziert werden könnten. Die Krankenhausträger wissen um dieses Risiko und haben damit einen Anreiz, ihr Haus für Patienten im Wettbewerb attraktiv zu halten und ein optimales Leistungs- und Qualitätsangebot zu bieten.

### **III. Verhältnis der Fusionskontrollprüfung zur Krankenhausplanung der Bundesländer**

Die Untersuchung des Verhältnisses der Krankenhausplanung zur Fusionskontrolle zeigt, dass sich **beide ergänzen** und nur gemeinsam eine qualitativ hochwertige Versorgung der Bevölkerung mit stationären Krankenhausbehandlungen sichern können.



Während die Krankenhausplanung die Standorte der Krankenhäuser und ihren **Versorgungsauftrag** bestimmt, sichert die Fusionskontrolle den Anreiz dieser Krankenhäuser zu Innovation, Investition und hoher Behandlungsqualität durch **Erhalt der Möglichkeit für die Patienten** in einer Region, **auf andere Träger auszuweichen** (Trägervielfalt). Die Fusionskontrolle verhindert nur solche regionale Machtkonzentrationen bei einem Träger, die keine nachhaltig effiziente Ressourcennutzung der Solidargemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung mehr erwarten lassen und damit auch angesichts der knappen Mittel gesundheitspolitisch nicht erwünscht sein dürften. Ein marktmächtiger Träger muss im Fall von Leistungs- bzw. Qualitätsabbau in einem eigenen Krankenhaus keine Abwanderungen mehr zu einem anderen Träger fürchten. Ein Eingreifen der Krankenhausplanungsbehörde wäre erst bei Unterschreiten der staatlichen Mindestvorgaben zulässig und bliebe letztlich ohne Konsequenz. Denn es würde an anderen Trägern fehlen, auf die im Falle unzureichender Qualität Kapazitäten umverteilt werden könnten. Die planungsrechtlichen Festlegungen des Versorgungsauftrags und zulässige Kooperationen werden als Wettbewerbsbedingungen im Rahmen der Fusionskontrolle berücksichtigt.

Im Zuge der im Januar 2021 in Kraft getretenen 10. GWB-Novelle ist eine Ausnahme von der Fusionskontrolle für den Krankenhaussektor geschaffen worden, die eng mit der Krankenhausplanung verknüpft ist: Mit der Ausnahmeregelung des § 186 Abs. 9 GWB werden solche standortübergreifenden Konzentrationsvorhaben von der Fusionskontrolle ausgenommen, die auf Antrag des jeweiligen Landes aus Mitteln des Krankenhausstrukturfonds gefördert und bis Ende 2027 vollzogen werden. Auch die Bundesregierung erkennt dabei ausweislich der Gesetzesbegründung die große Bedeutung von Trägervielfalt und Wettbewerb im Krankenhaussektor zum Schutz einer qualitativ hochwertigen Versorgung an. Daher ist die Ausnahmeregelung auf krankenhauplanerisch besonders wünschenswerte und für eine Förderung ausgewählte Vorhaben begrenzt. Hierdurch wird der Krankenhausplanung ermöglicht, für be-

## Zusammenfassung

grenzte Zeit gewünschte Strukturveränderungen unabhängig von wettbewerblichen Erwägungen voranzutreiben. Die Auswirkungen dieser Regelung auf die Wettbewerbsverhältnisse wird die vom Gesetzgeber vorgesehene Evaluierung durch das Bundeskartellamt zeigen.

### IV. Schlussfolgerungen für die wettbewerbliche Prüfung in der Fusionskontrolle

1. Die eingehende Analyse im Rahmen der Sektoruntersuchung ergab, dass in sachlicher Hinsicht bei Zusammenschlüssen zwischen Allgemeinkrankenhäusern an der höchststrichterlich bestätigten Abgrenzung eines **Sortimentsmarktes für akutstationäre Krankenhausdienstleistungen** generell festgehalten werden kann. Ausschlaggebend hierfür ist, dass Allgemeinkrankenhäuser ein Bündel unterschiedlicher Behandlungen anbieten, die weder nach Fachabteilungen noch nach Elektiv- und Notfallpatienten sachgerecht differenziert werden können. Zusammenschlüsse mit Fachkliniken können jedoch im Einzelfall die Abgrenzung sachlicher Teilmärkte erfordern.
2. Das **Konzept zur Abgrenzung der räumlich relevanten Märkte** anhand der Falldaten der Krankenhäuser hat sich aus Sicht des Bundeskartellamts für die Zwecke der Fusionskontrolle als sachgerecht erwiesen. In Hauptprüfverfahren wird es bei Bedarf durch die Befragung einweisender niedergelassener Ärzte ergänzt und damit weiter verfeinert. Das Bundeskartellamt stellt mit der räumlichen Marktabgrenzung fest, aus welchen Gebieten die von dem Zusammenschlussvorhaben betroffenen Patienten stammen, denn nur für sie ändert sich durch das Vorhaben das Krankenhaus-Angebot. Durch die Definition des Nachfragermarktgebietes wird hingegen der Kreis der auf der Gegenseite stehenden Anbieter nicht begrenzt, da die betroffenen Patienten grundsätzlich alle bundesweit zugelassenen Krankenhäuser aufsuchen können. Die Untersuchung, welche Ausweichoptionen den Patienten zur Verfügung stehen, erfolgt durch die detaillierte Analyse der räumlichen und fachlichen Wettbewerbsbeziehungen im Rahmen der wettbewerblichen Beurteilung der Zusammenschlusswirkungen. Hier werden alle Krankenhäuser mit ihrer Bedeutung für die Patienten im Nachfragermarktgebiet berücksichtigt. Dagegen ist eine mitunter vorgeschlagene pauschale 30-Minuten-Fahrzeit-Grenze nicht geeignet, die tatsächlichen Verhältnisse hinreichend abzubilden, die zudem in städtischen und ländlichen Regionen unterschiedlich sind.
3. Im Rahmen der Prognoseentscheidung zu **den wettbewerblichen Auswirkungen** eines Zusammenschlussprojekts ist das Bundeskartellamt dazu übergegangen neben dem fallbezogenen Marktanteil als erstem Indiz für die Marktstellung auch die unterschiedlichen Fahrstrecken der Patienten und das unterschiedliche Behandlungsspektrum der einzelnen Krankenhäuser zu berücksichtigen. Hierzu analysiert das Bundeskartellamt die wetteb-

## Zusammenfassung

werbliche Nähe der Zusammenschlussbeteiligten Krankenhäuser zueinander und zu konkurrierenden Krankenhäusern in räumlicher und fachlicher Hinsicht und stellt damit ihre Verhaltensspielräume fest.

Die Anreize der Zusammenschlussbeteiligten, ihr Leistungsangebot bzw. die Qualität nach dem Zusammenschluss zu verändern, können mit einer Auswertung von Umlenkungsquoten (diversion ratios) abgebildet werden. In Hauptprüfverfahren kann diese Frage künftig – wie es bereits in ersten Fällen erfolgt ist – sowohl auf der Grundlage der tatsächlichen Patientenstromdaten („synthetische Umlenkungsquoten“) als auch anhand einer Befragung der einweisenden niedergelassenen Ärzte näher untersucht werden. Die Einweisungsempfehlungen der niedergelassenen Ärzte für bestimmte Krankenhäuser und deren Umlenkung bei Nichtverfügbarkeit dieser Krankenhäuser geben wichtige Anhaltspunkte für die Anreize der Zusammenschlussbeteiligten.

4. Mit der Sektoruntersuchung hat das Bundeskartellamt auch geprüft, inwieweit von den Zusammenschlussbeteiligten vorgetragene Vorteile, die sie mit dem Zusammenschluss in Verbindung sehen, in der Fusionskontrollprüfung als Sanierungsfusion, im Rahmen der Abwägungsklausel oder als Effizienzvorteil berücksichtigt werden können.

Die Untersuchung ergab, dass im Krankenhausbereich grundsätzlich nur Krankenhäuser, die nicht für die Sicherstellung der Patientenversorgung benötigt werden, einen Fall der **Sanierungsfusion** darlegen können. Die Einordnung als Sanierungsfusion setzt zudem voraus, dass kein anderer wettbewerblich unbedenklicherer Erwerber vorhanden ist und die Patienten ansonsten in das Krankenhaus des Erwerbers gewandert wären. Dies kann das Bundeskartellamt künftig mit einer Analyse der synthetischen Umlenkungsquoten bzw. mit dem Ergebnis einer Ärztebefragung feststellen.

Mit der Abwägungsklausel des § 36 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 GWB und dem Konzept der Effizienzvorteile berücksichtigt das Bundeskartellamt bei seiner Prüfung alle nachgewiesenen Effizienzvorteile, die fusionsspezifisch sind, den Verbrauchern, d.h. den Patienten zugutekommen und die durch den geplanten Zusammenschluss zu erwartenden Wettbewerbsbehinderungen zumindest ausgleichen.

Der Vortrag **verbesserter Behandlungsqualität durch höhere Fallzahlen** kann dann Berücksichtigung finden, wenn die Zusammenschlussbeteiligten im Einzelfall die höhere Fallzahl und die Art der erwarteten Qualitätssteigerung nachprüfbar belegen. Hierfür sind entsprechende wissenschaftliche Studien hilfreich. Ferner setzt eine Berücksichtigung des Vorbringens den Nachweis voraus, dass die verbesserte Behandlungsqualität durch höhere Fallzahlen ursächlich durch den Zusammenschluss realisiert werden, d.h. es darf keine we-



## Zusammenfassung

niger wettbewerbsschädliche Alternative, wie z.B. einen Kooperationsvertrag, geben. Soweit der Zusammenschluss unerlässlich ist, um die Qualität zu verbessern, ist zugleich eine angemessene Weitergabe der Vorteile an die Nachfrager zu erwarten, weil der Vorteil unmittelbar durch die Fallzahlsteigerung eintritt.

Ein nicht weiter begründetes Vorbringen, der geplante Zusammenschluss führe zu verbesserten Möglichkeiten, angesichts des breiteren Fachrichtungsspektrums qualifizierteres Personal zu gewinnen, genügt für eine Effizienzprüfung nicht. Vielmehr ist von den Zusammenschlussbeteiligten nachzuweisen, inwieweit die Situation mit dem geplanten Zusammenschluss zu Vorteilen für die Patienten führen wird, denn ein größeres Krankenhaus hat nicht immer eine bessere Ausgangslage, Personal anzuwerben als ein kleineres. Außerdem muss die Unerlässlichkeit des Zusammenschlusses für eine verbesserte Personalsituation belegt werden.

5. Die Sektoruntersuchung hat gezeigt, dass die wettbewerbliche Beurteilung von Zusammenschlussvorhaben durch **verschiedene gesetzgeberische Maßnahmen** noch besser empirisch abgesichert werden kann:

Die Analyse des räumlichen Marktes ließe sich dadurch weiter optimieren und zugleich der Verwaltungsaufwand erheblich reduzieren, dass das InEK dem Bundeskartellamt künftig einmal jährlich die anonymisierten Daten nach § 21 Abs. 3 Satz 8 KHEntgG für alle Krankenhausstandorte bundesweit zur Verfügung stellte. Derzeit erhält das Bundeskartellamt vom InEK nur Daten für ausgewählte Krankenhäuser. Dies führt in jedem einzelnen Zusammenschlussfall zu einem aufwändigen zweistufigen Vorgehen, das im Regelfall mindestens zwei Wochen dauert.

Mögliche Qualitätsverbesserungen durch einen geplanten Zusammenschluss könnten vom Bundeskartellamt genauer untersucht werden, wenn das InEK im Rahmen der Datenübermittlung nach § 21 Abs. 3 Satz 8 KHEntgG für die Zwecke der Fusionskontrolle zusätzlich dem Bundeskartellamt je Fall auch die Angaben zu den Haupt- und Nebendiagnosen sowie zur Art der durchgeführten Operationen und Prozeduren nach § 21 Abs. 2 Nr. 2 lit. f) KHEntgG übermittelte.

Die Bedeutung der Einweisungen über die Rettungsdienste könnte vom Bundeskartellamt besser berücksichtigt werden, wenn in der Anlage zur Vereinbarung über die Übermittlung von DRG-Daten nach § 21 Abs. 4 und Abs. 5 KHEntgG die Codierung N auf medizinische Notfälle begrenzt würden, die über den Rettungsdienst in das Krankenhaus eingewiesen werden. Selbsteinweiser und Patienten ohne Einweisungsschein eines niedergelassenen Arztes sollten von dem Krankenhaus in einer separaten Kategorie S verschlüsselt werden.

## Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
aG-DRG	German Diagnosis Related Groups nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten
Art.	Artikel
ASV	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung
Aufl.	Auflage
Beschl.	Beschluss
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBl.	Bundesgesetzblatt
BGH	Bundesgerichtshof
BKartA	Bundeskartellamt
BSG	Bundessozialgericht
BT-Drs.	Bundestagsdrucksache
BVerwG	Bundesverwaltungsgericht
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRG	Diagnosis Related Groups
EBITDA	Earnings Before Interests, Taxes, Depreciation and Amortization
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
Fn.	Fußnote
FPV	Fallpauschalenvereinbarung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GVBl.	Gesetz und Verordnungsblatt
GWB	Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen
ICD	International Classification of Diseases
InEK	InEK GmbH - Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

## Abkürzungsverzeichnis

IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
Knie-TEP	Knie-Totalendoprothese (Kniegelenksersatz)
Landes-WBO	Weiterbildungsordnung der Ärztekammer des jeweiligen Bundeslandes
LSG	Landessozialgericht
MDC	Major Diagnostic Category (Hauptdiagnosegruppen)
MVZ	medizinisches Versorgungszentrum
mwN	mit weiteren Nachweisen
NRW	Nordrhein-Westfalen
NUB	neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
OLG	Oberlandesgericht
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PEPP	Pauschalierende Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik
PKV	Private Krankenversicherung
PLZ	Postleitzahl
PpSG	Pflegepersonalstärkungsgesetz
PpUGV	Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung
Rn.	Randnummer
S.	Seite
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
SIEC	Significant Impediment of Effective Competition (erhebliche Behinderung wirksamen Wettbewerbs)
WBO	Weiterbildungsordnung

## A. Überblick

### I. Grundlage und Zielsetzung

1. Im Mai 2016 leitete das Bundeskartellamt die Sektoruntersuchung Akutkrankenhäuser ein. Grundlage der Untersuchung ist § 32e des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB).<sup>2</sup> Nach § 32e Abs. 1 GWB kann das Bundeskartellamt die Untersuchung eines bestimmten Wirtschaftszweiges oder – Sektor übergreifend – einer bestimmten Art von Vereinbarungen durchführen und damit dem Verdacht nachgehen, dass der Wettbewerb in diesem Sektor in Deutschland möglicherweise eingeschränkt oder verfälscht ist. Die Untersuchung richtet sich nicht gegen einzelne Unternehmen, sondern zielt auf die wettbewerblichen Strukturen eines Wirtschaftssektors insgesamt. Die Untersuchung dient dabei der Anwendung des GWB und umfasst auch die Aufklärung von vermuteten Wettbewerbsbeeinträchtigungen, die insbes. für Verfahren der Zusammenschlusskontrolle relevant sein können.<sup>3</sup> Bei der Vermutung, dass der Wettbewerb möglicherweise eingeschränkt oder verfälscht ist, verfügen die Kartellbehörden über einen weiten Beurteilungsspielraum.<sup>4</sup>
2. Das Bundeskartellamt verfolgt mit der Sektoruntersuchung das Ziel, genauere Erkenntnisse zur Funktionsweise der Krankenhausmärkte zu gewinnen. Hiermit sollen künftig die Wirkungen von Unternehmenszusammenschlüssen oder Kooperationen im Einzelfall noch fundierter beurteilt werden können. Hierzu wurden das tatsächliche Wettbewerbsgeschehen sowie die Einschränkungen und Grenzen der wettbewerblichen Handlungsspielräume der Krankenhäuser insbes. durch staatliche Regulierungen untersucht.
3. Vor dem Hintergrund der staatlichen Regelungen, die den wettbewerblichen Handlungsspielraum im Krankenhausbereich betreffen, soll mit der Sektoruntersuchung genauer geprüft werden, welche Dimensionen der Krankenhauswettbewerb in Deutschland einnimmt, welche Parameter hierfür zentral sind und welche Spielräume den Krankenhäusern für wettbewerbliche Vorstöße zur Verfügung stehen und tatsächlich genutzt werden. Hierdurch soll das Bundeskartellamt in die Lage versetzt werden, sein Prüfungskonzept zu optimieren, um besser beurteilen zu können, welche Zusammenschlussprojekte eine unerwünschte Machtkonzentration erwarten lassen.

---

<sup>2</sup> Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen in der Fassung der Bekanntmachung vom 18.01.2021, BGBl. I Nr. 1 v. 18.01.2021, S. 2.

<sup>3</sup> OLG Düsseldorf, Beschl. v. 08.05.2007, VI-Kart 5/07 (V), juris-Rn. 22.

<sup>4</sup> OLG Düsseldorf, Beschl. v. 08.05.2007, VI-Kart 5/07 (V), juris-Rn. 17 mwN.

## A. Überblick

4. Nach Kenntnis des Bundeskartellamts existieren zudem in verschiedenen Regionen Kooperationsvereinbarungen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten<sup>5</sup>, z.T. unter Beteiligung von Krankenkassen. Mit der Sektoruntersuchung sollen auch ihre Bedeutung für die Krankenhäuser und die wettbewerblichen Auswirkungen derartiger Vereinbarungen untersucht werden.
5. Seit Ende der 1990er Jahre prüft das Bundeskartellamt Zusammenschlüsse zwischen Krankenhäusern und entwickelt seine Ermittlungsmethoden fortlaufend weiter. Im Zeitraum von 2003 bis Ende 2015 hat das Bundeskartellamt insgesamt 249 Zusammenschlussvorhaben im Krankenhausbereich geprüft. Davon wurde die große Mehrzahl von 218 Fällen (rund 88 Prozent) freigegeben. In 8 Verfahren gab es Nebenbestimmungen oder Modifikationen des jeweiligen Zusammenschlussvorhabens. Nur 7 Fälle wurden untersagt und 5 im Rahmen eines Entflechtungsverfahrens nach dem Vollzug aufgelöst. Die übrigen Verfahren waren noch nicht abgeschlossen oder nicht kontrollpflichtig oder sind aus anderen Gründen zurückgenommen worden. Bis Ende Mai 2021 stieg die Zahl der angemeldeten Krankenhauszusammenschlüsse auf 335 und die Zahl der Freigaben auf 284 an. Die Zahl der Untersagungen bzw. Entflechtungen blieb konstant bei 12. Der Anteil der aus wettbewerblichen Gründen verhinderten Krankenhausfusionen an der Zahl der angemeldeten Fälle lag damit zuletzt bei 3,6 Prozent.<sup>6</sup>
6. Mit der 8. GWB-Novelle wurde Ende Juni 2013 der sog. SIEC-Test eingeführt, wonach ein Zusammenschluss dann zu untersagen ist, wenn er den wirksamen Wettbewerb erheblich behindert. Das vorherige fusionskontrollrechtliche Prüfungskriterium der Entstehung bzw. Verstärkung einer marktbeherrschenden Stellung wurde zum Regelfall der Untersagungsnorm.<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> Hier und im Folgenden wird aus Gründen der Lesbarkeit jeweils die männliche Form gewählt. Die Angabe bezieht sich auf Angehörige jedweden Geschlechts.

<sup>6</sup> Ein Vergleich der Untersagungshäufigkeit zwischen verschiedenen Wirtschaftsbereichen ist wenig aussagekräftig, denn das Bundeskartellamt hat keinen Einfluss auf die Zahl der angemeldeten Vorhaben sowie die hiervon betroffenen Branchen und trifft stets Einzelfallentscheidungen.

<sup>7</sup> Entwurf eines Achten Gesetzes zur Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen, Begründung Teil B zu Nummer 20, BT-Drs. 17/9852, S. 28.

## II. Gegenstand und Adressaten der Untersuchung

### 1. Untersuchungsgegenstand

7. Die Krankenhäuser bieten den Patienten vollstationäre, teilstationäre, vor- und nachstationäre sowie ambulante Behandlungsleistungen an.<sup>8</sup> Die vorliegende Untersuchung konzentriert sich auf die von den Krankenhäusern in Deutschland angebotenen akutstationären Behandlungen somatischer<sup>9</sup> Erkrankungen. Der Begriff der stationären Behandlungen umfasst in diesem Bericht daher nicht die psychiatrischen bzw. psychologischen Behandlungen.
8. Der ambulante medizinische Bereich, zu dem insbes. niedergelassene Ärzte oder medizinische Versorgungszentren zählen, und der Bereich der Rehabilitationseinrichtungen, in denen keine Akutversorgung erfolgt, werden dementsprechend allein in Bezug auf ihre vor- und nachgelagerte Rolle zur akutstationären Krankenhausbehandlung betrachtet. Ebenso wird die Behandlung psychischer Erkrankungen mit ihren besonderen Versorgungsstrukturen und dem hierauf ausgerichteten PEPP-Vergütungssystem nicht gesondert betrachtet.

### 2. Adressatenauswahl

9. Um die wettbewerblichen Handlungsspielräume beim Angebot akutstationärer Krankenhausbehandlungen zu erfassen, wurden im Rahmen der Sektoruntersuchung insbes. Krankenhäuser und ambulant tätige Vertragsärzte befragt, die für ihre Patienten Krankenhausverordnungen ausstellen. Zudem wurden Gespräche mit Krankenhausträgern sowie Verbänden von Krankenkassen und dem Deutschen Krankenhausverband geführt. Gegen die Auskunftsbeschlüsse des Bundeskartellamts, mit denen die Fragebögen zugestellt wurden, gab es keine Beschwerden. Eine Patientenbefragung, wie sie von der Monopolkommission zur Validierung von räumlichen Märkten vorgeschlagen wurde<sup>10</sup>, hat das Bundeskartellamt im Rahmen der Sektoruntersuchung nicht durchgeführt. Die Sektoruntersuchung zielt auf eine Optimierung seiner Zusammenschlussprüfung im Krankenhausbereich. Die im Rahmen der Sektoruntersuchung entwickelte Methodik soll im Rahmen der engen Fristen der Fusionskontrolle im Einzelfall nutzbar sein. Eine Patientenbefragung wäre hingegen mit einem sehr hohen Aufwand sowie praktischen und datenschutzrechtlichen Schwierigkeiten verbunden.

---

<sup>8</sup> § 39 Abs. 1 SGB V.

<sup>9</sup> Von griech. *σωματικός*: körperlich.

<sup>10</sup> Monopolkommission, Hauptgutachten XXIII: Wettbewerb 2020, Kap. I, Rn. 157, unter Hinweis auf ihre Hauptgutachten XVI (2006), Rn. 483 und XVII (2008), Rn. 546.

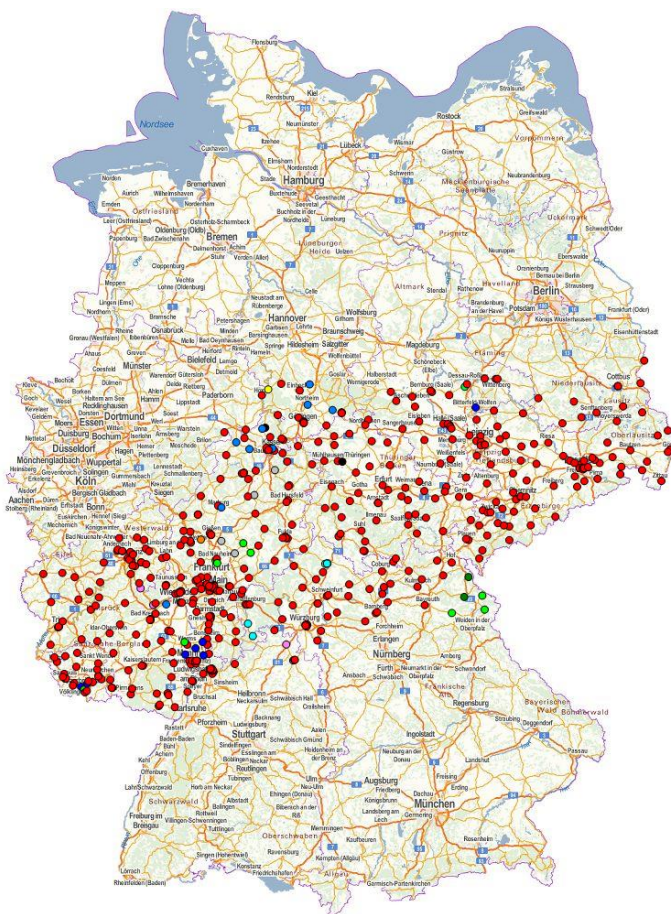
## A. Überblick

### a) Befragung von Krankenhäusern

10. Als Adressaten der Sektoruntersuchung wurden zunächst die unterschiedlichen Krankenhaussträger bestimmt, die mit ihren Krankenhäusern den Patienten akutstationäre Krankenhausbehandlungen anbieten. Da eine bundesweite Befragung aller Träger angesichts der großen Zahl nicht in Betracht kam, wurde eine möglichst repräsentative Auswahl der zu befragenden Krankenhäuser getroffen. Hierbei wurden die unterschiedlichen Trägergruppen (privat, öffentlich-rechtlich, freigemeinnützig), die Krankenhaus-Versorgungsstufen (Grundversorgung bis Maximalversorgung), regionale Besonderheiten (ländliche Gebiete bis zu Metropolregionen) und die unterschiedlichen Krankenhaus-Strukturen der westlichen und der östlichen Bundesländer berücksichtigt. Im Ergebnis hat das Bundeskartellamt einen Korridor quer durch Deutschland vom Saarland im Westen bis nach Sachsen im Osten ausgewählt. In die Befragung wurden alle Krankenhäuser im Saarland, in Rheinland-Pfalz, in Hessen, in Thüringen und in Sachsen einbezogen, außerdem Krankenhäuser in den angrenzenden Landkreisen der Bundesländer Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt, Brandenburg, Baden-Württemberg und Bayern. Die Lage der im Rahmen der vorliegenden Sektoruntersuchung einbezogenen Krankenhausstandorte ist auf der nachfolgenden Karte markiert.

## A. Überblick

Karte 1 Lage der im Rahmen der Sektoruntersuchung befragten Krankenhäuser



11. Die dort liegenden 432 Krankenhäuser mit insgesamt 525 Standorten wurden mit umfangreichen Fragebögen befragt. Dies sind rund 22 Prozent aller deutschen Krankenhäuser.<sup>11</sup>
12. Das Gebiet, in dem die befragten Krankenhäuser liegen, weist zudem alle Siedlungsstrukturtypen auf, die für die Raubeobachtung zu Grunde gelegt werden: Dies sind kreisfreie Großstädte mit mindestens 100.000 Einwohnern, städtische Kreise, ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen und dünn besiedelte ländliche Kreise. Die städtischen Kreise umfassen alle Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten von mindestens 50 Prozent und einer Einwohnerdichte von mindestens 150 Einwohnern je Quadratkilometer sowie Kreise mit einer Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte von mindestens 150 Einwohnern je Quadratkilometer. Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen sind alle Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mit-

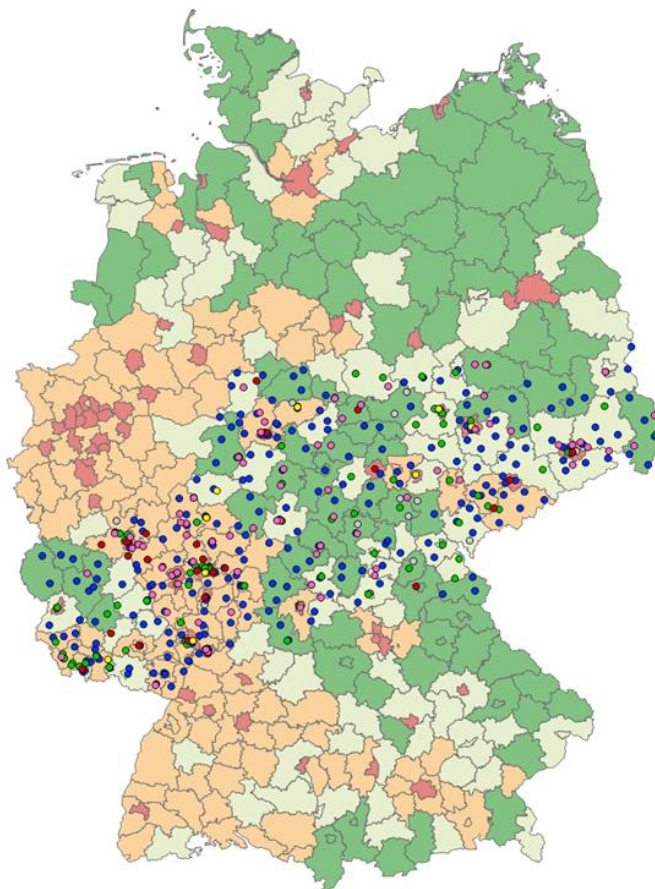
<sup>11</sup> 2015 existierten insgesamt 1.956 Krankenhäuser in Deutschland, Quelle: Statistisches Bundesamt, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tafeln/gd-krankenhaeuser-jahre.html>.



## A. Überblick

telstädten von mindestens 50 Prozent, aber einer Einwohnerdichte von unter 150 Einwohnern je Quadratkilometer, sowie Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten unter 50 Prozent mit einer Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte von 150 Einwohnern je Quadratkilometer. Zu den dünn besiedelten ländlichen Kreisen zählen alle Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten unter 50 Prozent und einer Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte von unter 100 Einwohnern je Quadratkilometer.<sup>12</sup> Die Lage der befragten Krankenhäuser in den entsprechenden Gebieten ist der nachfolgenden Karte zu entnehmen.<sup>13</sup>

*Karte 2 Lage der im Rahmen der Sektoruntersuchung befragten Krankenhäuser nach siedlungsstrukturellen Kreistypen 2015*



<sup>12</sup> Abgrenzungskriterien der siedlungsstrukturellen Kreistypen, Bundesinstitut für Bau-, Stadt-, und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBSR), Laufende Raumbearbeitung – Raumbearbeitung – Raumbearbeitung – Raumbearbeitung, <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumbearbeitung/Raumbearbeitung/deutschland/kreise/siedlungsstrukturelle-kreistypen/kreistypen.html?nn=2544954>.

<sup>13</sup> Datenbasis: Laufende Raumbearbeitung des BBSR; Geometrische Grundlage: Kreise (generalisiert)/Kreisregionen des BBSR, 31.12.2015, © GeoBasis-DE/BKG, Bearbeitung: P. Kuhlmann, © BBSR Bonn 2017.

## A. Überblick

	Kreisfreie Großstadt		Ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen
	Städtischer Kreis		Dünn besiedelter ländlicher Kreis

13. Inhaltlich hat das Bundeskartellamt insgesamt 12 Fragenkomplexe untersucht. Neben Basisdaten der Krankenhäuser wurden quantitative und qualitative Angaben zu Belegung und Betrieb, den Finanzen, zur Krankenhauswahl der Patienten, zu den Einweisungen, zu Mindestmengen sowie zu Führung und Qualitätsmanagement, zu Zusammenschlüssen, zum Wettbewerbsumfeld sowie zu Kooperationen, den erwarteten Auswirkungen des Krankenhausstrukturgesetzes und zur Beschaffung abgefragt und ausgewertet.
14. Außerdem wurde unmittelbar von den Krankenhäusern der Teil des Datensatzes nach § 21 Abs. 2 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) abgefragt und ausgewertet, den das Bundeskartellamt seit Inkrafttreten der Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes durch das Krankenhausstrukturgesetz zum 1. Januar 2016<sup>14</sup> zum Zwecke der Fusionskontrolle gemäß § 21 Abs. 3 Satz 8 KHEntgG vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) anfordert. Da der Gesetzeswortlaut eine Datenabfrage beim InEK im Rahmen einer Sektoruntersuchung nicht erfasst, konnten die für diese Sektoruntersuchung benötigten Daten nicht zentral vom InEK bezogen werden. Auf bereits vom InEK zur Verfügung gestellte Daten wurde aufgrund der Nutzungsbegrenzung nach § 21 Abs. 3 Satz 9 KHEntgG nicht zurückgegriffen.
15. Grundlage der Datenabfrage bei den Krankenhäusern war jeweils das Jahr 2015 als das letzte vor Beginn der Untersuchung vollständig abgeschlossene Kalenderjahr. Für einige Untersuchungen wurden auch die Vorjahre mit in die Abfrage einbezogen, um zeitliche Entwicklungen nachvollziehen zu können.

### **b) Befragung von niedergelassenen Vertragsärzten**

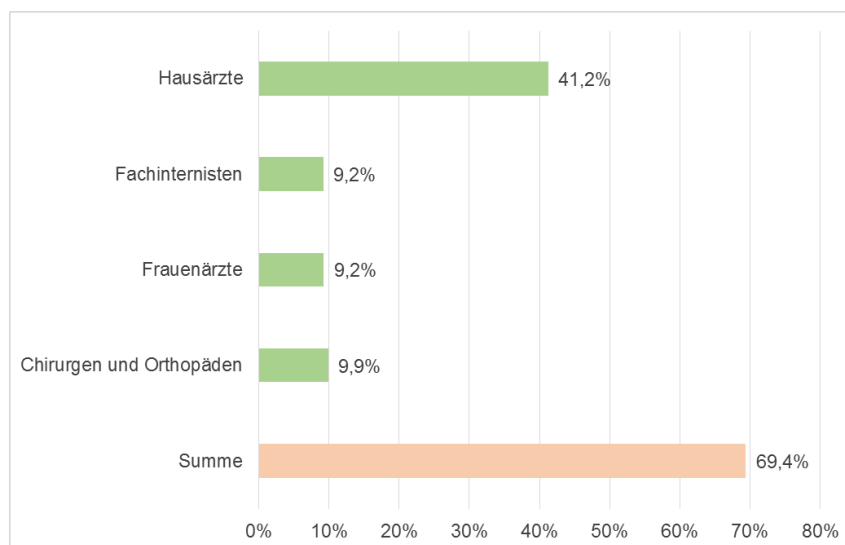
16. In einem weiteren Schritt wurden insgesamt 636 niedergelassene Vertragsärzte der Fachrichtungen für Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Orthopädie sowie für Chirurgie in der Region Darmstadt befragt. Die befragten Ärzte decken damit die somatischen Fachgebiete ab, in denen die meisten Ärzte in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung tätig sind.

---

<sup>14</sup> Art. 2 Ziff. 13 c) ff) des Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz - KHS) vom 10. Dezember 2015, BGBl. I S. 2229, 2240.

## A. Überblick

**Abbildung 1: Anteil der vier führenden Arztgruppen somatischer Fachgebiete an der Gesamtzahl aller Ärzte in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung 2015 (N=131)<sup>15</sup>**



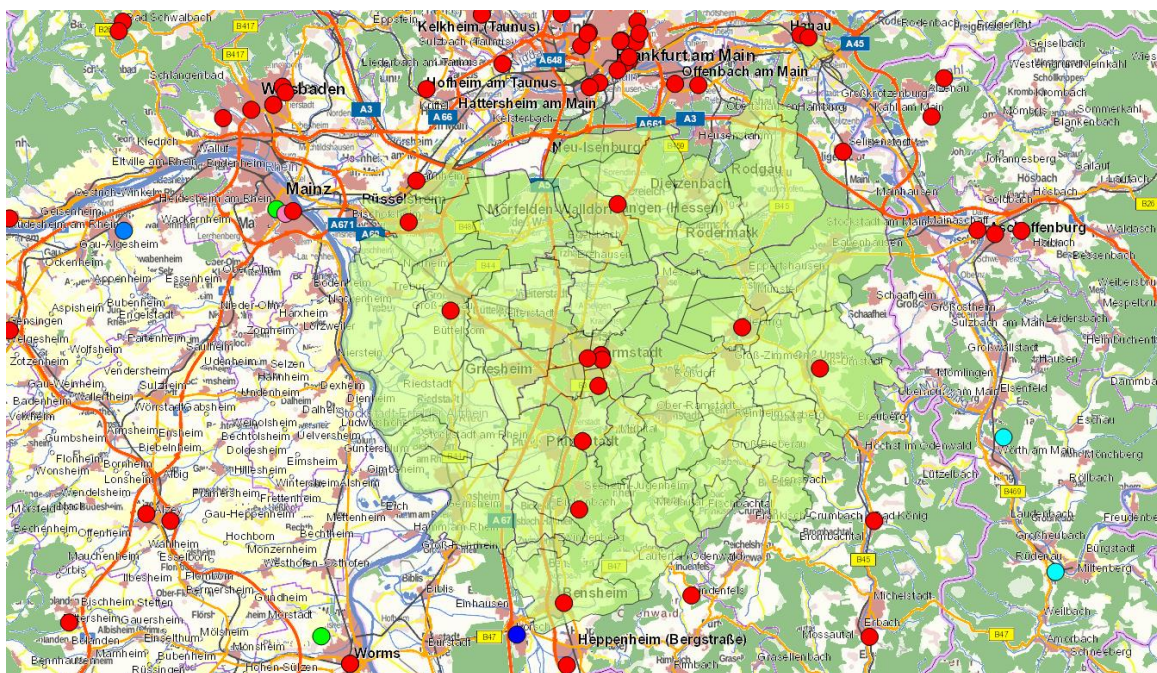
17. Ferner werden in diesen Fachgebieten die meisten stationären Krankenhausfälle behandelt.<sup>16</sup>
18. Das Gebiet, in dem die befragten Ärzte ihren Praxisstandort haben, ist auf der nachfolgenden Karte hellgrün markiert, die in der Region liegenden Krankenhäuser durch farbige Punkte.

<sup>15</sup> Grundlage der Berechnung: Gesundheitsdaten medizinische Versorgung der KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung für 2015, <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16393.php>.

<sup>16</sup> Siehe Abbildung 12, S. 110 unten.

## A. Überblick

Karte 3 Lage des Gebietes der befragten Ärzte



19. Niedergelassene Ärzte legen fest, ob eine stationäre Krankenhausbehandlung notwendig ist, stellen eine entsprechende Verordnung aus,<sup>17</sup> beraten die Patienten und empfehlen ihnen ggf. für die stationäre Behandlung geeignete Krankenhäuser. Grund für die Auswahl der Region Darmstadt für die Befragung waren die Antworten der in der Sektoruntersuchung befragten Krankenhäuser auf die Frage nach Krankenhauszusammenschlüssen. Daraus ergab sich, dass sich im Raum Darmstadt die Krankenhausstruktur insbes. durch Zusammenschlüsse verändert hatte.
20. Die an die Ärzte gerichteten Fragen betrafen die Bedeutung der ärztlichen Einweisungsempfehlungen für das Verhalten der Patienten bei der Auswahl eines Krankenhauses und die Auswirkungen von Veränderungen in den Krankenhäusern auf das Einweisungsverhalten. Ferner diente der Fragebogen der Aufklärung, welche Kriterien für die Ärzte bedeutsam sind, wenn sie die medizinische Qualität eines Krankenhauses einschätzen und Empfehlungen für ihre Patienten aussprechen.

### III. Wesentlicher Untersuchungsablauf

21. Zur Vorbereitung der Sektoruntersuchung hat die Beschlussabteilung 2015 mit Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft, des Verbands der Ersatzkassen (vdek) sowie verschiedener Krankenträger Gespräche geführt. Diese dienten dazu, sich über den regulatorischen Rahmen und wettbewerbliche Probleme zu informieren und

<sup>17</sup> § 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V.

## A. Überblick

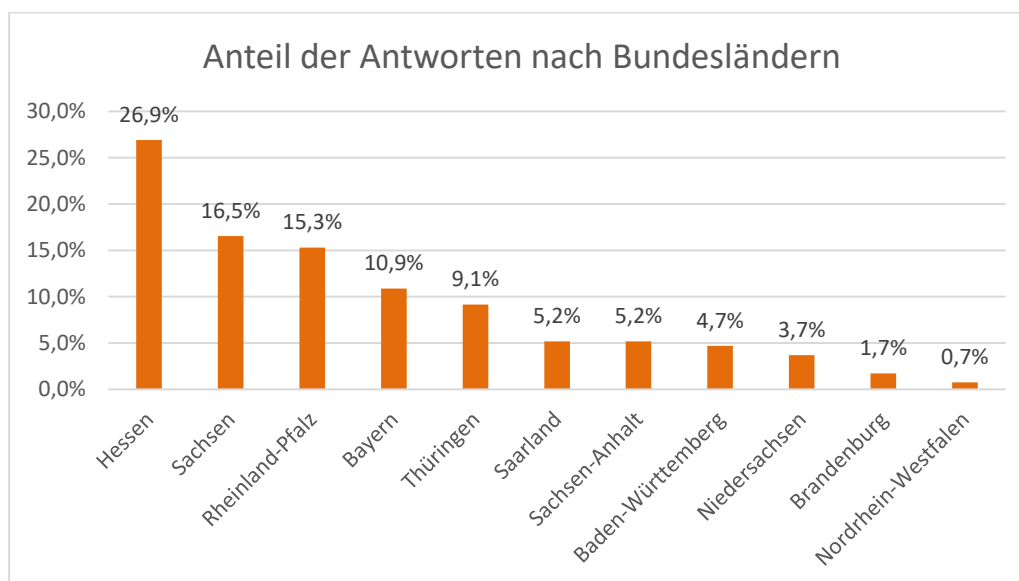
Anregungen für die Untersuchung aufzunehmen. Außerdem zielten die Gespräche darauf, herauszufinden, welche Daten in welcher Form zur Verfügung gestellt werden können. Im Vorfeld der Befragungen hat die Beschlussabteilung zudem mit dem InEK über das DRG-System und seine ökonomischen Wirkungen gesprochen.

22. Auf der Grundlage der Gespräche wurde ein Fragebogen entwickelt, der zunächst zum Test an verschiedene private, öffentlich-rechtliche und freigemeinnützige Krankenhausträger gesandt wurde. Die Hinweise und Anregungen wurden aufgenommen und der endgültige Fragebogen daran angepasst.
23. Mit Auskunftsbeschlüssen vom 25. Mai 2016 wurden zuerst alle saarländischen Krankenhäuser aufgefordert, Ansprechpartner für die Sektoruntersuchung zu benennen und den elektronisch zur Verfügung gestellten Fragebogen am Computer auszufüllen. Im Laufe der Beantwortung zeigte sich anhand von Rückfragen, dass die Aufteilung der Umsatzangaben in Fragekomplex III. noch weiter verfeinert werden sollte. Der Fragebogen wurde für die weiteren Befragungen entsprechend ergänzt.
24. Die übrigen für die Untersuchung ausgewählten Krankenhäuser wurden mit Auskunftsbeschlüssen vom 25. Juli 2016 zur Benennung von Ansprechpartnern und zur elektronischen Beantwortung des Fragebogens verpflichtet. Während der Beantwortungsphase zeigte sich anhand von Rückmeldungen verschiedener Krankenhäuser, dass die mit Frage II.4 angeforderten Informationen zur Abmeldung von der Rettungsleitstelle von vielen der außerhalb des Saarlands liegenden Krankenhäuser nicht zur Verfügung gestellt werden konnten. Ferner erhielt das Bundeskartellamt den Hinweis, dass die Frage III.2 zu den Budgetverhandlungen unklar gefasst war und Frage III.4 des Fragebogens einen Summenfehler enthielt. Dies wurde behoben und ein Update für die Fragenkomplexe III.1-8 – Finanzen des Fragebogens per E-Mail am 30. August 2016 an alle benannten Ansprechpartner versandt. Zugleich informierte die Beschlussabteilung alle befragten Krankenhäuser, dass Frage II.4 zur Abmeldung von der Rettungsleitstelle nicht beantwortet zu werden braucht.
25. Die befragten Krankenhäuser reagierten durchweg kooperativ auf die Ermittlungen des Bundeskartellamts. Es gab dementsprechend keine Beschwerden gegen die Auskunftsbeschlüsse, mit denen die Krankenhäuser zur Teilnahme an der Befragung verpflichtet worden waren.

## A. Überblick

26. Für 15 Krankenhäuser mit ebenso vielen Standorten hat das Bundeskartellamt nachträglich die Auskunftspflicht aufgehoben. Aus verschiedenen Gründen<sup>18</sup> war zu erwarten, dass für diese Standorte die mit Auskunftsbeschluss vom 25. Juli 2016 abgefragten Angaben für das Jahr 2015 nicht im geforderten Umfang geliefert werden können und der Erkenntnisgewinn durch ihre Antworten gering sein wird. Ferner wurden von den befragten Krankenhäusern insgesamt 12 psychiatrische Einrichtungen und Tageskliniken aus der weiteren Betrachtung ausgeklammert.
27. Die eingegangenen Daten wurden zunächst auf Vollständigkeit geprüft und fehlende Angaben nachgefordert. Anschließend wurden sie auf ihre Plausibilität auch im Quervergleich zu den Angaben anderer Krankenhäuser untersucht und entsprechende Rückfragen an Krankenhäuser gestellt. Diese Phase dauerte bis zum Sommer 2017 an.
28. Im Ergebnis liegen dem Bundeskartellamt die Antworten von insgesamt 405 Krankenhäusern mit zusammen 503 Standorten aus 11 Bundesländern vor. Die Antwortquote der Krankenhäuser beträgt damit rund 96 Prozent. Die Verteilung der Antworten über die Bundesländer ist dem nachfolgenden Diagramm zu entnehmen.

**Abbildung 2: Verteilung der Antworten nach Bundesländern (N=405)**



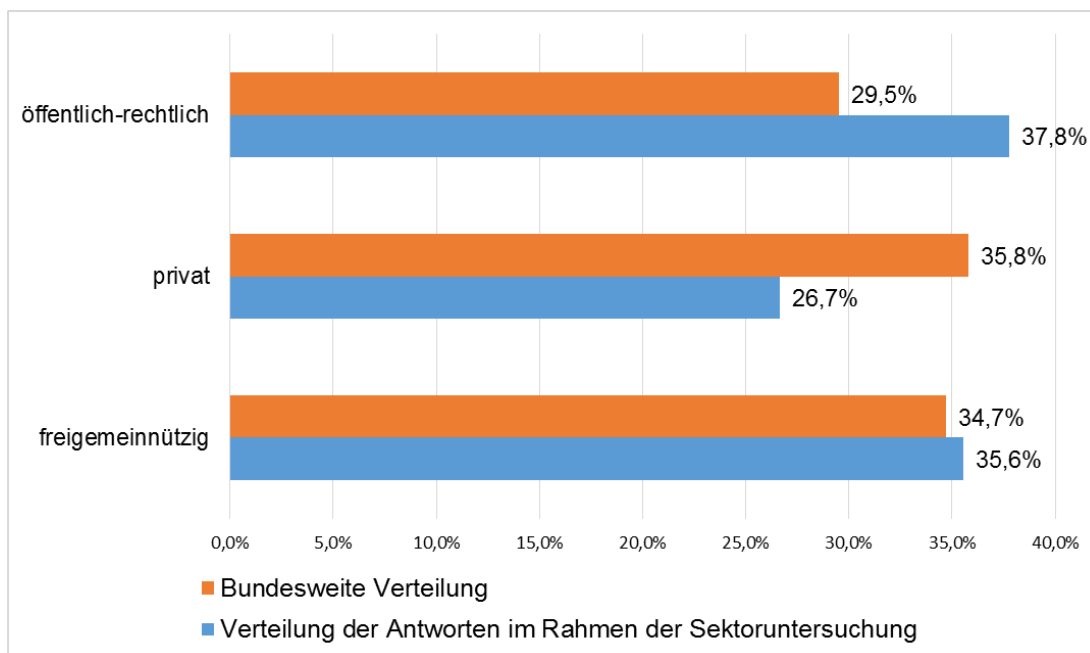
29. Die Antworten stammten zum überwiegenden Teil von Krankenhäusern in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft, danach folgen Krankenhäuser in freigemeinnütziger Trägerschaft vor den privaten Krankenhäusern. Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt sind in

<sup>18</sup> Gründe: Haus bietet nur Rehabilitations-Leistungen an, Daten für 2015 wegen Übernahme des Standortes durch neuen Träger nur unvollständig oder gar nicht verfügbar, Schließung des Hauses.

## A. Überblick

den Antworten die öffentlich-rechtlichen Krankenhäuser stärker und die privaten Krankenhäuser schwächer repräsentiert. Die genaue Verteilung der Antworten auf die Trägergruppen sowie die bundesweite Verteilung im Vergleich sind aus der nachfolgenden Grafik erkennbar.

**Abbildung 3: Verteilung der Antworten nach Krankenhausträgern (N=405) im Vergleich zur bundesweiten Verteilung<sup>19</sup>**

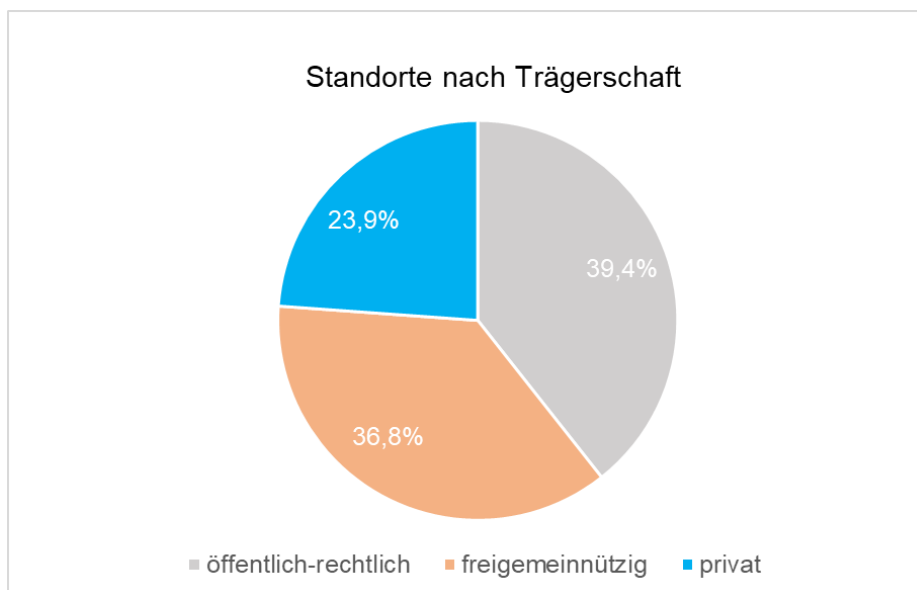


30. Die Verteilung der von den Antworten erfassten Krankenhaus-Standorte auf die unterschiedlichen Krankenhausträger ist aus der nachfolgenden Abbildung erkennbar. Hieraus ergibt sich, dass die erfassten Krankenhäuser in öffentlich-rechtlicher und in freigemeinnütziger Trägerschaft jeweils über mehr Standorte verfügen als die erfassten Krankenhäuser in privater Trägerschaft.

<sup>19</sup> Quelle der Daten zur bundesweiten Verteilung: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, 2015, Abbildung 1: Anteil der Krankenhäuser nach Trägerschaft 2015, S. 9, veröffentlicht unter: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611157004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611157004.pdf?__blob=publicationFile).

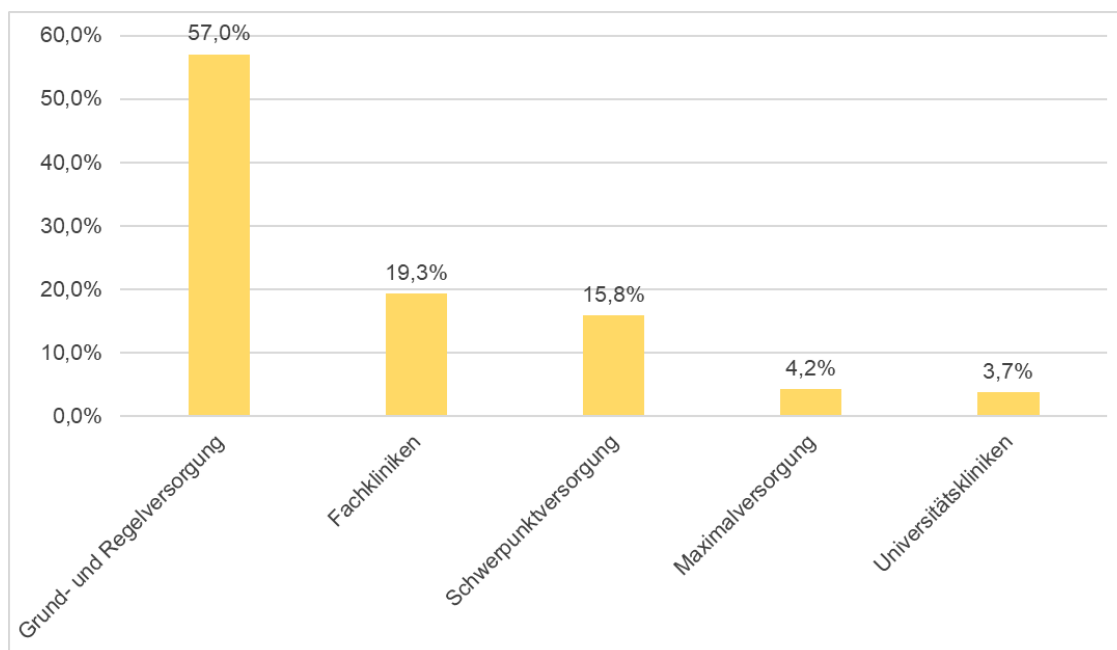
## A. Überblick

**Abbildung 4: Verteilung der erfassten Standorte nach Trägerarten (N=503)**



31. Die Antworten stammen bezogen auf die Versorgungsstufen überwiegend von Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung, gefolgt von Fachkliniken, Schwerpunktversorgern, Maximalversorgern und Universitätskliniken. Die Verteilung ist aus der folgenden Abbildung erkennbar.

**Abbildung 5: Verteilung der Antworten nach Versorgungsstufen (N=405)**



32. Ferner haben die befragten Krankenhäuser insgesamt 477 auswertbare Falldatensätze nach § 21 KHEntgG übermittelt, die zum Teil mehrere Standorte umfassen. Das Bundeskartellamt hat diese Datensätze ausgewertet.

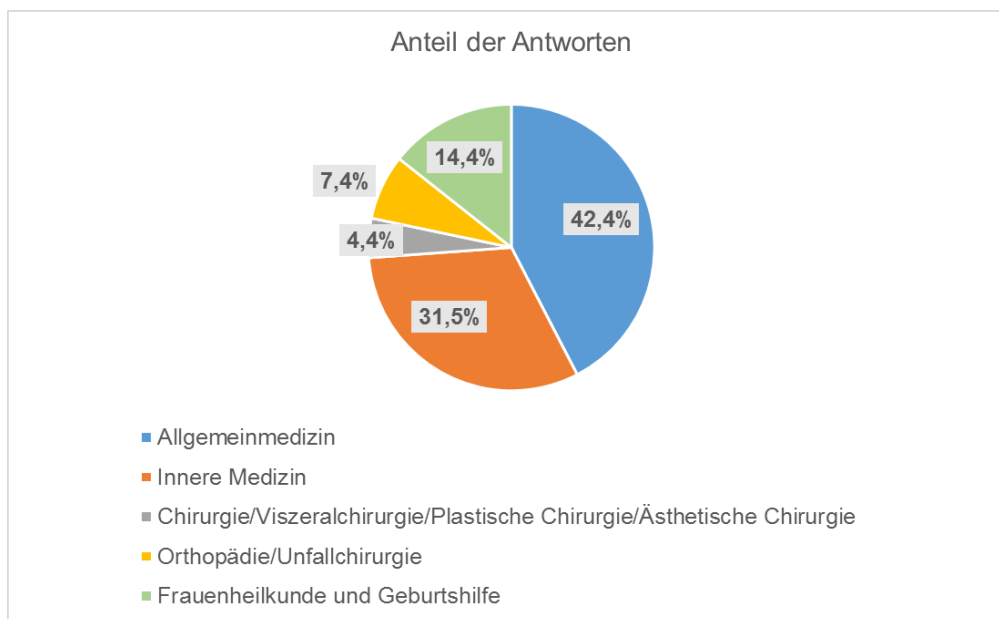


## A. Überblick

33. Am 25. Juli 2017 hat das Bundeskartellamt eine ergänzende Befragung niedergelassener Vertragsärzte in der Region Darmstadt begonnen. In einer ersten Runde wurden Auskunftsbeschlüsse an 26 Ärzte gegen Empfangsbekanntnis per Telefax zugestellt und ihnen Zugang zum elektronischen Fragebogen auf der Internetseite des Informationstechnikzentrums des Bundes (ITZ Bund) gewährt. Dabei stellte sich heraus, dass die angeschriebenen Ärzte zuvor keine Berührung mit dem Bundeskartellamt hatten und die Art der Zustellung per Telefax zu Verunsicherungen geführt hat. Um den Ärzten bei der nachfolgenden Hauptrunde der Befragung Sicherheit über die Authentizität der übermittelten Dokumente zu geben, wurde die Kassenärztliche Vereinigung Hessen über die Befragung informiert und abgestimmt, dass dies den befragten Ärzten zur Kenntnis gegeben werden kann. Zudem wurde eine entsprechende Mitteilung auf der Internetseite des Bundeskartellamts veröffentlicht. Im Rahmen der Hauptbefragungsrunde wurden mit Auskunftsbeschlüssen vom 27. September 2017, 2. Oktober 2017 und 6. Oktober 2017 insgesamt 609 weitere niedergelassene Vertragsärzte zum Ausfüllen des elektronischen Fragebogens verpflichtet.
34. Von den insgesamt im Raum Darmstadt befragten 636 Vertragsärzten konnte bei 38 keine Zustellung des Auskunftsbeschlusses gegen Empfangsbekanntnis bewirkt werden, so dass von weiteren Zustellversuchen abgesehen wurde. 16 Befragte hatten ihre ärztliche Tätigkeit in dem für die Untersuchung relevanten Gebiet aufgegeben, so dass sie von der Pflicht zur Beantwortung des Fragebogens befreit wurden.
35. Die Antworten waren in eine Online-Maske einzugeben und wurden dabei durch automatisierte Plausibilitätsprüfungen validiert. Im Anschluss an die Dateneingabe wurden die Antworten automatisch an das Bundeskartellamt gesendet und dort in einer Auswertungstabelle zusammengetragen. Anschließend wurden die Daten mit Hilfe statistischer Anwendungen ausgewertet.
36. Im Ergebnis hat das Bundeskartellamt Antworten von insgesamt 582 niedergelassenen Vertragsärzten aus dem Raum Darmstadt erhalten. Dies entspricht einer Antwortquote von rund 92 Prozent. Die Verteilung auf die einzelnen Fachgebiete ist dem nachfolgenden Diagramm zu entnehmen.

## A. Überblick

**Abbildung 6: Verteilung der Antworten von Vertragsärzten nach Fachgebieten (N=582)**

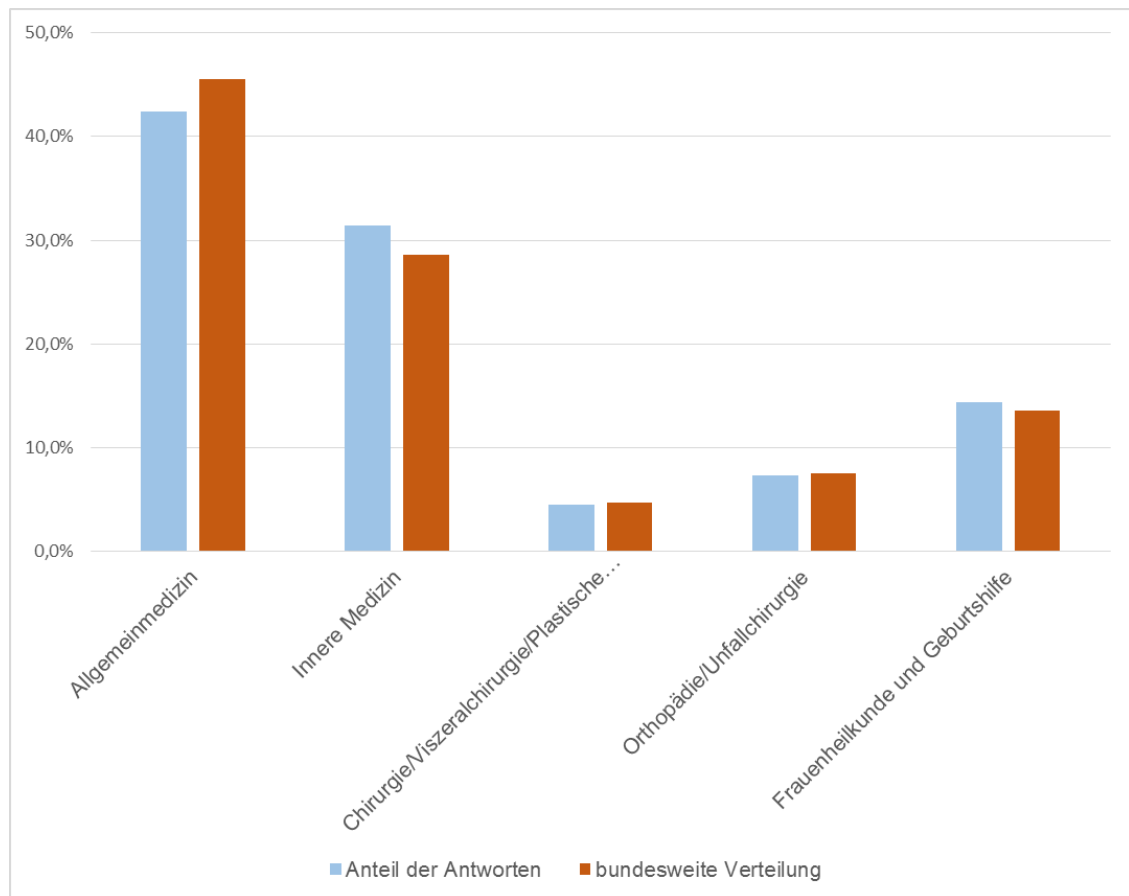


37. Dabei entspricht das Verhältnis der Fachgebiete in den Antworten zueinander in etwa dem Verhältnis, das diese Fachgebiete bei den niedergelassenen Vertragsärzten auf Bundesebene<sup>20</sup> zueinander haben, wie aus der nachfolgenden Grafik erkennbar ist.

<sup>20</sup> Datenquelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung, Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, Bundesgebiet insgesamt, Stand: 31.12.2016, Tabelle 1.0 – An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten nach ihrem Teilnahmestatus (Zählung nach Personen), [http://www.kbv.de/media/sp/2016\\_12\\_31\\_BAR\\_Statistik.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/2016_12_31_BAR_Statistik.pdf).

## B. Der Begriff des Krankenhauses

**Abbildung 7: Verteilung der Fachgebiete in den Antworten (N=582) und bundesweit**



## B. Der Begriff des Krankenhauses

38. Nach der Legaldefinition in § 2 Nr. 1 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze<sup>21</sup> (KHG) sind Krankenhäuser Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und verpflegt werden können. Das Sozialrecht knüpft an diese Definition an, konkretisiert den Begriff des Krankenhauses aber durch fachliche und organisatorische Voraussetzungen. Nach § 107 Abs. 1 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) dienen Krankenhäuser der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe und können Pa-

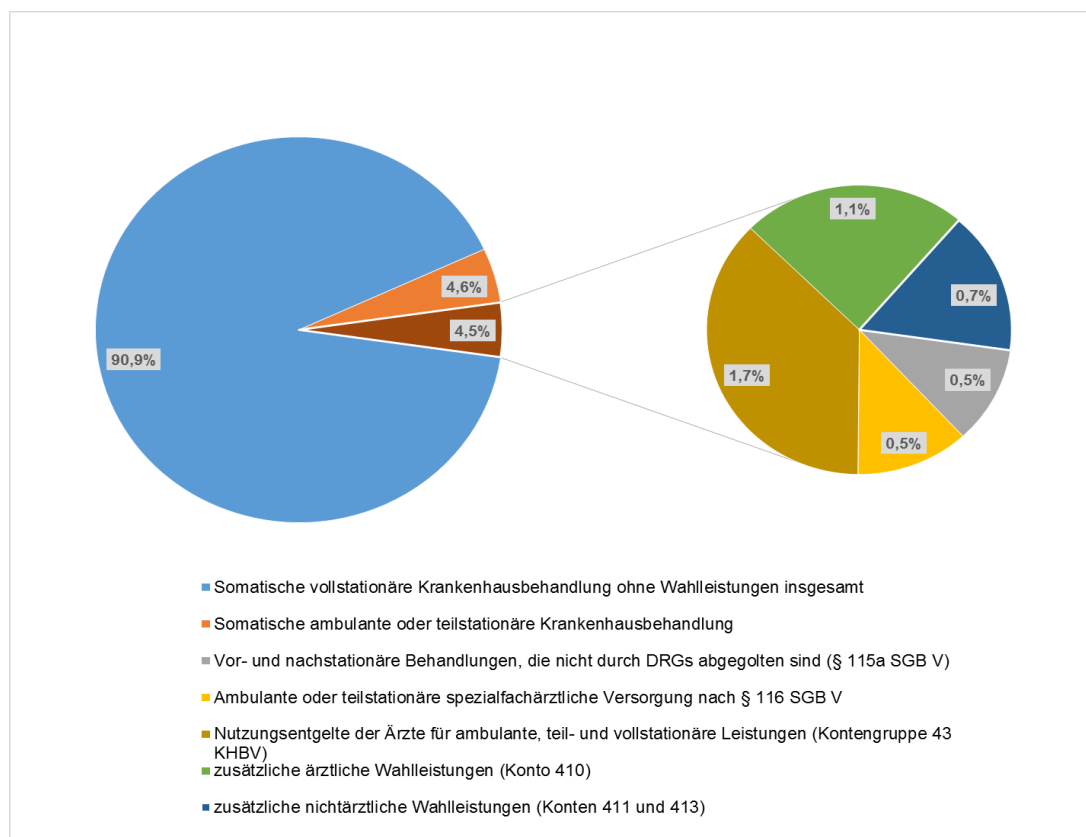
<sup>21</sup> Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2986).

## B. Der Begriff des Krankenhauses

tienten unterbringen und verpflegen. Zusätzlich werden eine apparative Mindestausstattung, geschultes Pflegepersonal, jederzeit verfügbares, insbes. ärztliches Personal und eine ständige ärztliche Leitung verlangt.<sup>22</sup>

39. Den Definitionen gemein ist, dass in einem Krankenhaus Menschen mit akuten Erkrankungen untergebracht werden und dort von Ärzten und Pflegekräften untersucht, behandelt und gepflegt werden. Diese Leistungen machen den Kern der Tätigkeit der Krankenhäuser und über 90 Prozent ihrer Erlöse aus. Sie werden nachfolgend als akutstationäre Krankenhausdienstleistungen bezeichnet.

**Abbildung 8: Aufteilung der Krankenhauserlöse 2015<sup>23</sup> (N=388)**



40. Daneben erbringen Krankenhäuser auch teilstationäre und ambulante Behandlungen, die aber eine wesentlich geringere wirtschaftliche Bedeutung für sie haben, wie die vorstehende Abbildung zeigt. Auf diese Behandlungen entfallen insgesamt lediglich 4,6 Prozent der Krankenhauserlöse. Eine noch geringere wirtschaftliche Bedeutung haben die Einnahmen aus ambulanten vor- und nachstationären Behandlungen sowie aus der spezialfachärztlichen Versorgung und Nebenleistungen (Nutzungsentgelte der Ärzte

<sup>22</sup> § 107 Abs. 1 Nr. 2 und 3 SGB V.

<sup>23</sup> Krankenhausfragebogen, Frage III.4, bzw. Ergänzungsfragebogen, III.4.

## B. Der Begriff des Krankenhauses

für ambulante, teil- und vollstationäre Leistungen, ärztliche Wahlleistungen und nicht-ärztliche Wahlleistungen).

41. Die Krankenhäuser behandeln die von ihnen aufgenommenen Patienten in Abteilungen, die unter medizinischen Gesichtspunkten räumlich und organisatorisch abgegrenzt und fachärztlich betreut werden. Die Hauptabteilungen stehen unter der Leitung von Fachärzten, in der Regel leitende Angestellte. Ferner gibt es Belegabteilungen. Hier werden die Behandlungen nicht von angestellten Krankenhausärzten durchgeführt, sondern von niedergelassenen Vertragsärzten. Diese haben mit dem Krankenhaus einen Vertrag geschlossen, der sie berechtigt, in dem Krankenhaus unter Inanspruchnahme von dort bereitgestellten Diensten, Einrichtungen und Mitteln ihre Patienten stationär zu behandeln.<sup>24</sup>
42. Während Allgemeinkrankenhäuser verschiedene Fachgebiete abdecken, behandeln Fachkrankenhäuser nur Erkrankungen eines bestimmten Fachgebiets oder Patienten bestimmter Altersstufen. Fachkrankenhäuser gibt es insbes. für die Fachgebiete Neurologie, Herzchirurgie, Geriatrie, Pneumologie, Thoraxchirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie sowie für psychische Erkrankungen.<sup>25</sup> Daneben gibt es auf Kinder und Jugendliche spezialisierte Kinderkrankenhäuser.
43. Ein Krankenhaus kann über mehrere Standorte verfügen. Ein Standort ist dabei ein räumlich eindeutig beschreibbares Krankenhaus oder Teil eines Krankenhauses, an dem eine unmittelbare medizinische Patientenversorgung stattfindet und mindestens eine fachliche Organisationseinheit vorgehalten wird, z.B. eine Fachabteilung.<sup>26</sup>
44. Nicht zu den Krankenhäusern zählen Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen, kurz Rehabilitationskliniken genannt. Diese Einrichtungen behandeln keine akuten Erkrankungen, sondern werden im Anschluss an eine Akutbehandlung in Anspruch genommen. Hier sollen im Rahmen eines stationären Aufenthaltes die Folgen einer Erkrankung, insbes. physische oder psychische Gesundheitsschäden mit medizinischen Maßnahmen gemildert werden. Ziel ist es, damit eine Erwerbsunfähigkeit zu verhindern bzw. eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mildern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.<sup>27</sup>

---

<sup>24</sup> § 121 Abs. 2 SGB V.

<sup>25</sup> Vgl. Krankenhausplan des Freistaates Sachsen vom 17.12.2013 (11. Fortschreibung), 2.4.1, S. 15.

<sup>26</sup> Definition nach § 1 der Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen gemäß § 2a Abs. 1 KHG zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 29.08.2017, [https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Media-pool/2\\_Themen/2.1\\_Digitalisierung\\_Daten/2.1.2\\_Informationstechnik\\_im\\_Krankenhaus/2.1.2.1\\_Verzeichnisse\\_und\\_Register/Vereinbarungen\\_Standortdefinition.pdf](https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Media-pool/2_Themen/2.1_Digitalisierung_Daten/2.1.2_Informationstechnik_im_Krankenhaus/2.1.2.1_Verzeichnisse_und_Register/Vereinbarungen_Standortdefinition.pdf).

<sup>27</sup> § 11 Abs. 2 SGB V.

## B. Der Begriff des Krankenhauses

Für die Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen gilt dementsprechend das Krankenhausrecht nicht, d.h. es gibt kein Planungs- und Zulassungsverfahren von Seiten der Bundesländer und auch keine öffentliche Finanzierung. Vielmehr schließen sie spezielle Versorgungsverträge mit den Rehabilitationsträgern (u.a. Deutsche Rentenversicherung, Krankenkassen, Agentur für Arbeit und gesetzliche Unfallversicherungen) und finanzieren sich ausschließlich aus den Vergütungen der erbrachten Leistungen.

45. Vom Bereich der Krankenhäuser zu trennen sind ferner die niedergelassenen Ärzte, die als Vertragsärzte im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung oder in privaten Praxen ambulante ärztliche Behandlungen durchführen, Patienten aber nicht stationär behandeln. Das gleiche gilt für medizinische Versorgungszentren nach § 57 Abs. 1 Satz 2 SGB V, denn sie bieten ebenfalls ausschließlich ambulante ärztliche Behandlungen an.
46. Eine Besonderheit stellen die Praxiskliniken nach § 122 SGB V dar. Dabei handelt es sich um Einrichtungen, in der Vertragsärzte GKV-Versicherte ambulant und stationär behandeln<sup>28</sup>, aber nicht um Krankenhäuser. Die Befugnis zur ambulanten ärztlichen Behandlung folgt aus dem Vertragsarztstatus nach § 95 SGB V der in der Praxisklinik zusammenarbeitenden Vertragsärzte. Eine Berechtigung der Praxisklinik zur stationären Versorgung erfordert eine gesonderte Zulassung nach §§ 107, 108 SGB V.<sup>29</sup> Der GKV-Spitzenverband und die Spitzenorganisation der Praxiskliniken sollen einen Katalog der in diesen Einrichtungen erbringbaren Leistungen vereinbaren. Eine solche Vereinbarung existiert bislang nicht.<sup>30</sup> Die Vergütung der stationsersetzenden Leistungen erfolgt aus der Gesamtvergütung zu den jeweiligen vertragsärztlichen Punktwerten nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM).<sup>31</sup> Der EBM ist das Vergütungssystem der vertragsärztlichen Versorgung nach § 87 Abs. 2 SGB V.

---

<sup>28</sup> § 115 Abs. 2 Nr. 1 SGB V; *Köhler-Hohmann* in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 122 SGB V, Rn. 9.

<sup>29</sup> *Köhler-Hohmann* in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 122 SGB V, Rn. 12.

<sup>30</sup> Vgl. *Leber/Wasem*, Ambulante Krankenhausleistungen – ein Überblick, eine Trendanalyse und einige ordnungspolitische Anmerkungen, Krankenhausreport 2016, 1.2.5 – Praxiskliniken, S. 8; Stellungnahme der Deutschen Praxisklinikgesellschaft e.V. (PKG) vom 26.08.2015 zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhaus-Versorgung (Krankenhaus-Strukturgesetz – KHSG), veröffentlicht vom Deutschen Bundestag, Ausschuss für Gesundheit, Ausschussdrucksache 18(14)0125(11) unter: <https://www.bundes-tag.de/blob/386202/09d82d230c5ebf47ea34b178b520dad2/deutsche-praxisklinikgesellschaft-e-v--pkg--data.pdf>.

<sup>31</sup> *Köhler-Hohmann* in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 122 SGB V, Rn. 22 mwN.

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

### I. Krankenversicherung in Deutschland

47. In Deutschland besteht seit dem 01. Januar 2009 für alle Personen mit Wohnsitz im Inland die allgemeine Krankenversicherungspflicht.<sup>32</sup> Davon ausgenommen sind nur die Personen, die bereits durch andere gesetzliche Regelungen vor dem Risiko sehr hoher Krankheitskosten geschützt sind. Dies sind insbes. Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung tatsächlich versichert sind oder dort versicherungspflichtig sind, Personen mit Anspruch auf freie Heilfürsorge sowie Personen mit Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Personen, die zum 1. April 2007 bzw. zum 1. Januar 2009 Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, Eingliederungshilfe oder Hilfe zur Pflege bezogen haben und diese Leistungen seither ohne Unterbrechung von mehr als einem Monat beziehen, unterliegen nicht der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Absicherungspflicht in der privaten Krankenversicherung. Für diesen Personenkreis besteht im Falle von Krankheit oder sonstigem medizinischem Behandlungsbedarf ein Anspruch auf Hilfen zur Gesundheit nach dem Fünften Kapitel des SGB XII. Ferner unterliegen Beihilfeberechtigte der Pflicht zum Abschluss einer Krankheitskostenversicherung, soweit die Beihilfe die Krankheitskosten nicht übernimmt.

#### 1. Bedeutung der unterschiedlichen Arten der Krankenversicherung

48. Im Jahr 2015 waren rund 70,7 Mio. Menschen in Deutschland in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert.<sup>33</sup> Etwa 8,7 Mio. Menschen hatten eine private Krankheitsvollversicherung (PKV), davon etwas weniger als die Hälfte von Beihilfeberechtigten abgeschlossen.<sup>34</sup> Am 31. Dezember 2015 lebten auf Grundlage des Zensus 2011 rund 82,18 Millionen Menschen in Deutschland.<sup>35</sup> Damit waren Ende 2015 rund 86 Prozent der Einwohner Deutschlands gesetzlich krankenversichert, knapp 11 Pro-

---

<sup>32</sup> § 193 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

<sup>33</sup> Monatsstatistik der gesetzlichen Krankenversicherung über Mitglieder, Familienangehörige und Kranke, Jahresdurchschnitt 2015 Bund insgesamt (Ergebnisse der GKV-Statistik KM1/13), Stand: 16. März 2016, veröffentlicht unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/3\\_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder\\_Versicherte/KM1\\_JD\\_2015.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/3_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte/KM1_JD_2015.pdf).

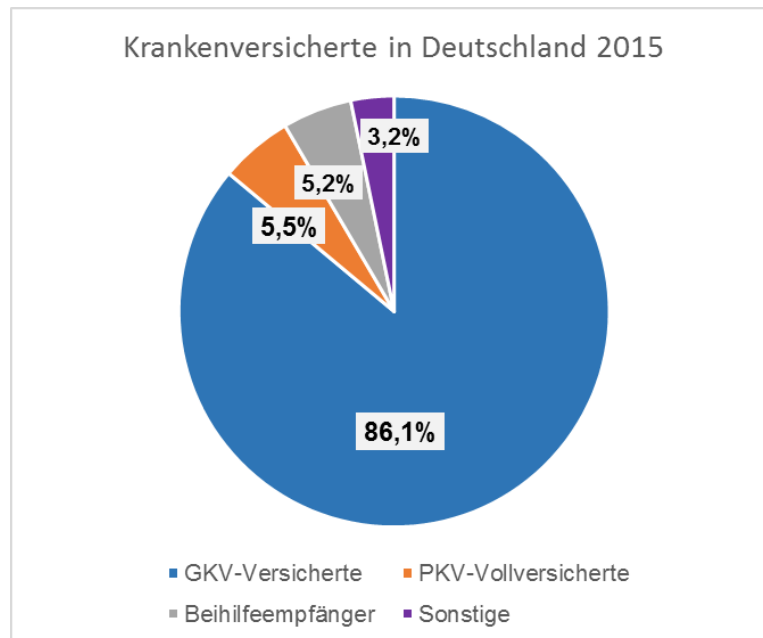
<sup>34</sup> Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2015, Verband der Privaten Krankenversicherung e.V., Seite 25, veröffentlicht unter: <https://www.pkv.de/service/zahlen-und-fakten/>.

<sup>35</sup> DeStatis, Statistisches Bundesamt, Bevölkerung 2015 auf Grundlage des Zensus 2011, veröffentlicht unter: [https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/Zensus\\_Geschlecht\\_Staatsangehoerigkeit.html](https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/Zensus_Geschlecht_Staatsangehoerigkeit.html).

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

zent verfügten über einen privaten Krankenversicherungsschutz und gut 3 Prozent waren auf sonstigem Wege abgesichert.<sup>36</sup> Ohne Krankenversicherungsschutz waren 2015 rund 0,1 Prozent der Bevölkerung in Deutschland.<sup>37</sup>

**Abbildung 9: Krankenversicherte in Deutschland 2015**



## 2. Zugang zu den Krankenhäusern

### a) Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung

49. Für die Mehrheit der in Deutschland krankenversicherten Menschen gelten die Regelungen der GKV für den Zugang zu den Krankenhäusern. Im Rahmen der GKV besteht ein sog. sozialrechtliches Dreiecksverhältnis zwischen den Patienten, den Krankenkassen und den Leistungserbringern: Die Patienten haben einen Anspruch gegen ihre Krankenkasse auf notwendige Krankenbehandlung (§ 27 Abs. 1 SGB V). Die Krankenkassen stellen ihren Versicherten die erforderliche Krankenbehandlung aufgrund des sog. Sachleistungsprinzips als Dienstleistung durch einen sog. Leistungserbringer zur

<sup>36</sup> Wie z.B. Soldaten, die nach § 30 Abs. 1 Satz 2 des Gesetzes über die Rechtsstellung der Soldaten (Soldatengesetz – SG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 30. Mai 2005 (BGBl. I S. 1482), zuletzt geändert durch Artikel 6 Abs. 30 des Gesetzes vom 13. April 2017 (BGBl. I S. 872), unentgeltliche truppenärztliche Versorgung erhalten, oder Straf- und Untersuchungshäftlinge, die nach §§ 56 ff. des Gesetzes über den Vollzug der Freiheitsstrafe und der freiheitsentziehenden Maßnahmen der Besserung und Sicherung (Strafvollzugsgesetz - StVollzG) vom 16. März 1976 (BGBl. I S. 581, 2088; 1977 I S. 436), zuletzt geändert durch Artikel 152 der Verordnung vom 31. August 2015 (BGBl. I S. 1474), Anspruch auf Krankenversorgung in der Haft haben.

<sup>37</sup> DeStatis, Statistisches Bundesamt, Zahl der Woche vom 4. Oktober 2016, [https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/zdw/2016/PD16\\_40\\_p002.html](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/zdw/2016/PD16_40_p002.html).



## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

Verfügung.<sup>38</sup> Die einzelnen Leistungserbringer (wie z.B. Krankenhäuser und Ärzte) haben keinen Zahlungsanspruch gegen den behandelten Patienten. Vielmehr werden die Kosten für notwendige Behandlungsmaßnahmen unmittelbar zwischen der Krankenkasse und den behandelnden Leistungserbringern abgerechnet. Im Gegenzug müssen die Leistungserbringer zur Behandlung gesetzlich versicherter Patienten zugelassen sein.

50. Ein Anspruch der GKV-Versicherten auf vollstationäre Behandlung durch ein zugelassenes Krankenhaus besteht dann, wenn die Aufnahme oder Behandlung nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- oder nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann (§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Die Krankenhäuser müssen daher in jedem Fall eigenverantwortlich prüfen, ob eine vollstationäre Aufnahme in das Krankenhaus erforderlich ist, denn Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, dürfen sie nicht erbringen (§ 12 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Das gleiche gilt für die teilstationäre Behandlung im Krankenhaus, die ebenfalls eine Aufnahme in das Krankenhaus erfordert.<sup>39</sup> Nur für die vorstationäre Behandlung verlangt § 115a Abs. 1 Satz 1 SGB V eine vertragsärztliche Verordnung. Ist eine stationäre Behandlung im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich und wirtschaftlich, kann der Patient auf seinen Wunsch hin auch ohne ärztliche Verordnung aufgenommen und stationär behandelt werden und das Krankenhaus die erbrachten Leistungen mit den Krankenkassen abrechnen.<sup>40</sup>
51. Unter allen zugelassenen Krankenhäusern können die GKV-Versicherten frei wählen. Der Vertragsarzt hat den Patienten über die Notwendigkeit der stationären Behandlung und dafür geeignete Krankenhäuser zu beraten<sup>41</sup> und soll in der Verordnung in geeigneten Fällen die beiden nächsterreichbaren, für die vorgesehene Behandlung geeigneten Krankenhäuser angeben (§ 73 Abs. 4 Satz 3 SGB V). Der Patient ist hieran aber nicht gebunden und kann sich in jedem anderen zugelassenen Krankenhaus behandeln lassen, wie sich aus § 39 Abs. 2 SGB V ergibt. Dem Patienten können in diesem Fall zwar dadurch entstehende Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden. Dies

---

<sup>38</sup> § 2 Abs. 1 und 2 SGB V.

<sup>39</sup> LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 25.07.2017, L 4 KR 10/15, juris-Rn. 29.

<sup>40</sup> BSG, Urt. v. 19.06.2018, B 1 KR 26/17 R, ECLI:DE:BSG:2018:190618UB1KR2617R0, Rn. 14; LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 25.07.2017, L 4 KR 10/15, juris-Rn. 37.

<sup>41</sup> § 4 Richtlinie des G-BA über die Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenhaus-Einweisungsrichtlinie/KE-RL), in Kraft getreten am 30.04.2015, zuletzt geändert am 16.03.2017 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 07.06.2017 B2, in Kraft getreten am 08.06.2017, [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1406/KE-RL\\_2017-03-16\\_iK-2017-06-08.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1406/KE-RL_2017-03-16_iK-2017-06-08.pdf).

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

begrenzt die Auswahl aber faktisch kaum: In dem bundesweit geltenden DRG-System mit einheitlichen Landesbasisfallwerten für die Krankenhäuser in den einzelnen Bundesländern rechnen die Krankenhäuser im Heimatbundesland des Patienten die gleichen Entgelte für die Behandlungen ab, so dass Mehrkosten allein bei den Fahrkosten entstehen können. Zusätzliche Kosten entstehen dann, wenn der Patient sich entscheidet, ein Krankenhaus in einem anderen Bundesland aufzusuchen als nach der vertragsärztlichen Verordnung vorgesehen, soweit dort ein höherer Landesbasisfallwert gilt. Verschiedene Krankenkassen, auf die insgesamt rund 78 Prozent der Versicherten entfallen, haben erklärt, auf die Mehrkostenforderungen zu verzichten.<sup>42</sup>

52. Mit dem Krankenhaus der Wahl schließt der Patient einen zivilrechtlichen Behandlungsvertrag nach § 630a BGB ab und erwirbt damit einen Anspruch auf Krankenhausbehandlung. Im Gegenzug steht dem Krankenhaus dafür ein Entgeltanspruch gegen die Krankenkasse zu.<sup>43</sup> Als Eigenbeteiligung<sup>44</sup> tragen die GKV-Patienten im Bereich der vollstationären Krankenhausbehandlung einen Zuzahlungsbetrag von derzeit 10 Euro je Kalendertag – innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 28 Tage<sup>45</sup> –, der von den Krankenhäusern im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen eingezogen wird, sofern diese den Einzug nicht selbst vornehmen<sup>46</sup>. Wählt der in der GKV krankenversicherte Patient ein nicht zugelassenes Krankenhaus für die stationäre Behandlung, übernimmt die Krankenkasse die Behandlungskosten nicht. Der Patient muss sie dann selbst tragen bzw. eine private Krankenzusatzversicherung abgeschlossen haben.

### b) Versicherte der Privaten Krankenversicherung

53. Die privat krankenversicherten Patienten erhalten Leistungen ihres Versicherungsunternehmens für die stationäre Krankenhausbehandlung in der vereinbarten Art und Höhe. Nach den Musterbedingungen haben sie bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung die freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern<sup>47</sup>, d.h. sie können frei zwischen zugelassenen und nicht zugelassenen Krankenhäusern wählen.

---

<sup>42</sup> Siehe Rn. 227.

<sup>43</sup> BGH, Beschl. v. 16.01.2008, KVR 26/07 – *Kreiskrankenhaus Bad Neustadt*, juris-Rn. 25.

<sup>44</sup> § 39 Abs. 4 SGB V.

<sup>45</sup> § 61 Satz 2 SGB V.

<sup>46</sup> § 43 b Abs. 3 SGB V.

<sup>47</sup> § 4 Abs. 4 Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung MB/KK2009 des PKV-Verbands, <https://www.pkv.de/service/broschueren/musterbedingungen/mb-kk-2009/>.

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

54. Die Versicherten schließen mit dem Krankenhaus einen zivilrechtlichen Behandlungsvertrag und bezahlen im Unterschied zu gesetzlich Krankenversicherten die Rechnung selbst. Im Anschluss daran und nach Prüfung der medizinischen Notwendigkeit durch das Versicherungsunternehmen erhalten sie die Behandlungskosten im Umfang des vereinbarten Tarifs erstattet (sog. Erstattungsprinzip). Im Übrigen müssen sie die Behandlungskosten selbst tragen. Vor längeren Krankenhausaufenthalten kann der Patient eine Kostenübernahmeerklärung seines Krankenversicherers beantragen, damit dieser Teilzahlungen leistet bzw. die Kosten unmittelbar mit dem Krankenhaus abrechnet. Soweit die Kostenübernahme erklärt wird, gilt dies als Erstattungszusage durch das Krankenversicherungsunternehmen. Dann rechnet das Krankenhaus alle Krankenhauskosten unmittelbar mit dem Versicherungsunternehmen ab. Die Arztkosten bei wahl- oder belegärztlichen Leistungen werden auch in diesem Fall dem Patienten in Rechnung gestellt.

## II. Zulassung von Krankenhäusern im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung

55. Im Gegenzug zur unmittelbaren Zahlungspflicht der Krankenkassen im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung ist festgelegt worden, dass nur diejenigen Leistungen erbringen sollen, die hierfür zugelassen worden sind, insbes. weil sie Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit unter Beweis gestellt haben. Die Zulassung begründet die Pflicht, gesetzlich versicherte Patienten zu behandeln.<sup>48</sup> Die Zulassungspflicht für Krankenhäuser, die gesetzlich Versicherte behandeln wollen, folgt aus § 108 SGB V. Hier ist zu unterscheiden zwischen Hochschulkliniken, Plankrankenhäusern und Vertragskrankenhäusern.

### 1. Hochschulkliniken

56. Alle nach Landesrecht anerkannten Hochschulkliniken gelten kraft Gesetzes als zur Behandlung von GKV-Patienten zugelassen.<sup>49</sup> Bei den Hochschulkliniken handelt es sich um Krankenhäuser, die auf der Grundlage von Landesgesetzen errichtet wurden und dem medizinischen Fachbereich der jeweiligen Universität angeschlossen sind.<sup>50</sup>

---

<sup>48</sup> Z.B. § 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V (Vertragsärzte), § 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V (Krankenhäuser).

<sup>49</sup> § 108 Nr. 1 SGB V i.V.m. § 109 Abs. 1 Satz 2 SGB V.

<sup>50</sup> **Spezielle Landesgesetze** über die Errichtung der jeweiligen Universitätsklinika, wie z.B. das Landesgesetz über die Errichtung der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz (Universitätsmedizinengesetz – UMG -) vom 10.09.2008 (GVBl. 2008, 205), das Gesetz über das Universitätsklinikum des Saarlandes – UKSG vom 26.11.2003, zuletzt geändert durch das Gesetz vom 30. November 2016 (Amtsbl. I 2016, 1080), das Gesetz für die hessischen Universitätskliniken (UniKlinG) vom 26.06.2000 (GVBl. I 2000, 344), zuletzt geändert durch Gesetz vom 13.12.2012

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

Sie werden daher in den Landesgesetzen als Universitätskliniken oder Universitätsmedizin bezeichnet. Neben der Behandlung erkrankter Menschen haben diese Krankenhäuser insbes. die Aufgabe, Forschung und Lehre der Universität zu unterstützen und medizinisches Personal aus-, fort- und weiterzubilden.<sup>51</sup> Universitätskliniken sind auf eine umfassende stationäre Versorgung der Bevölkerung ausgerichtet und verfügen im Hinblick auf die Ausbildung und Forschung über eine Vielzahl an Fachrichtungen. Hier stehen hochqualifiziertes Personal und eine besondere technische Ausstattung zur Verfügung, so dass insbes. auch schwer erkrankte oder multimorbide Patienten behandelt werden können.<sup>52</sup>

### 2. Plankrankenhäuser

57. Die Zulassung anderer Krankenhäuser erfolgt im Regelfall durch ihre Aufnahme in den Krankenhausplan des jeweiligen Bundeslandes und die Erteilung eines entsprechenden Feststellungsbescheids durch die Krankenhausplanungsbehörde (sog. Plankrankenhaus).
58. Die Standorte und die stationären Leistungsangebote der Plankrankenhäuser werden von den Krankenhausplanungsbehörden in den einzelnen Bundesländern als Ergebnis eines Planungsprozesses festgelegt. Nach § 6 Abs. 1 KHG sind die Bundesländer verpflichtet, einen eigenen Krankenhausplan aufzustellen. Ziel ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.<sup>53</sup> Die Krankenhauspläne müssen im Wesentlichen folgenden Inhalt haben<sup>54</sup>:
- Eine Krankenhauszielplanung, die im Rahmen des KHG die Ziele festlegt, auf deren Verwirklichung der Plan ausgerichtet ist;

---

(GVBl. 2012, 622), sowie das Universitätsklinika-Gesetz des Freistaats Sachsen vom 6. Mai 1999 (SächsGVBl. 1999, 207), zuletzt geändert am 18.12.2013 (SächsGVBl. 2013, 970), oder **allgemeine Hochschulgesetze** der Bundesländer, wie z.B. § 91 Thüringer Hochschulgesetz vom 13.09.2016 in der Fassung der Bekanntmachung vom 13.09.2016 (GVBl. 2016, 437), § 63a ff. Niedersächsisches Hochschulgesetz (NHG) in der Fassung vom 26.02.2007 (Nds. GVBl. 2007, 69).

<sup>51</sup> Vgl. z.B. § 5 Hessisches UniKlinG vom 26.06.2000 (GVBl. I 2000, 344), zuletzt geändert durch Gesetz vom 13.12.2012 (GVBl. 2012, 622).

<sup>52</sup> Begriff, Rechtsform und Finanzierung der Universitätskliniken in Deutschland, Ausarbeitung des Wissenschaftlichen Dienstes des Bundestages vom 16.02.2016, <https://www.bundes-tag.de/blob/417706/6e9eb8e17dbe2a1905d3fc8d9a4acf51/wd-9-007-16-pdf-data.pdf>.

<sup>53</sup> § 1 KHG.

<sup>54</sup> BVerwG, Urt. v. 25.07.1985, 3 C 25/84, juris-Rn. 49 ff.; BVerwG, Urt. v. 25.09.2008, 3 C 35/07, juris-Rn. 17.

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

- eine Bedarfsanalyse, die eine Beschreibung des gegenwärtig und eine Prognose des zukünftig zu versorgenden Bedarfs der Bevölkerung enthält, wobei die Prognose auf der Entwicklung der Belegung in der Vergangenheit aufbauen darf<sup>55</sup>;
  - eine Krankenhausanalyse als Ist-Analyse, die eine Beschreibung der Versorgungsbedingungen bei den in den Plan aufgenommenen Krankenhäusern enthält sowie
  - die Festlegung der durch die späteren Feststellungsbescheide zu treffenden eigentlichen Versorgungsentscheidung darüber, mit welchen Krankenhäusern der festgestellte Bedarf der Bevölkerung versorgt werden soll. Hierzu wählt die Planungsbehörde zunächst die grundsätzlich geeigneten Krankenhäuser aus. Diese müssen bedarfsgerecht, wirtschaftlich und leistungsfähig sein und ggf. besondere Aufnahmevoraussetzungen des jeweiligen Bundeslandes erfüllen. Ist dann die Zahl der Betten in den geeigneten Krankenhäusern größer als die Zahl der benötigten Betten, ist eine Auswahlentscheidung zu treffen. Dabei kommt es darauf an, welches Krankenhaus unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Trägervielfalt den Zielen der Landeskrankenhausplanung am besten gerecht wird.<sup>56</sup>
59. Bei der Entscheidung über die Aufnahme in den Landeskrankenhausplan ist die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten<sup>57</sup> und nach Maßgabe des Landesrechts die wirtschaftliche Sicherung freigemeinnütziger und privater Krankenhausträger zu gewährleisten.<sup>58</sup> Dadurch sollen Nachteile dieser Träger gegenüber den öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern vermieden werden. Diese liegen darin, dass private und freigemeinnützige Krankenhäuser regelmäßig nicht auf zusätzliche Betriebs- und Investitionszuschüsse ihrer Träger zurückgreifen können.
60. Nach ständiger Rechtsprechung ist der Krankenhausplan keine Rechtsnorm mit Außenwirkung. Erst die gegenüber dem einzelnen Krankenhaus erfolgende Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan verleiht dem Krankenhaus die Eigenschaft als Plankrankenhaus.<sup>59</sup> Die zuständige Behörde muss bei dieser Entscheidung den Krankenhausplan als innerdienstliche Weisung beachten. Dessen steuernde Wirkung ist umso dichter, je detaillierter und aktueller der Plan ist. Bei gröberen oder veralteten

---

<sup>55</sup> BVerwG, Urt. v. 31.05.2000, 2 B 53.99, juris-Rn. 6.

<sup>56</sup> § 8 Abs. 2 Satz 2 KHG.

<sup>57</sup> § 1 Abs. 2 Satz 1 KHG.

<sup>58</sup> § 1 Abs. 2 Satz 2 KHG.

<sup>59</sup> OVG Lüneburg, Urt. v. 3.02.2011, 13 LC 125/08, juris-Rn. 37; BVerwG, Urt. v. 25.09.2008, 3 C 35/07, juris-Rn. 17.

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

Plänen ist die Wirkung geringer, bei fehlender oder fehlerhafter Planung fehlt sie ganz.<sup>60</sup>

61. Ein Anspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan besteht nur insoweit, wie die Gesamtzahl der Betten in den für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung in Betracht kommenden leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhäusern die benötigte Bettenanzahl unterschreitet.<sup>61</sup> Diese Situation wird jedoch nur sehr selten bestehen. Vor der SARS-CoV-2-Pandemie ist weitgehend akzeptiert gewesen, dass es in Deutschland zu viele Krankenhäuser und Bedarf an einer Umstrukturierung gibt. Daher ist von politischer Seite u.a. mit einem Strukturfonds der Umstrukturierungsprozess der Krankenhausversorgung vorangebracht worden. 2016 wurden dafür von Bund und Ländern Mittel in Höhe von zunächst 1 Mrd. Euro zur Verfügung gestellt.<sup>62</sup> Damit soll insbes. der Abbau von Überkapazitäten und die Konzentration stationärer Versorgungsangebote sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre Versorgungseinrichtungen gefördert werden. Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz vom 11. Dezember 2018 wurde der Anreiz, für die stationäre Versorgung nicht mehr benötigte Krankenhausbetten abzubauen, verstärkt. Für die Jahre 2019 bis 2022 stehen danach jährlich Fördermittel aus dem Strukturfonds und aus den Ländern von bis zu 1 Mrd. Euro zur Verfügung.<sup>63</sup> Vor dem Hintergrund der SARS-CoV-2-Pandemie, die bei Ländern und Krankenhausträgern weiterhin erhebliche Kapazitäten bindet, ist die Laufzeit des Strukturfonds mit dem Krankenhauszukunftsgesetz vom 23. Oktober 2020 um zwei Jahre bis Ende 2024 verlängert worden; das Fördervolumen hingegen bleibt unverändert.<sup>64</sup> Auf diese Weise soll den Krankenhausträgern mehr Zeit für die Beantragung der Mittel gewährt werden. Es bleibt abzuwarten, wie sich das Ausmaß des als erforderlich erachteten Abbaus von Versorgungskapazitäten bzw. der konkrete Umstrukturierungsbedarf vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit der SARS-CoV-2-Pandemie gestalten wird.

---

<sup>60</sup> BVerwG, Urt. v. 14.04.2011, 3 C 17/10, juris-Rn. 13.

<sup>61</sup> BVerwG, Urt. v. 14.04.2011, 3 C 17/10, juris-Rn. 15; OVG Lüneburg, Urt. v. 3.02.2011, 13 LC 125/08, juris-Rn. 38 mwN.

<sup>62</sup> Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG), BT-Drs. 18/5867, S. 4.

<sup>63</sup> Bundesministerium für Gesundheit, Pressemitteilung Nr. 26 vom 9.11.2018, „Spahn: ‚Wir haben Wort gehalten‘ Bundestag beschließt Pflegepersonal-Stärkungsgesetz“ veröffentlicht unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2018/4-quartal/ppsg-pflegepersonal-staerkungsgesetz.html>.

<sup>64</sup> Gesetz für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser (Krankenhauszukunftsgesetz – KHZG) vom 23.10.2020, BGBl. I 2020, S. 2208.

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

62. Dementsprechend ist das Bettenangebot regelmäßig größer als der Bettenbedarf. Insofern gibt es keinen Anspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan, so dass nach § 8 Abs. 2 KHG eine Auswahlentscheidung getroffen werden muss.<sup>65</sup> Angesichts dieser Zutrittsregelungen kommen Krankenhausträger nur dann neu auf den Markt, wenn sie ein bereits in den Krankenhausplan aufgenommenes Krankenhaus vom bisherigen Träger übernehmen. Ein dauerhafter Markteintritt durch Errichtung eines neuen Krankenhauses und Beantragung der Aufnahme in den Krankenhausplan ist angesichts der vorhandenen Überkapazitäten faktisch ausgeschlossen. Im Rahmen der SARS-CoV-2-Pandemie konnten die Bundesländer auf der Grundlage des COVID-19-Krankenhausesentlastungsgesetzes vom 27. März 2020 nach § 22 Abs. 1 KHG Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zeitlich befristet in die akutstationäre Krankenhausversorgung einbinden.<sup>66</sup> Dies galt zunächst für die Patientenaufnahme bis zum 30. September 2020<sup>67</sup>, wurde dann jedoch bis zum 31. Januar 2021 und erneut bis zum 31. Mai 2021 verlängert,<sup>68</sup> und dient der Schaffung zusätzlicher stationärer Behandlungskapazitäten in solchen Gebieten, in denen die verfügbaren Krankenhauskapazitäten trotz der Verschiebung oder Aussetzung planbarer Operationen nicht ausreichen.<sup>69</sup>
63. Die Aufnahme als Plankrankenhaus hat zur Folge, dass das Krankenhaus zur Krankenbehandlung im Rahmen der GKV zugelassen wird. Zugelassen sind nach § 109 Abs. 4 Satz 1 SGB V nur diejenigen Krankenhäuser, die mit den Krankenkassen einen Versorgungsvertrag geschlossen haben. Dabei gilt die Aufnahme in den Landeskrankenhausplan nach § 109 Abs. 1 Satz 4 SGB V als Abschluss eines Versorgungsvertrages.
64. Die Zulassung ist von ihrem Umfang her auf den Versorgungsauftrag des Krankenhauses beschränkt, wie er sich aus den Festlegungen des Krankenhausplanes ergibt.<sup>70</sup> Das Krankenhaus darf Leistungen nur im Rahmen seines Versorgungsauftrags erbringen (§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V). Eine Ausnahme gilt nur dann, wenn die Behandlung

---

<sup>65</sup> BVerwG, Urt. v. 25.09.2008, 3 C 35/07, juris-Rn. 18 mwN.

<sup>66</sup> Covid-19-Krankenhausesentlastungsgesetz, BGBl. I 2020, S. 580 (Nr. 14).

<sup>67</sup> Art. 2a des Dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite v. 18.11.2020 BGBl. I S. 2397.

<sup>68</sup> § 4 Abs. 4 der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser vom 7. April 2021.

<sup>69</sup> Entwurf eines Gesetzes zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen (COVID-19-Krankenhausesentlastungsgesetz), Begründung B. Besonderer Teil Zu Artikel 1 Nummer 2 § 22, BT-Drs. 19/18112, S. 29.

<sup>70</sup> *Wahl* in: jurisPK-SGB V, 2. Aufl. 2012, § 109 Rn. 35.

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

aus medizinischen Gründen so dringlich ist, dass es an der Zeit für die Auswahl eines geeigneten Therapeuten und dessen Behandlung fehlt.<sup>71</sup>

65. Die Verwendung des Begriffs „Versorgungsauftrag“ bedeutet dabei, dass das Krankenhaus nicht selbst über seine Aufgaben und den Umfang seiner Zulassung zur Versorgung bestimmt. Vielmehr ergibt sich der Versorgungsauftrag bei den Plankrankenhäusern aus den Festlegungen des Krankenhausplans und den Bescheiden zu seiner Durchführung sowie ggf. ergänzenden Vereinbarungen nach § 109 Abs. 1 Satz 4 SGB V (Vereinbarung geringerer Bettenzahl).<sup>72</sup> In der Folge hat das Krankenhaus gegen die Krankenkassen einen Anspruch auf Vergütung der Leistungen, die vom Versorgungsauftrag gedeckt sind. Für Leistungen, die außerhalb des Versorgungsauftrags erbracht worden sind, kann das Krankenhaus keine Vergütung beanspruchen, auch wenn diese ansonsten ordnungsgemäß erbracht wurden.<sup>73</sup>
66. Der Versorgungsvertrag kann nach § 110 Abs. 1 SGB V von beiden Seiten mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden. Zugleich ist ein Antrag an die Landesplanungsbehörde zu richten, den Feststellungsbescheid über die Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan aufzuheben oder zu ändern.<sup>74</sup>
67. Die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen können die Kündigung anders als die Krankenhausträger nur aus den in § 109 Abs. 3 Satz 1 SGB V aufgeführten Gründen aussprechen. Im Falle unzureichender Qualität muss eine Kündigung durch die Krankenkassenverbände erfolgen.<sup>75</sup> Wirksam wird die Kündigung mit der Genehmigung durch die zuständige Krankenhausplanungsbehörde.<sup>76</sup> Diese darf bei den Plankrankenhäusern nur versagt werden, wenn und soweit das Krankenhaus für die Versorgung unverzichtbar ist.<sup>77</sup>
68. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz sind die Bundesländer im Jahr 2015 erstmals in die Lage versetzt worden, im Rahmen ihrer Planungsentscheidungen auch die Versorgungsqualität der Krankenhäuser zu berücksichtigen.<sup>78</sup> Ferner wurden die rechtlichen

---

<sup>71</sup> § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V, hierzu: BSG, Urt. v. 23.06.2015, B 1 KR 20/14 R, juris-Rn. 13 mwN.

<sup>72</sup> *Wahl*, Fn. 70, Rn. 117.

<sup>73</sup> *Wahl*, Fn. 70, Rn. 131 mwN.

<sup>74</sup> § 110 Abs. 1 Satz 4 SGB V.

<sup>75</sup> § 110 Abs. 1 Satz 2 SGB V.

<sup>76</sup> *Wahl*, Fn. 70, Rn. 34 mwN.

<sup>77</sup> § 110 Abs. 2 Satz 3 SGB V.

<sup>78</sup> Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG), BT-Drs. 18/5372, Zu § 136c Abs. 1, S. 89.



## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

Grundlagen dafür geschaffen, dass eine in erheblichem Maße und nicht nur vorübergehende unzureichende Qualität Konsequenzen für die Zulassung des Krankenhauses hat.<sup>79</sup>

69. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Aufgabe erhalten, planungsrelevanten Qualitätsindikatoren, einschließlich der Bewertungskriterien und Maßstäbe, festzulegen.<sup>80</sup> Der G-BA ist das höchste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen und wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen gebildet.<sup>81</sup> Die vom G-BA beschlossenen Indikatoren werden Bestandteil der Landeskrankenhauspläne, sofern die Geltung durch das jeweilige Landesrecht nicht ganz oder teilweise ausgeschlossen oder eingeschränkt wird.<sup>82</sup>
70. Die Krankenhäuser haben quartalsweise Daten der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu den Indikatoren zu liefern, die vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) ausgewertet werden.<sup>83</sup> Ergeben sich dabei statistische Auffälligkeiten, werden die Daten validiert. Bleibt das Krankenhaus dennoch statistisch auffällig, erhält es Gelegenheit, hierzu Stellung zu nehmen.<sup>84</sup> Die einrichtungsbezogenen Auswertungsergebnisse übermittelt der G-BA regelmäßig an die Landesplanungsbehörden und die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen.<sup>85</sup> Damit soll es den Bundesländern ermöglicht werden, zu beurteilen, ob ein Krankenhaus in einem Leistungsbereich bzw. in einer Abteilung eine im Vergleich mit anderen Krankenhäusern gute, durchschnittliche oder unzureichende Qualität aufweist, und dies bei ihren Planungsentscheidungen zu berücksichtigen. Krankenhäuser, die bei den für sie maßgeblichen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweisen, dürfen insoweit ganz oder teilweise nicht in den Krankenhausplan aufgenommen werden<sup>86</sup>

---

<sup>79</sup> Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG), BT-Drs. 18/5372, Zu Nummer 3 (§ 8) Buchstabe a, S. 50 f.

<sup>80</sup> § 136c Abs. 1 SGB V.

<sup>81</sup> Der Gemeinsame Bundesausschuss, <https://www.g-ba.de/ueber-den-gba/wer-wir-sind/>.

<sup>82</sup> Näheres hierzu siehe unten zum Thema Qualität in der Krankenhausversorgung, Rn. 187 ff.

<sup>83</sup> § 136c Abs. 2 Satz 2 SGB V.

<sup>84</sup> G-BA, Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung: IQTIG mit Konzept für Neu- und Weiterentwicklung beauftragt, Pressemitteilung vom 18.05.2017, <https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/689/>.

<sup>85</sup> § 136c Abs. 2 Satz 1 SGB V.

<sup>86</sup> § 8 Abs. 1a KHG.

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

bzw. müssen insoweit durch entsprechende Aufhebung des Feststellungsbescheids ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden.<sup>87</sup> Die Entscheidung, ob diese Voraussetzungen vorliegen, treffen die zuständigen Landesbehörden.<sup>88</sup>

71. Der G-BA hat in einer Richtlinie zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren die Erhebung der erforderlichen Daten und das Verfahren geregelt, mit dem die Qualitätsergebnisse ermittelt werden.<sup>89</sup> Ferner hat er insgesamt 11 Qualitätsindikatoren zu gynäkologischen Operationen, zur Geburtshilfe sowie zur Mammachirurgie festgelegt<sup>90</sup> und das IQTIG beauftragt, die Grundlagen für eine Neu- und Weiterentwicklung zusätzlicher Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung zu erarbeiten. In diesem Rahmen soll auch geprüft werden, ob sich aus den bestehenden Richtlinien des G-BA zur Strukturqualität bzw. zu den Mindestmengen planungsrelevante Qualitätsindikatoren ableiten lassen.<sup>91</sup>
72. Der erste Bericht zu den einrichtungsbezogenen Auswertungen für das Datenjahr 2017 wurde am 31. Oktober 2018 veröffentlicht<sup>92</sup>, die Auswertungen für 2018 ein Jahr darauf.<sup>93</sup>

### 3. Vertragskrankenhäuser

73. Nicht bereits als Hochschulkliniken oder über den Landeskrankenhausplan zugelassene Krankenhäuser dürfen nur dann Behandlungen mit den Krankenkassen abrechnen, wenn sie nach § 109 Abs. 1 Satz 1 SGB V einen Versorgungsvertrag mit den

---

<sup>87</sup> § 8 Abs. 1b KHG.

<sup>88</sup> Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG), BT-Drs. 18/5372, Zu Nummer 3 (§ 8), Buchstabe a, S. 51.

<sup>89</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136 Absatz 1 SGB V i.V.m. § 136c Absatz 1 und Absatz 2 SGB V, Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren – plan. QI-RL in der Fassung vom 15.12.2016, [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1368/plan-QI-RL\\_2016-12-15\\_iK\\_2017-03-24.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1368/plan-QI-RL_2016-12-15_iK_2017-03-24.pdf).

<sup>90</sup> Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Liste der Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Abs. 1 SGB V: Liste planungsrelevanter Qualitätsindikatoren vom 15.12.2016, [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2816/2016-12-15\\_PlanQI-RL\\_Liste-planQI\\_BAnz.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2816/2016-12-15_PlanQI-RL_Liste-planQI_BAnz.pdf).

<sup>91</sup> Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Folgebeauftragung des IQTIG zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Abs. 1 SGB V vom 18.05.2017, [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2956/2017-05-18\\_IQTIG-Folgebeauftragung\\_planQI.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2956/2017-05-18_IQTIG-Folgebeauftragung_planQI.pdf).

<sup>92</sup> Planungsrelevante Qualitätsindikatoren – G-BA veröffentlicht ersten Bericht zu den Auswertungsergebnissen 2017, G-BA-Pressemitteilung vom 31.10.2018, <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen/771/>.

<sup>93</sup> Planungsrelevante Qualitätsindikatoren – Auswertungsergebnisse für 2018 liegen vor, G-BA-Pressemitteilung vom 31.10.2019, <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen/822/>.

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben (sog. Vertragskrankenhäuser).<sup>94</sup> Dies ist aber nur dann möglich, wenn hierzu Bedarf besteht. Ein Anspruch auf Abschluss eines solchen Vertrages besteht nicht. Ein Versorgungsvertrag kann die Krankenhausplanung grundsätzlich nur in Teilbereichen ergänzen und bedarf der Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde.<sup>95</sup>

74. Der Versorgungsvertrag kann wie bei den Plankrankenhäusern nach § 110 Abs. 1 SGB V gekündigt werden.

### III. Entgeltregelungen für zugelassene Krankenhäuser

75. Die Entgelte für die Krankenhausbehandlung von zugelassenen Krankenhäusern unterliegen speziellen Regelungen, die Auswirkungen auf den Spielraum für wettbewerbliche Handlungsoptionen haben.

#### 1. Plankrankenhäuser

76. Die Finanzierung der Plankrankenhäuser erfolgt in Deutschland regelmäßig über zwei Säulen (sog. duale Finanzierung)<sup>96</sup>: Krankenhausentgelte für den laufenden Betrieb und Zuschüsse der Bundesländer für Infrastrukturmaßnahmen.<sup>97</sup>

##### a) Leistungsbereiche und Krankenhausentgelte

77. Krankenhausentgelte werden für die Krankenhausbehandlungen von den Krankenkassen bzw. den Patienten<sup>98</sup> gezahlt. Die Grundlage für die Entgelte unterscheidet sich dabei danach, ob es sich um stationäre Leistungen, Wahlleistungen, vor- und nachstationäre Behandlungen oder ambulante Krankenhausbehandlungen<sup>99</sup> handelt.

##### aa) Entgelte für stationäre Behandlungen

78. Zur stationären Krankenhausversorgung zählen die vollstationäre und die teilstationäre Behandlung. Dabei ist die vollstationäre Krankenhausbehandlung durch die geplante ununterbrochene Aufenthaltsdauer des Patienten von mindestens einem Tag und einer

---

<sup>94</sup> § 108 Nr. 3 SGB V.

<sup>95</sup> § 109 Abs. 3 SGB V.

<sup>96</sup> § 4 KHG.

<sup>97</sup> § 8 Abs. 2 KHG.

<sup>98</sup> Wenn die Patienten über eine substitutive private Krankenversicherung verfügen oder beihilfeberechtig sind. Je nach Vereinbarung leisten die Unternehmen der privaten Krankenversicherung bzw. der Beihilfeträger auch unmittelbar an die Krankenhausträger.

<sup>99</sup> § 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V.

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

Nacht im Krankenhaus gekennzeichnet.<sup>100</sup> Die teilstationäre Behandlung findet hingegen zeitlich begrenzt entweder tagsüber statt (Tageskliniken), wobei die Nacht zu Hause verbracht wird, oder aber die Behandlung wird abends und nachts durchgeführt (Nachtkliniken). Teilstationäre Krankenhausbehandlungen erstrecken sich regelmäßig über einen längeren Zeitraum und erfordern angesichts der Krankheitsbilder zwar die medizinisch-organisatorische Infrastruktur eines Krankenhauses, nicht aber die ununterbrochene Anwesenheit des Patienten im Krankenhaus.<sup>101</sup>

79. Im Bereich der Neurologie kombiniert die neurologische Frührehabilitation Phase B die Akutbehandlung (Phase A) mit der Behandlung in Rehabilitationskliniken (Phasen C und D). Seit Inkrafttreten des SGB IX im Jahr 2001 und der Neuformulierung des § 39 Abs. 1 SGB V ist die neurologische Frührehabilitation Phase B leistungsrechtlich der Krankenhausbehandlung zugeordnet. Die Versorgungsbereiche der Phasen C und D werden hingegen als Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V vereinbart und vergütet.<sup>102</sup>

### (1) Vergütung mit Fallpauschalen (DRG)

80. Die Krankenhausentgelte für voll- und teilstationäre Behandlungen werden gemäß § 17b KHG sowie auf der Grundlage des Krankenhausentgeltgesetzes nach Fallpauschalen berechnet und gelten für alle Patienten des Krankenhauses, also unabhängig davon, ob eine Krankenkasse oder der Patient zur Zahlung verpflichtet ist.<sup>103</sup> Das in Deutschland geltende pauschalierende Vergütungssystem für stationäre somatische Krankenhausleistungen ist eine Adaption des australischen Systems der AR-DRG (Australian Refined Diagnosis Related Groups) und wird als G-DRG-System (German Diagnosis Related Groups-System) bezeichnet. Nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten im Jahr 2020 wird das G-DRG-System jetzt als aG-DRG-System bezeichnet.
81. Die Entgelte werden danach wie folgt bestimmt: Alle stationären Leistungen für die Patienten sind anhand der Haupt- und Nebendiagnosen für den einzelnen Behandlungsfall und anhand der fallbezogen durchgeführten Behandlungen in Fallgruppen, (DRG) klassifiziert. Für jeden stationären Behandlungsfall gibt es nur eine DRG. Für die Zuordnung eines Falles zu einer DRG sind vor allem die Hauptdiagnose nach der

---

<sup>100</sup> BSG, Urt. v. 4.03.2004, B 3 KR 5/03, juris-Rn. 27.

<sup>101</sup> BSG, Urt. v. 4.03.2004, B 3 KR 5/03, juris-Rn. 28.

<sup>102</sup> Krankenhausplan 2017 des Landes Schleswig-Holstein, Kap. 7.5, S. 33., [https://www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/K/krankenhaeuser/Downloads/Krankenhausplan\\_2017\\_Teil\\_A.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=10](https://www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/K/krankenhaeuser/Downloads/Krankenhausplan_2017_Teil_A.pdf?__blob=publicationFile&v=10).

<sup>103</sup> § 8 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG.

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

ICD-10-Klassifikation und die vom Krankenhaus durchgeführten Maßnahmen (Operationen und Prozeduren nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte, sog. OPS-Schlüssel)<sup>104</sup> entscheidend. Ferner werden der Schweregrad der Erkrankung, Nebendiagnosen und Komplikationen sowie weitere Parameter, wie Alter, Geschlecht oder Geburtsgewicht, herangezogen. Der für das Jahr 2015 auf Bundesebene nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 KHEntgG zwischen dem GKV-Spitzenverband, dem Verband der Privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vereinbarte Fallpauschalenkatalog enthält insgesamt 1.154 verschiedene DRGs.<sup>105</sup>

82. Die DRGs werden durch einen vierstelligen alphanumerischen Code bezeichnet. An erster Stelle bezeichnet ein Buchstabe eine der aktuell 25 Hauptdiagnosegruppen (MDC), die folgende zweistellige Nummer bezeichnet die Subkategorie innerhalb der MDC. Der Buchstabe an der vierten Stelle unterscheidet DRGs innerhalb einer Basis-DRG anhand ihres Ressourcenverbrauchs, Z steht für Gruppen ohne weitere Differenzierung nach Schweregrad.<sup>106</sup>
83. Jeder DRG ist dabei ein sog. Kostengewicht zugeordnet, das auf einen Referenzfall mit der Bewertungsrelation 1 bezogen ist. Je größer und schwieriger der Behandlungsaufwand, desto höher das Kostengewicht, so dass die DRG den durchschnittlichen Ressourcenaufwand aufgrund der Fallschwere abbildet.
84. Das Kostengewicht einer DRG ergibt sich dabei aus den mittleren Kosten der um Verweildauerextreme bereinigten Fälle, die von den an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäusern an das InEK gemeldet wurden. 2016 erfolgte mit dem Krankenhausstrukturgesetz eine Anpassung. Aufgrund der zeitlichen Differenz von zwei Jahren zwischen dem Anwendungsjahr der Bewertungsrelationen und den zu Grunde liegenden Kostendaten der Krankenhäuser kann es zwischenzeitlich zu Verschiebungen bei der ursprünglichen Verteilung der Anteile von Sach- und Personalkosten der einzelnen

---

<sup>104</sup> Zur amtlichen Klassifikation des OPS-Schlüssels siehe: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/ops/>.

<sup>105</sup> Anlage 1 zur Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2015 (Fallpauschalenvereinbarung 2015 - FPV 2015) zwischen GKV-Spitzenverband und PKV-Verband gemeinsam und einheitlich sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemäß § 17b Abs. 2 KHG, veröffentlicht auf der Internetseite des InEK unter: [https://www.g-drg.de/Archiv/DRG\\_Systemjahr\\_2015\\_Datenjahr\\_2013](https://www.g-drg.de/Archiv/DRG_Systemjahr_2015_Datenjahr_2013).

<sup>106</sup> Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), G-DRG-System – Fallpauschalen in der stationären Versorgung, <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/anwendung/zweck/index.html>.

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

Leistungen kommen. Diese sog. Kalkulationslücke kann dazu führen, dass Preissenkungen bei den Sachkosten nicht hinreichend abgebildet werden, dies bei sachkostenintensiven Leistungen zu Erlösvorteilen führt und es dadurch Fehlanreize zur verstärkten Erbringung dieser Leistungen zu Lasten von personalkostenintensiven Behandlungen gibt.<sup>107</sup> Die Vertragsparteien auf Bundesebene wurden daher beauftragt, auf der Grundlage eines Konzepts der InEK eine Vereinbarung für sachgerechte Korrekturen der Bewertungsrelationen zu erarbeiten.<sup>108</sup> Im Ergebnis einigten sie sich darauf, das vom InEK vorgelegte Konzept für das Jahr 2017 nur in Höhe von 50 Prozent und für das Jahr 2018 in Höhe von 60 Prozent wirksam werden zu lassen.<sup>109</sup> Dies bedeutet bei der Ermittlung der Relativgewichte eine Absenkung der Sachkostenanteile aller DRG von zunächst rd. 5,8 Prozent bei gleichzeitiger Aufwertung der Personal- und Infrastrukturkosten um rd. 1,3 Prozent.<sup>110</sup>

85. Eine weitere Anpassung erfolgte 2016 durch eine gezielte Absenkung bzw. Abstufung von Bewertungsrelationen für solche Leistungen, bei denen es Anhaltspunkte dafür gibt, dass deren Mengenausweitung ökonomisch indiziert ist.<sup>111</sup> Aufgrund einer Vereinbarung der Vertragspartner auf Bundesebene wurden letztendlich die Bewertungsrelationen der DRGs in den operativen Leistungsbereichen „Bandscheibenoperationen (I10D-I10H)“ und „Hüftendoprothetik (I47C)“ abgesenkt. Die Höhe der Absenkung folgt dabei der Korrektur der Anteile der Sachkosten in den Bewertungsrelationen, jedoch ausgeweitet auf die gesamten Kostenanteile der Fallpauschalen.<sup>112</sup> Zudem wird für die beiden nicht operativen Fallpauschalen im Leistungsbereich „Konservative Behandlung von Wirbelsäulenerkrankungen“ I68D und I68E eine Abstufung der Bewertungsrelationen durchgeführt. Leistungen von Krankenhäusern, deren Fallzahlen unter dem

---

<sup>107</sup> Jaeger/Draheim, Alles neu in 2017 – DRG-Kalkulation 2.0, Das Krankenhaus 2017, S. 22.

<sup>108</sup> § 17b Abs. 1 Satz 6 KHG.

<sup>109</sup> § 1 Vereinbarung gemäß § 17b Absatz 1 Satz 6 KHG zur Korrektur der Anteile der Sachkosten in den Bewertungsrelationen (Sachkostenvereinbarung) zwischen dem GKV-Spitzenverband, dem PKV-Verband - gemeinsam - und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 24.08.2016, veröffentlicht unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/krankenhaeuser/drg/drg\\_2017/KH\\_Sachkostenvereinbarung\\_24082016.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/drg/drg_2017/KH_Sachkostenvereinbarung_24082016.pdf).

<sup>110</sup> Jaeger/Draheim, Alles neu in 2017 – DRG-Kalkulation 2.0, Das Krankenhaus 2017, S. 24; GKV Spitzenverband, Geschäftsbericht 2016, S. 38 f.

<sup>111</sup> § 17b Abs. 1 Satz 5 KHG.

<sup>112</sup> Vereinbarung gemäß § 17b Absatz 1 Satz 5 zweiter Halbsatz KHG i. V. m. § 9 Absatz 1c KHEntgG zur gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen zwischen dem GKV-Spitzenverband, dem PKV-Verband - gemeinsam - und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 29.08.2016, veröffentlicht unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/krankenhaeuser/drg/drg\\_2017/KH\\_Absenkung\\_Bewertungsrelationen\\_Vereinbarung\\_29082016\\_Stand\\_02092016.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/drg/drg_2017/KH_Absenkung_Bewertungsrelationen_Vereinbarung_29082016_Stand_02092016.pdf).

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

Median liegen, werden nicht abgesenkt. Leistungen der Krankenhäuser, deren Fallzahlen über dem Median liegen, werden entsprechend der oben beschriebenen Systematik herabgesetzt.<sup>113</sup> Dadurch entsteht eine Abstufung in Abhängigkeit von den erbrachten Fallzahlen.

86. Zur Berechnung des Entgeltes für die jeweilige Krankenhausbehandlung wird die Bewertungsrelation der DRG mit dem sog. Basisfallwert multipliziert. Dabei handelt es sich um einen einheitlichen Bewertungsmaßstab auf Landesebene, der als Euro-Betrag zwischen den Landeskrankenhausgesellschaften, den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem jeweiligen Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung vereinbart wird.<sup>114</sup> Hierzu werden die Summe der effektiven Bewertungsrelationen und Erlössummen für die Fallpauschalen der Krankenhäuser aus dem Vorjahr herangezogen und die in § 10 Abs. 3 KHEntgG aufgeführten Faktoren (u.a. allgemeine Kostenentwicklungen oder Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven) berücksichtigt.
87. Der Basisfallwert wird nach § 10 Abs. 1 KHEntgG jährlich von den Vertragsparteien auf Landesebene für das Folgejahr vereinbart. Für Veränderungen des Basisfallwerts gilt der sog. Veränderungswert als Höchstgrenze.<sup>115</sup> Der Veränderungswert steht in Abhängigkeit der durchschnittlichen Veränderungsrate der Löhne und Gehälter der Krankenkassenmitglieder (Grundlohnrate) und der tatsächlichen Kostenentwicklung der Krankenhäuser (Orientierungswert). Während die Grundlohnrate vom Bundesministerium für Gesundheit festgestellt wird<sup>116</sup>, ermittelt und veröffentlicht das Statistische Bundesamt den Orientierungswert<sup>117</sup>.
88. Liegt die Grundlohnrate über dem Orientierungswert, so stellt die Grundlohnrate den Veränderungswert dar (sog. Meistbegünstigungsklausel).<sup>118</sup> Liegt die Grundlohnrate unter dem Orientierungswert, vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene den Veränderungswert. Dabei muss der Veränderungswert mindestens die Grundlohnrate

---

<sup>113</sup> Ergänzungsvereinbarung zur Vereinbarung gemäß § 17b Absatz 1 Satz 5 zweiter Halbsatz KHG i. V. m. § 9 Absatz 1c KHEntgG zur gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen zwischen dem GKV-Spitzenverband, dem PKV-Verband - gemeinsam - und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 29.08.2016.

<sup>114</sup> § 10 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG.

<sup>115</sup> § 10 Abs. 4 Satz 1 KHEntgG.

<sup>116</sup> § 71 Abs. 3 SGB V.

<sup>117</sup> § 10 Abs. 6 Satz 1 KHEntgG.

<sup>118</sup> § 10 Abs. 6 Satz 2 KHEntgG.

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

abdecken und darf die Grundlohnrate bis zu einem Drittel der Differenz zwischen Grundlohnrate und Orientierungswert übersteigen.<sup>119</sup>

89. Für die meisten DRG-Fallpauschalen ist eine untere und eine obere Grenzverweildauer berechnet worden, um zu verhindern, dass Patienten zu früh entlassen oder zu lange im Krankenhaus bleiben. Bis zur oberen Grenzverweildauer des Fallpauschalen-Katalogs erhält das Krankenhaus die DRG-Pauschalvergütung. Erreicht die Aufenthaltsdauer des Patienten die untere Grenzverweildauer nicht, wird pro Tag ein Abschlag von der Fallpauschale vorgenommen. Ist der Patient hingegen länger im Krankenhaus als nach der oberen Grenzverweildauer vorgesehen, wird für jeden weiteren Belegungstag ein belegungstagbezogenes Entgelt abgerechnet.<sup>120</sup>
90. Wird ein Patient zwischen zwei Krankenhäusern verlegt, rechnet jedes Krankenhaus eine eigene Fallpauschale ab. Wenn die im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesene mittlere Grenzverweildauer einer DRG-Fallpauschale unterschritten wird, ist ein im Fallpauschalenkatalog enthaltener Abschlag für jeden Tag unterhalb der Grenzverweildauer vorzunehmen. Es wird dann davon ausgegangen, dass das Krankenhaus nicht die volle Leistung der Fallpauschale erbracht hat. Dies betrifft sowohl das verlegende als auch das aufnehmende Krankenhaus.<sup>121</sup>
91. Im Hinblick auf die DRG-Erlöse werden gesetzlich vorgesehene Abschläge und Zuschläge vorgenommen, wie z.B. für die Finanzierung des DRG-Systems oder des G-BA.<sup>122</sup>

---

<sup>119</sup> § 10 Abs. 6 Satz 3 KHEntgG i.V.m. § 9 Abs. 1b Satz 1 KHEntgG.

<sup>120</sup> § 1 Abs. 2 und 3 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2015 (Fallpauschalenvereinbarung 2015 - FPV 2015) zwischen GKV-Spitzenverband und PKV-Verband gemeinsam und einheitlich sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemäß § 17b Abs. 2 KHG, veröffentlicht auf der Internetseite der Deutschen Krankenhausgesellschaft unter: [http://www.dkgev.de/media/file/18037.Vereinbarung\\_zum\\_Fallpauschalensystem\\_fuer\\_Krankenhaeuser\\_fuer\\_das\\_Jahr\\_2015\\_.pdf](http://www.dkgev.de/media/file/18037.Vereinbarung_zum_Fallpauschalensystem_fuer_Krankenhaeuser_fuer_das_Jahr_2015_.pdf); AOK-Bundesverband, Lexikon – Verweildauer, [http://aok-bv.de/lexikon/v/index\\_00087.html](http://aok-bv.de/lexikon/v/index_00087.html).

<sup>121</sup> § 3 FPV 2015.

<sup>122</sup> § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG; eine Übersicht zu den Zu- und Abschlägen im Rahmen der Krankenhausabrechnung 2015 nach dem Krankenhausentgeltgesetz findet sich auf der Internetseite des AOK-Bundesverbands unter: [https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/krankenhaus/abrechnung/zuschlaege/uebersicht\\_zu\\_abschlaege\\_drg\\_2015.pdf](https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/krankenhaus/abrechnung/zuschlaege/uebersicht_zu_abschlaege_drg_2015.pdf).



## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

### (2) Zusatzentgelte und krankenhausindividuelle Entgelte

92. Ferner rechnen die Krankenhäuser bestimmte Zusatzentgelte zu den DRG-Fallpauschalen ab.<sup>123</sup> Deren Höhe ist entweder bundeseinheitlich festgelegt<sup>124</sup> oder wird zwischen den Krankenhausträgern und den Krankenkassen, auf die mehr als 5 Prozent der Belegungstage des Krankenhauses entfallen, krankenhausindividuell vereinbart<sup>125</sup>.
93. Die Krankenhäuser können also für bestimmte stationäre Leistungen, die nicht mit den DRG-Fallpauschalen bzw. den hierzu geregelten Zusatzentgelten vergütet werden, mit den Krankenkassen, auf die mehr als 5 Prozent der Belegungstage des Krankenhauses entfallen, krankenhausindividuelle Entgelte sowie Zusatzentgelte vereinbaren, soweit diese dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses entsprechen.<sup>126</sup> 2015 betraf dies die folgenden Leistungen:<sup>127</sup>
- voll- und teilstationäre Leistungen, die ab dem Jahr 2015 noch nicht mit den bewerteten DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet wurden (Anlagen 3a und 3b sowie 4 bzw. 6 der FPV 2015),<sup>128</sup>
  - unbewertete teilstationäre Leistungen, die nicht in Anlage 3b der FPV 2015 aufgeführt sind,<sup>129</sup>
  - Leistungen von besonderen Einrichtungen im Sinne von § 17b Abs. 1 Satz 10 KHG,<sup>130</sup>
  - neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (§ 6 Abs. 2 KHEntgG),
  - Zusatzentgelte für spezialisierte Leistungen in eng begrenzten Ausnahmefällen, die den Fallpauschalen und Zusatzentgelten zwar zugeordnet werden können, mit ihnen aber nicht sachgerecht vergütet werden (§ 6 Abs. 2a KHEntgG).

---

<sup>123</sup> § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2, 3, 5 und 6 KHEntgG.

<sup>124</sup> § 7 Abs. 2 Nr. 2 KHEntgG, i.V.m. Anlagen 2 und 5 zur FPV 2015, [http://www.dkgev.de/media/file/18039.Fallpauschalenkatalog\\_2015\\_140923.pdf](http://www.dkgev.de/media/file/18039.Fallpauschalenkatalog_2015_140923.pdf).

<sup>125</sup> § 7 Abs. 2 Nr. 3 KHEntgG.

<sup>126</sup> § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 und 6 KHEntgG i.V.m. §§ 6, 11 Abs. 1 KHEntgG.

<sup>127</sup> Hinweise der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu den Budget- und Entgeltverhandlungen für das Jahr 2015 nach dem Krankenhausentgeltgesetz, Stand: 27.01.2015, 2.4.1, S. 33, [http://www.kgmv.de/images/dokumente/Finanzierung/2015/RS042-15\\_Anlage\\_Budgethinweise\\_KHEntgG\\_2015.pdf](http://www.kgmv.de/images/dokumente/Finanzierung/2015/RS042-15_Anlage_Budgethinweise_KHEntgG_2015.pdf).

<sup>128</sup> § 7 Abs. 1 Nr. 5 KHEntgG, § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 FPV 2015 und § 5 Abs. 2 FPV 2015.

<sup>129</sup> § 6 Abs. 1 KHEntgG, § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 FPV 2015.

<sup>130</sup> § 7 Abs. 1 Nr. 5 KHEntgG, § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 FPV 2015. Welche besondere Einrichtungen von der Anwendung der DRG-Fallpauschalen ausgenommen sind, regelt § 1 der jährlichen Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen (VBE) zwischen GKV-Spitzenverband und PKV-Verband gemeinsam und der Deutschen Krankenhausgesellschaft, für 2015: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/krankenhaeuser/drg/besondere\\_einrichtungen/KH\\_DRG\\_VBE\\_2015\\_ohne\\_Unterschr.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/drg/besondere_einrichtungen/KH_DRG_VBE_2015_ohne_Unterschr.pdf).

### (3) Das Krankenhausbudget

94. Die Krankenhausträger verhandeln mit den Krankenkassen, auf die mehr als 5 Prozent der Belegungstage des Krankenhauses entfallen, jedes Jahr für das einzelne Krankenhaus ein Erlösbudget, mit dem die somatischen voll- und teilstationären Leistungen vergütet werden.<sup>131</sup> Die Krankenkassen gemeinsam vereinbaren mit dem jeweiligen Krankenhausträger die Leistungsmenge eines Krankenhauses für das Folgejahr. Aus der Art und Menge der vereinbarten DRGs wird der Casemix als Summe der Bewertungsrelationen des einzelnen Krankenhauses berechnet. Das jährliche Krankenhausbudget wird errechnet, indem der Casemix mit dem Landesbasisfallwert multipliziert und die Summe der Zusatzentgelte addiert wird.<sup>132</sup> Leistungen der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V, Wahlleistungen und belegärztliche Leistungen sind nicht Gegenstand des Budgets.<sup>133</sup>
95. Werden im Vergleich zum Vorjahr Mehrleistungen vereinbart, unterlagen diese bis Ende 2016 grundsätzlich für drei Jahre einem Vergütungsabschlag in Höhe von 25 Prozent (sog. Mehrleistungsabschlag). Ausgenommen waren dabei Leistungssteigerungen, die Entgelte mit einem Sachkostenanteil von mehr als 2/3 oder Transplantationen betrafen, Kapazitätsausweitungen aufgrund der Landeskrankenhausplanung oder Investitionsförderung sowie unzumutbare Härtefälle.<sup>134</sup> Hinzu trat eine Kürzung des Landesbasisfallwerts, wenn die gesamte Leistungsmenge in dem Bundesland im Vergleich zur Menge des Vorjahres angestiegen war (sog. doppelte Degression).<sup>135</sup> Diese Kürzung betraf alle Krankenhäuser des Bundeslandes unabhängig davon, ob sie ihre Leistungen tatsächlich gesteigert hatten oder nicht.<sup>136</sup>

---

<sup>131</sup> § 11 Abs. 1 KHEntgG i.V.m. § 18 Abs. 2 KHG.

<sup>132</sup> AOK-Bundesverband, Lexikon – Krankenhausvergütung, [http://aok-bv.de/lexikon/k/index\\_00440.html](http://aok-bv.de/lexikon/k/index_00440.html).

<sup>133</sup> *Vollmöller* in: Dettling/Gerlach, Krankenhausrecht, 2. Aufl., § 4 KHEntgG, Rn. 6.

<sup>134</sup> § 4 Abs. 2a KHEntgG, vgl. Hinweise der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu den Budget- und Entgeltverhandlungen für das Jahr 2015 nach dem Krankenhausentgeltgesetz, Stand: 27.01.2015, 2.1, S. 9 f., [http://www.kgm.de/images/dokumente/Finanzierung/2015/RS042-15\\_Anlage\\_Budget-hinweise\\_KHEntgG\\_2015.pdf](http://www.kgm.de/images/dokumente/Finanzierung/2015/RS042-15_Anlage_Budget-hinweise_KHEntgG_2015.pdf).

<sup>135</sup> § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG in der vor dem 01.01.2016 geltenden Fassung, zum Wortlaut siehe: <http://www.buzer.de/gesetz/507/al53123-0.htm>.

<sup>136</sup> Rau, Das Krankenhausstrukturgesetz in der Gesamtschau, in: das Krankenhaus 2015, S. 1131, veröffentlicht unter: [http://www.dkgev.de/media/file/22161.DasKrankenhaus-12-15\\_Politik\\_Krankenhausstrukturgesetz\\_Rau.pdf](http://www.dkgev.de/media/file/22161.DasKrankenhaus-12-15_Politik_Krankenhausstrukturgesetz_Rau.pdf); Roeder/Bundezmeier/Heumann, Das KHSG und seine potenziellen Auswirkungen auf die Leistungsvergütung der Krankenhäuser, in: das Krankenhaus 2015, S. 626, veröffentlicht unter: <https://www.kgsh.de/pub/lit/anl/kh0715.pdf>.

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

96. Seit 2017 wird an Stelle des Mehrleistungsabschlags ein Fixkostendegressionsabschlag für die im Krankenhausbudget im Vergleich zum Vorjahr vereinbarten zusätzlichen Leistungsmengen angewendet.<sup>137</sup> Die Kostenvorteile aus zusätzlichen Leistungen werden hierdurch krankenhausesindividuell preismindernd berücksichtigt und führen nicht mehr zusätzlich auf der Landesebene zu einer Absenkung des Landesbasisfallwerts.<sup>138</sup> Der Abschlag gilt für die vereinbarten Mehrleistungen für 3 Jahre. Die Höhe war kraft Gesetzes für die Jahre 2017 und 2018 auf jeweils 35 Prozent festgesetzt und sollte danach auf Landesebene vereinbart werden.<sup>139</sup> Zusätzlich war vorgesehen, dass abweichend von den Vereinbarungen auf Landesebene für Leistungen mit höherer Fixkostendegression von den Vertragspartnern vor Ort ein höherer Abschlag bzw. eine längere Dauer zu vereinbaren ist. Gleiches galt für Leistungen, bei denen bereits in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten sind, und deren DRG-Bewertungsrelation nicht bereits abgesenkt oder abgestuft wurde.<sup>140</sup> Der Abschlag war für die Jahre 2017 und 2018 auf 50 Prozent begrenzt.<sup>141</sup>
97. Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz<sup>142</sup> wurde in § 4 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG der Fixkostendegressionsabschlag ab 2019 dauerhaft auf 35 Prozent festgelegt. Die Möglichkeit der Vereinbarung eines höheren Abschlags bzw. einer längeren Dauer auf Ortsebene wurde zugleich gestrichen.<sup>143</sup> Bestimmte Leistungen sind gesetzlich vom Fixkostendegressionsabschlag ausgenommen.<sup>144</sup> Für Leistungen, die nicht mengenanfällig sind, gilt nur der halbe Abschlag.<sup>145</sup> Der Katalog dieser Leistungen wurde zwischen den Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbart.<sup>146</sup> Ferner wird der Abschlag auch dann

---

<sup>137</sup> § 4 Abs. 2b KHEntgG.

<sup>138</sup> Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG), BT-Drs. 18/5372, Begründung B. Besonderer Teil, Zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes – KHEntgG) Nummer 4 (§ 4) Buchstabe d), S. 59; Rau, Das Krankenhausstrukturgesetz in der Gesamtschau, in: das Krankenhaus 2015, S. 1131, veröffentlicht unter: [http://www.dkgev.de/media/file/22161.DasKrankenhaus-12-15\\_Politik\\_Krankenhausstrukturgesetz\\_Rau.pdf](http://www.dkgev.de/media/file/22161.DasKrankenhaus-12-15_Politik_Krankenhausstrukturgesetz_Rau.pdf).

<sup>139</sup> § 10 Abs. 13 KHEntgG.

<sup>140</sup> § 4 Abs. 2b Satz 2 KHEntgG.

<sup>141</sup> § 4 Abs. 2b Satz 9 KHEntgG.

<sup>142</sup> Art. 9 Nr. 2 lit. b) aa) Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG), BGBl. I 2018, 2394.

<sup>143</sup> Art. 9 Nr. 2 lit. b) bb) Pflegepersonal-Stärkungsgesetz, Fn. 142.

<sup>144</sup> § 4 Abs. 2a Satz 2 Nr. 1 KHEntgG.

<sup>145</sup> § 4 Abs. 2a Satz 2 Nr. 2 KHEntgG i.V.m. § 9 Abs. 1 Nr. 6 KHEntgG.

<sup>146</sup> § 1 Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) zur Umsetzung des Fixkostendegressionsabschlags zwischen dem GKV-Spitzenverband, Berlin, und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., Köln, gemeinsam sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin, vom 23.09.2016 und Anlage 1 hierzu,

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

halbiert, wenn es eine Leistungsverlagerung zwischen Krankenhäusern gibt, ohne dass die Summe der effektiven Bewertungsrelationen im Einzugsgebiet des Krankenhauses ansteigt.<sup>147</sup> Bei einem Rückgang der vereinbarten Mehrleistungen wird der Abschlag reduziert.<sup>148</sup>

98. Behandelt das Krankenhaus mehr Fälle als im Budget vereinbart, liegt die Erstattung für diese Leistungen also regelmäßig bei 65 Prozent.<sup>149</sup> Behandelt das Krankenhaus hingegen weniger Fälle als vereinbart, werden die Mindererlöse im Vergleich zum Budget zu 20 Prozent ausgeglichen.<sup>150</sup> Für das Jahr 2020 wurde der Fixkostendegressionsabschlag ausgesetzt.<sup>151</sup> Für die Jahre ab 2021 erfolgt die Anwendung des Abschlags nur auf Leistungen, die über dem Leistungsniveau von 2019 liegen.<sup>152</sup>

### (4) Das krankenhaushausindividuelle Pflegebudget

99. Seit dem Jahr 2020 sind die Kosten für das in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen tätige Pflegepersonal („Pflege am Bett“) aus den DRG ausgegliedert<sup>153</sup> und werden über ein krankenhaushausindividuelles Pflegebudget nach dem Selbstkostendeckungsprinzip finanziert.<sup>154</sup> Die Pflege am Bett umfasst die voll- und teilstationäre pflegerische Patientenversorgung durch Pflegepersonal einschließlich der Versorgung in Intensivpflege- und -behandlungseinheiten sowie Dialysestationen.<sup>155</sup> Die Kosten für Pflegekräfte in Notfallambulanzen oder Funktionsdiensten sowie andere Mitarbeitergruppen werden auch weiterhin nicht über das Pflegebudget vergütet, sondern wie bisher über die Fallpauschalen.<sup>156</sup> Die Ausgliederung der Pflege am

---

[http://www.dkgev.de/media/file/31751.Anlage\\_Vereinbarung\\_nach\\_%C2%A7\\_9\\_Abs.\\_1\\_Nr.\\_6\\_KHEntgG\\_zur\\_Umsetzung\\_des\\_Fixkostendegressionsabschlags.pdf](http://www.dkgev.de/media/file/31751.Anlage_Vereinbarung_nach_%C2%A7_9_Abs._1_Nr._6_KHEntgG_zur_Umsetzung_des_Fixkostendegressionsabschlags.pdf).

<sup>147</sup> § 4 Abs. 2a Satz 3 KHEntgG.

<sup>148</sup> § 4 Abs. 2a Satz 5 KHEntgG.

<sup>149</sup> § 4 Abs. 3 Satz 4 KHEntgG. Mehrerlöse aus Zusatzentgelten für Arzneimittel und Medikalprodukte und aus Fallpauschalen für schwerverletzte, insbesondere polytraumatisierte oder schwer brandverletzte Patienten werden nur zu 25% gemindert.

<sup>150</sup> § 4 Abs. 3 Satz 3 HS 1 KHEntgG.

<sup>151</sup> § 4 Abs. 2a Satz 7 KHEntgG.

<sup>152</sup> § 4 Abs. 2a Satz 8 Nr. 4 KHEntgG und § 4 Abs. 2a Satz 9 KHEntgG.

<sup>153</sup> § 17b Abs. 4 KHG.

<sup>154</sup> Hierzu: GKV-Spitzenverband, aDRG-System, aG-DRG 2020, [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/drg\\_system/g\\_drg\\_2020/drg\\_system\\_1.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/drg_system/g_drg_2020/drg_system_1.jsp).

<sup>155</sup> Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG), Zu Nummer 2 (zu § 17b), Buchstabe b, S. 62, [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/P/PpSG\\_Kabinett.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/PpSG_Kabinett.pdf).

<sup>156</sup> § 2 Abs. 2 und 3 der Vereinbarung nach § 17b Absatz 4 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) zur Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten und zur Zuordnung von

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

Bett betrifft ein Finanzvolumen in Höhe von rd. 15 Mrd. Euro von einem Gesamtfinanzierungsvolumen von über 75 Mrd. Euro im Jahr, d.h. einen Anteil von rd. 20 Prozent der Krankenhausvergütung.<sup>157</sup>

100. Das G-DRG-System wurde mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz zum sog. aG-DRG-System fortentwickelt, bei dem die Krankenhausvergütung durch eine Kombination von DRG-Fallpauschalen mit einer krankenhausesindividuellen Vergütung für die Pflege am Bett erfolgt: Die bislang für alle Kosten geltenden DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte wurden um die darin enthaltenen Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung in bettenführenden Stationen auf der Grundlage eines Konzeptes des InEK<sup>158</sup> gemindert.
101. Der G-DRG-Fallpauschalenkatalog wird nun als aG-DRG-Katalog bezeichnet. Zugleich wurden insgesamt 32 DRGs gestrichen und 6 neue geschaffen.<sup>159</sup> Für die ausgegliederten Personalkosten gilt ein gesonderter Pflegeerlöskatalog. Er ergänzt den Fallpauschalenkatalog dergestalt, dass für jede DRG eine Pflegeerlös-Bewertungsrelation pro Tag zusätzlich zur aG-DRG-Bewertungsrelation für die übrigen Betriebskosten ausgewiesen ist.<sup>160</sup>
102. Die Berechnung der Pflegevergütung erfolgt damit nach der gleichen Systematik wie die Vergütung der aG-DRG-Fallpauschalen: Der Krankenhausträger vereinbart ein krankenhausesindividuelles Pflegebudget mit den Krankenkassen und Ersatzkassen, soweit auf ihre Mitglieder insgesamt im Jahr zuvor mehr als 5 Prozent der Belegungs- und Berechnungstage des Krankenhauses ausmachen.<sup>161</sup> Dabei sind ausgehend von der Summe der im Vorjahr für das jeweilige Krankenhaus entstandenen Pflegepersonalkosten die für das Vereinbarungsjahr zu erwartenden Veränderungen gegenüber

---

Kosten von Pflegepersonal (Pflegepersonalabgrenzungsvereinbarung) zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem PKV-Verband gemeinsam sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 18.02.2019, <https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung.pdf>; kritisch hierzu DKG-Hauptgeschäftsführer Baum im Editorial „Auf den politischen Willen kommt es an“ in: das Krankenhaus 2020, S. 641.

<sup>157</sup> „Krankenhausentgeltkatalog 2020 steht fest“, Gemeinsame Pressemitteilung des GKV-Spitzenverbands vom 22.10.2019, [https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv\\_spitzenverband/presse/pressemitteilungen\\_und\\_statements/pressemitteilung\\_925696.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_925696.jsp).

<sup>158</sup> Konzept gem. § 17b Abs. 4 KHG zur Ausgliederung von Pflegepersonalkosten aus dem G-DRG-System, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK), [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/krankenhaueser/drug/drug\\_2020/2019\\_03\\_07\\_KH\\_DRG\\_InEK-Konzept\\_Ausgliederung\\_von\\_Pflegepersonalkosten\\_aus\\_dem\\_DRG-System.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaueser/drug/drug_2020/2019_03_07_KH_DRG_InEK-Konzept_Ausgliederung_von_Pflegepersonalkosten_aus_dem_DRG-System.pdf).

<sup>159</sup> aG-DRG System, <https://reimbursement.institute/glossar/ag-drg-system/>.

<sup>160</sup> Fallpauschalen-Katalog 2020, [https://www.g-drg.de/G-DRG-System\\_2020/Fallpauschalen-Katalog/Fallpauschalen-Katalog\\_2020](https://www.g-drg.de/G-DRG-System_2020/Fallpauschalen-Katalog/Fallpauschalen-Katalog_2020).

<sup>161</sup> § 6a Abs. 1 KHEntgG.

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

dem Vorjahr zu berücksichtigen.<sup>162</sup> Zeigt sich im Jahresabschluss, dass die tatsächlich entstandenen Pflegepersonalkosten von den vereinbarten Kosten abweichen, werden die Mehr- oder Minderkosten im folgenden Jahr ausgeglichen.

103. Die Auszahlung des Pflegebudgets erfolgt anteilig über tagesbezogene Pflegeentgelte für die stationär aufgenommenen Patienten.<sup>163</sup> Dieses Entgelt wird ermittelt, indem die maßgebliche Bewertungsrelation jeweils mit dem krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert multipliziert und das Ergebnis kaufmännisch auf zwei Nachkommastellen gerundet wird. Der krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert errechnet sich als Quotient aus den vereinbarten Pflegepersonalkosten und der Summe der im Fallpauschalenkatalog separat ausgewiesenen Pflegeerlösbewertungsrelationen. Bis zur Verhandlung der krankenhausindividuellen Pflegebudgets beträgt der Pflegeentgeltwert 146,55 Euro; für die Zeit vom 01.04.2020 bis 31.12.2020 wurde er hingegen wegen der SARS-CoV-2-Pandemie auf 185,00 Euro angehoben, seit dem 01.01.2021 beträgt er 163,09 Euro<sup>164</sup>.

### (5) Sicherstellungszuschläge

104. Für Plankrankenhäuser, die aufgrund eines geringen Versorgungsbedarfs ihre basisversorgungsrelevanten Leistungen nicht kostendeckend aus Fallpauschalen und Zusatzentgelten finanzieren können, vereinbaren die Krankenkassen mit dem jeweiligen Krankenhaus nach den bundeseinheitlichen Vorgaben des G-BA Sicherstellungszuschläge nach § 5 Abs. 2 KHEntgG.<sup>165</sup> Voraussetzung ist, dass die zuständige Landesbehörde auf Antrag festgestellt hat, dass die Vorgaben für die Vereinbarung eines solchen Zuschlags erfüllt sind und dass ein Sicherstellungszuschlag zu vereinbaren ist. Dabei wird auch geprüft, ob die Leistung durch ein anderes in dem Bereich tätiges geeignetes Krankenhaus ohne Zuschlag erbracht werden kann.<sup>166</sup> Die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlages führt also dazu, dass das begünstigte Krankenhaus seine Existenzberechtigung stets durch die Leistungsausweitung räumlich benachbarter Krankenhäuser in Frage gestellt sieht.
105. Als basisversorgungsrelevante Leistungen gelten nach den Vorgaben des G-BA das Vorhalten einer Fachabteilung für Innere Medizin und einer Fachabteilung für Chirurgie,

---

<sup>162</sup> § 6a Abs. 2 KHEntgG.

<sup>163</sup> § 7 Abs. 1 Nr. 6a KHEntgG.

<sup>164</sup> § 15 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG.

<sup>165</sup> § 136c Abs. 2 SGB V.

<sup>166</sup> § 5 Abs. 3 Satz 4 KHEntgG.

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

die zur Notfallversorgung der Grund- und Regelversorgung geeignet sind<sup>167</sup>, bzw. das Vorhalten einer Fachabteilung für Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe<sup>168</sup> sowie ergänzend hierzu einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin.<sup>169</sup> Alle weiteren Leistungen werden bei der Vereinbarung des Sicherstellungszuschlags nicht berücksichtigt.<sup>170</sup>

106. Der G-BA hat festgelegt, dass nur solche Plankrankenhäuser einen Sicherstellungszuschlag erhalten können, die für die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung unverzichtbar sind, d.h. im Fall ihrer Schließung die flächendeckende Versorgung gefährdet wäre.<sup>171</sup> Dies ist anhand der Erreichbarkeit eines anderen geeigneten Krankenhauses nach PKW-Fahrzeitminuten festzustellen.<sup>172</sup> Hierzu werden die Einwohner ermittelt, für die das betreffende Krankenhaus nach PKW-Fahrzeitminuten (**PKW-Min.**) das nächstgelegene Krankenhaus ist, und die Fahrzeit mit derjenigen zum zweitnächsten geeigneten Krankenhaus verglichen. Eine Gefährdung der flächendeckenden Versorgung für die Innere Medizin bzw. die Chirurgie ist dann anzunehmen, wenn mindestens 5.000 Einwohner im Fall der Krankenhausschließung eine Fahrzeit von mehr als 30 PKW-Min. zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus benötigen.<sup>173</sup> Im Fall der Gynäkologie bzw. Gynäkologie und Geburtshilfe müssen mindestens 950 Frauen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren Fahrzeiten von mehr als 40 PKW-Min. zum nächsten geeigneten Krankenhaus aufwenden.<sup>174</sup>
107. Der Sicherstellungszuschlag setzt ferner einen geringen Versorgungsbedarf voraus. Dieser liegt vor, wenn die Einwohnerdichte im 30 bzw. 40 PKW-Min.-Radius um das Krankenhaus durchschnittlich unterhalb von 100 Einwohnern bzw. unterhalb von 20 Frauen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren je Quadratkilometer liegt.<sup>175</sup>

---

<sup>167</sup> § 5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 der Regelungen des G-BA für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 des Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) (Sicherstellungszuschläge-Regelungen) in der Fassung vom 24.11.2016, zuletzt geändert am 19.04.2018 (**SZ-Regelung**), veröffentlicht unter: [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1596/SiRe-RL\\_2018-04-19\\_iK\\_2018-05-23.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1596/SiRe-RL_2018-04-19_iK_2018-05-23.pdf).

<sup>168</sup> § 5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SZ-Regelung.

<sup>169</sup> § 5 Abs. 1 Satz 5 SZ-Regelung.

<sup>170</sup> § 4 Abs. 1 Satz 4 SZ-Regelung.

<sup>171</sup> § 3 Satz 1 SZ-Regelung.

<sup>172</sup> § 3 Satz 3 SZ-Regelung.

<sup>173</sup> § 3 Satz 7 SZ-Regelung.

<sup>174</sup> § 3 Satz 8 SZ-Regelung.

<sup>175</sup> § 4 Abs. 1 SZ-Regelung.

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

108. Die Krankenhäuser, die die Anforderungen des § 136c Abs. 3 Satz 2 SGB V erfüllen und damit Sicherstellungszuschläge erhalten, sind nach § 9 Abs. 1a Nr. 6 KHEntgG in eine Liste aufzunehmen. Sie erhalten ab dem Jahr 2020 mit Inkrafttreten von § 5 Abs. 2a KHEntgG eine zusätzliche Finanzierung in Höhe von jeweils 400.000 Euro im Jahr.<sup>176</sup> Für das Jahr 2019 wurden insgesamt 120 Krankenhäuser in diese Liste aufgenommen<sup>177</sup>, ebenso viele für 2020<sup>178</sup> und 121 Krankenhäuser für 2021<sup>179</sup>.

### **(6) Maßnahmen zur Abfederung wirtschaftlicher Folgen der Coronavirus SARS-COV-2-Pandemie**

109. Die Anfang 2020 durch das Coronavirus SARS-COV-2 ausgelöste Pandemie führte u.a. dazu, dass Krankenhäuser ab März 2020 planbare Aufnahmen, Operationen und Eingriffe zunächst für 6 Monate verschoben bzw. ausgesetzt haben. In der sog. zweiten Welle der SARS-COV-2-Pandemie wurden die sog. Freihalte-Pauschalen durch das Dritte Bevölkerungsschutzgesetz vom 18. November 2020 „zielgenauer wieder eingeführt“. Hierdurch haben die Landeskrankenhausplanungsbehörden nach festgelegten Kriterien (insbes. knappe intensivmedizinische Behandlungskapazitäten, 7-Tagesinzidenz und Vorhaltung einer für intensivmedizinische Behandlungen besonders geeigneten Versorgungsstruktur) Anreize für die Krankenhäuser gesetzt, die Verschiebung oder Aussetzung planbarer Aufnahmen, Operationen oder Eingriffe fortzusetzen – zunächst bis Ende Januar 2021<sup>180</sup> und sodann bis zum 15. Juni 2021<sup>181</sup>. Im weiteren Verlauf der Pandemie wurden die „Bestimmungsmöglichkeiten“ der Länder und somit

---

<sup>176</sup> Art. 10 Nr. 1a Pflegepersonal-Stärkungsgesetz, BGBl. I 2018, 2394/2414.

<sup>177</sup> „Diese Kliniken erhalten die Finanzspritze“, Ärzte Zeitung online vom 09.07.2019, [https://www.aerztezeitung.de/praxis\\_wirtschaft/klinikmanagement/article/992133/sicherstellungszuschlaege-diese-kliniken-erhalten-finanzspritze.html](https://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/klinikmanagement/article/992133/sicherstellungszuschlaege-diese-kliniken-erhalten-finanzspritze.html).

<sup>178</sup> Liste der Krankenhäuser gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG für das Jahr 2020, [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/krankenhaeuser/abrechnung/zu\\_abschlaege/Liste\\_Krankenhaeuser9Abs1aNr6\\_KHEntgG-2020.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/abrechnung/zu_abschlaege/Liste_Krankenhaeuser9Abs1aNr6_KHEntgG-2020.pdf).

<sup>179</sup> Anlage zur Vereinbarung der Liste der Krankenhäuser gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG zwischen dem GKV-Spitzenverband sowie dem PKV-Verband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft, [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/krankenhaeuser/abrechnung/zu\\_abschlaege/2020\\_06\\_30\\_Vereinbarung\\_Liste\\_bedarfsnotwendiger\\_laendl\\_KH.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/abrechnung/zu_abschlaege/2020_06_30_Vereinbarung_Liste_bedarfsnotwendiger_laendl_KH.pdf).

<sup>180</sup> Art. 2a Nr. 1 des Dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 18.11.2020 BGBl. I 2020, S. 2397.

<sup>181</sup> § 4 Abs. 1 der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser vom 7. April 2021 i.V.m. Art. 1 Nr. 2 der Ersten Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser vom 1. Juni 2021; zwischenzeitliche Verlängerungen durch die zwei Verordnungen zur Änderung der Verordnung zur Anpassung der Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser nach § 21 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vom 26. Januar 2021 und 24. Februar 2021.



## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

die Möglichkeiten für Krankenhäuser, Ausgleichszahlungen zu erhalten, erweitert.<sup>182</sup> Zugleich mussten die Krankenhäuser Schutzausrüstungen einkaufen sowie ihre Beatmungskapazitäten auf den Intensivstationen erhöhen. Damit die Krisenbewältigung für die Krankenhäuser nicht zu einer defizitären Lage führt oder eine bereits bestehende defizitäre Lage dadurch nicht verschärft wird, wurden auf Bundesebene verschiedene finanzielle Unterstützungsmaßnahmen beschlossen, von denen eine Auswahl in der folgenden Tabelle aufgelistet ist.<sup>183</sup>

---

<sup>182</sup> Siehe §§ 1-3 der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser vom 7. April 2021: Absenkung des Inzidenzwerts nach § 21 Abs. 1a S. 2 KHG von über 70 auf über 50; Sonderregelung bei besonders hoher 7-Tage-Inzidenz (Bestimmung auch unabhängig vom Anteil freier betreibbarer Intensivkapazitäten möglich); Möglichkeit der Bestimmung von Spezialversorgern mit besonderer Expertise bei der Behandlung von Lungen- und Herzkrankungen. Die Verordnung konsolidiert (und ergänzt) die zwischenzeitlich ergangenen Regelungen aus der Verordnung zur Anpassung der Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser nach § 21 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vom 22. Dezember 2020 und ihrer Änderungsverordnungen.

<sup>183</sup> Gesetz zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen (COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz) vom 27.03.2020, BGBl. I 2020, S. 580, und Verordnung zur Anpassung der Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser aufgrund von Sonderbelastungen durch das Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19-Ausgleichszahlungs-Anpassungs-Verordnung – AusglZAV) vom 03.07.2020, <http://www.gesetze-im-internet.de/ausglzav/AusglZAV.pdf>; Gesetz für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser (Krankenhauszukunftsgesetz – KHZG) vom 23.10.2020, BGBl. I 2020, S. 2208; Drittes Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 18.11.2020 BGBl. I 2020, S. 2397; Verordnung zur Anpassung der Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser nach § 21 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vom 22.12.2020, [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/A/BAnz\\_VO\\_Anpruchsberechtigung\\_der\\_Krankenhaeuser.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/A/BAnz_VO_Anpruchsberechtigung_der_Krankenhaeuser.pdf) sowie Gesetze und Verordnungen in Fn. 180 bis Fn. 182.

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

**Tabelle 1: Auswahl COVID-19 bedingter Ausgleichsmaßnahmen**

Maßnahmen zu Gunsten der Krankenhäuser	Zeitraum	Finanzierung
<b>Kompensation von Einnahmeausfällen aus nicht belegten Betten</b> durch eine tagesbezogene Pauschale i.H.v. 560 Euro (§ 21 Abs. 1 KHG)	16. März 2020 bis 12. Juli 2020	Aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds
<b>Kompensation von Einnahmeausfällen aus nicht belegten Betten</b> durch eine tagesbezogene Pauschale - bei somatischen Krankenhäusern nach durchschnittlicher Fallschwere und durchschnittlicher Verweildauer 2019 in 5 Gruppen mit einer Höhe zwischen 360 Euro und 760 Euro, wobei eine Pauschale ab 560 Euro erfordert, dass in der 19. und 20. KW mind. 1x eine intensivmedizinische Behandlung an das DIVI-Intensivregister gemeldet wurde, - für besondere Einrichtungen und sonstige Einrichtungen ohne Case-Mix-Index i.H.v. 560 Euro je ausgebliebenen Patienten und Tag; - bei nur teilstationären Leistungen i.H.v. 280 Euro; - bei nur teilstationären Leistungen als Tages- oder Nachtkliniken i.H.v. 190 Euro (§ 21 Abs. 3 KHG i.V.m. § 1 COVID-19-Ausgleichszahlungs-Anpassungs-Verordnung vom 03.07.2020)	13. Juli 2020 bis 30. September 2020	Aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, aus Bundeshaushalt refinanziert, gehen nicht in den Gesamtbetrag oder die Erlösausgleiche nach dem KHEntG oder der Bundespflegesatzverordnung ein.
<b>Kompensation von Einnahmeausfällen</b> für bestimmte, von der Landeskrankenhausplanungsbehörde festgelegte Krankenhäuser durch eine tagesbezogene Pauschale (§ 21 Abs. 1a KHG .V.m. Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser vom 7. April 2021, zuletzt geändert am 1. Juni 2021)	18. November 2020 bis 15. Juni 2021	Aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds.
<b>Kompensation von Erlösrückgängen im Jahr 2020 gegenüber 2019</b> im Rahmen von krankenhaushausindividuellen Verhandlungen der Vertragsparteien vor Ort (§ 21 Abs. 10-11 KHG)	2020	Krankenkassen, Patienten/PKV
<b>Kompensation von Erlösrückgängen im Jahr 2021 gegenüber dem Jahr 2019</b> im Rahmen von krankenhaushausindividuellen Verhandlungen der Vertragsparteien vor Ort (§ 5 Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser vom 7. April 2021)	2021	Krankenkassen, Patienten/PKV
Bonus in Höhe von 50.000 Euro für jedes zusätzlich geschaffene Intensivbett mit Beatmungsgerät (§ 21 Abs. 5 KHG)	bis 30. September 2020	Aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Länder sollen kurzfristig weitere erforderliche Investitionskosten finanzieren.
<b>Zuschlag für Mehrkosten persönliche Schutzausrüstung</b> je Patient in Höhe von 50 Euro (§ 21 Abs. 6 KHG)	28. März 2020 bis 4. Juli 2020	Krankenkassen, Patienten/PKV
<b>Zuschlag für Mehrkosten persönliche Schutzausrüstung</b> je Patient i.H.v. 50 Euro und i.H.v. 100 Euro im Falle der Corona-Infektion des Patienten (§ 2 COVID-19-Ausgleichszahlungs-Anpassungs-Verordnung)	4. Juli bis 30. September 2020	Krankenkassen, Patienten/PKV
<b>Kompensation für sonstige pandemiebedingte Mehrkosten</b> durch Vereinbarung krankenhaushausindividueller Zuschläge (§ 5 Abs. 3i i.V.m. § 9 Abs. 1a Nr. 9 KHEntG)	1. Oktober 2020 – Ende 2021	Krankenkassen, Patienten/PKV
<b>Erhöhung des "vorläufigen Pflegeentgeltwertes"</b> um rd. 38 Euro; von 147 Euro auf 185 Euro (§ 15 Abs. 2a Satz 1 KHEntG)	1. April 2020 bis 31. Dezember 2020	Krankenkassen, Patienten/PKV
<b>Aussetzung des Fixkostendegressionsabschlages</b> für die Vereinbarung des Erlösbudgets für das Jahr 2020 (§ 21 Abs. 2a Satz 7 KHEntG)	2020	Krankenkassen, Patienten/PKV
<b>Zusatzentgelt</b> für Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 im Krankenhaus (§ 26 KHEntG)	ab 14. Mai 2020	Krankenkassen, Patienten/PKV
<b>Kostentragung</b> für durch den Bund beschaffte Arzneimittel mit Remdesivir (§ 26b KHG)	Oktober 2020 bis März 2021	Aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds sowie von den privaten Krankenversicherungsunternehmen

### bb) Wahlleistungen

110. Die mit den Krankenkassen abrechenbaren Krankenhausbehandlungen müssen nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot eine medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung sicherstellen und dürfen nicht über das Maß des Notwendigen hinausgehen.<sup>184</sup> Mit den sog. Wahlleistungen bieten die Krankenhäuser ihren Patienten zusätzliche Leistungen an, die über die notwendige Versorgung hinausgehen. Sie werden daher nicht von den Krankenkassen erstattet und müssen von den Patienten selbst getragen werden. Die Patienten können die Kosten für die Inanspruchnahme dieser Leistungen aber durch eine private Kranken(zusatz)versicherung abdecken lassen. Wahlleistungen gibt es für die ärztliche Behandlung (Behandlung durch den Chefarzt oder einen

<sup>184</sup> § 12 SGB V.

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

Wahlarzt), für die Unterkunft (insbes. Ein- oder Zweibettzimmer) sowie für zusätzliche Leistungen, die von der Standardbehandlung abweichen (z.B. neue Behandlungsmethoden).<sup>185</sup>

111. Die im Rahmen einer Wahlleistungsvereinbarung von den Chefärzten persönlich erbrachten Leistungen werden nach der Gebührenordnung für Ärzte (GoÄ) abgerechnet. Dabei werden die Gebühren um 25 Prozent gemindert, damit die im ärztlichen Honorar enthaltenen Sachkosten nicht doppelt abgerechnet werden (einmal über das DRG-Krankenhausentgelt, einmal über das Chefarztthonorar).<sup>186</sup> Hat der Krankenhausträger dem Chefarzt ein eigenes Liquidationsrecht eingeräumt, rechnet der Chefarzt seine Leistungen unmittelbar gegenüber dem Patienten ab. Dabei ist er dazu verpflichtet, an den Krankenhausträger ein Nutzungsentgelt für die medizinisch-technische Infrastruktur des Krankenhauses zu zahlen.<sup>187</sup> Nach dem Vertragsmuster der Deutschen Krankenhausgesellschaft ist mittlerweile kein eigenes Liquidationsrecht des Chefarztes mehr vorgesehen. Der Chefarzt erhält vielmehr vom Krankenhaus einen bestimmten Prozentsatz der Brutto-Liquidationserlöse, die vom Krankenhaus mit dem Patienten abgerechnet werden.<sup>188</sup>
112. Für die Wahlleistung Unterkunft im Krankenhaus erheben die Krankenhäuser pro Tag einen bestimmten Zuschlag. Die Bemessungskriterien und die Höhe der Zuschläge haben die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Verband der privaten Krankenversicherung in einer Gemeinsamen Empfehlung vereinbart.<sup>189</sup> Der Verband der privaten Krankenversicherung kann von Krankenhäusern die Herabsetzung eines unangemessen hohen Entgelts für nichtärztliche Wahlleistungen verlangen.<sup>190</sup> Die Angemessenheit bestimmt sich dabei aber nicht nach den vom Krankenhausträger hierfür aufzu-

---

<sup>185</sup> Vgl. Überblick unter <https://www.verbraucherzentrale.de/wahlleistungen-1>.

<sup>186</sup> § 6a GoÄ; PKV-Verband: Wahlärztliche Behandlung (Chefarztbehandlung), <https://www.derprivatpatient.de/krankenhaus/leistungen-der-pkv-im-krankenhaus#Wahlarzt>.

<sup>187</sup> § 19 Abs. 2 KHEntgG.

<sup>188</sup> DKG-Chefarztvertragsmuster – Abkehr von medizinischen Prioritäten und Ausrichtung auf ökonomische Vorgaben, Bundesärztekammer, <http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/versorgung/stationaer/empfehlungen-vertraege/dkg-chefarztvertragsmuster/>; Neuer Mustervertrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft: Die Disziplinierung der Chefärzte schreitet voran, Dt. Ärzteblatt 2007, <https://www.aerzteblatt.de/archiv/57259/Neuer-Mustervertrag-der-Deutschen-Krankenhausgesellschaft-Die-Disziplinierung-der-Chefaerzte-schreitet-voran>.

<sup>189</sup> Gemeinsame Empfehlung gemäß § 22 Absatz 1 BPfIV/§ 17 Absatz 1 KHEntgG zur Bemessung der Entgelte für eine Wahlleistung Unterkunft vom 24.07.2002, <https://www.derprivatpatient.de/sites/default/files/Ge.pdf>.

<sup>190</sup> § 17 Abs. 1 Satz 5 KHEntgG.

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

wendenden Mehrkosten, sondern nach dem Verhältnis zwischen der Höhe der Vergütung und dem objektiven Wert der Gegenleistung, der anhand eines Marktvergleichs festzustellen ist.<sup>191</sup>

### cc) Vor- und nachstationäre Behandlungen

113. Krankenhäuser können nach § 115a SGB V in medizinisch geeigneten Fällen zeitlich begrenzte ambulante vor- und nachstationäre Behandlungen ohne Unterkunft und Verpflegung erbringen, wenn ein Vertragsarzt dem Patienten eine Krankenhauseinweisung ausgestellt hat.
114. Dabei umfasst die vorstationäre Behandlung alle medizinischen Maßnahmen zur Prüfung der Erforderlichkeit einer vollstationären Behandlung oder zur Vorbereitung auf eine vollstationäre Behandlung.<sup>192</sup> Die nachstationäre Behandlung findet im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung statt und dient dazu, den Behandlungserfolg der vollstationären Behandlung zu sichern.<sup>193</sup> Sie muss nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot erforderlich sein, d.h. eine vertragsärztliche ambulante Versorgung darf nicht ausreichend sein.<sup>194</sup> Die nachstationäre Behandlung hat daher im Krankenhaus zu erfolgen, wenn die ambulante Nachsorge aus medizinischen Gründen nur in dem Krankenhaus stattfinden kann, in dem der Patient zuvor vollstationär behandelt wurde. Dies ist etwa der Fall bei komplizierten großen Wunden nach Operationen oder bei problematischem Wundheilungsprozess, damit die Krankenhausärzte den Patienten in den ersten Tagen nach der Entlassung beobachten können, weil sie mit größerer Sicherheit beurteilen können, welche Komplikationen in der speziellen Situation des Patienten zu erwarten sind und toleriert werden können und wann eine erneute vollstationäre Aufnahme unvermeidlich ist.<sup>195</sup>
115. Die Kosten für die vor- und nachstationären Leistungen werden bei der Bemessung der Relativgewichte im DRG-System berücksichtigt und sind daher grundsätzlich durch die DRG-Fallpauschalen abgegolten. Zu einer gesonderten Vergütung nach § 115a SGB V kommt es nur in zwei Fällen: Es wird nur eine vorstationäre Leistung erbracht, ohne dass sich eine vollstationäre Krankenhausbehandlung anschließt, oder

---

<sup>191</sup> OLG Karlsruhe, Urt. v. 11.12.2015, 10 U 32/13, juris-Rn. 72 ff.; BGH, Urt. v. 12.03.2003, IV ZR 278/01, juris-Rn. 20.

<sup>192</sup> § 115a Abs. 1 Nr. 1 SGB V.

<sup>193</sup> § 115a Abs. 1 Nr. 2 SGB V.

<sup>194</sup> BSG, Urt. v. 17.09.2013, B 1 KR 51/12 R, juris-Leitsatz Nr. 1 und Rn. 14.

<sup>195</sup> BSG, Urt. v. 17.07.2013, B 6 KA 14/12 R, juris-Rn. 15.

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

die Summe der stationären Belegungstage übersteigt die Grenzverweildauer der Fallpauschale.<sup>196</sup>

116. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Bundesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen gemeinsam haben im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf Bundesebene nach § 115a Abs. 3 Satz 3 SGB V konkrete Vergütungspauschalen für Leistungen der vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus empfohlen.<sup>197</sup> Vertragliche Vereinbarungen auf Landesebene zur Höhe der Vergütung zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. Ersatzkassen und dem Landesausschuss des PKV-Verbands einerseits und der Landeskrankenhausgesellschaft bzw. der Vereinigung der Krankenhausträger im Bundesland andererseits im Benehmen mit der kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 115a Abs. 3 Satz 1 SGB V gibt es bislang für die vorstationäre Behandlung von schlafbezogenen Atmungsstörungen bei Erwachsenen in Bayern.<sup>198</sup>

### dd) Entgelte für die ambulante Krankenhausbehandlung

117. Bis zum Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes 1989 gab es eine strikte Trennung zwischen der ambulanten ärztlichen Versorgung durch Vertragsärzte und der stationären Krankenhausbehandlung.<sup>199</sup> Seitdem wurden verschiedene Versorgungsformen der ambulanten somatischen Krankenhausleistungen eingeführt, so dass auch Plankrankenhäuser Patienten ambulant behandeln können:

- Ambulantes Operieren im Krankenhaus (§ 115b SGB V),
- Ambulante Behandlung im Krankenhaus bei Unterversorgung (§ 116a SGB V),
- Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b SGB V),
- Geriatrische Institutsambulanzen (§ 118a SGB V),
- Pädiatrische Spezialambulanzen (§ 120 Abs. 1a SGB V),

---

<sup>196</sup> Köhler-Hohmann in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 115a SGB V, Rn. 73 ff.

<sup>197</sup> Gemeinsame Empfehlung über die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115a Abs. 3 SGB V zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Bundesverbänden der Krankenkassen sowie im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V., [https://www.bwkg.de/daten-fakten/downloads/gesetze-vertraege-verordnungen.html?tx\\_ttnews\[tt\\_news\]=110124&cHash=0d4983ca46ab58061baf5a5945aa76a1](https://www.bwkg.de/daten-fakten/downloads/gesetze-vertraege-verordnungen.html?tx_ttnews[tt_news]=110124&cHash=0d4983ca46ab58061baf5a5945aa76a1).

<sup>198</sup> Vereinbarung nach § 115a Absatz 3 Satz 1 und Satz 2 SGB V über die Behandlung schlafbezogener Atmungsstörungen bei Erwachsenen vom 31.08.2012, [https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/by/krankenhaus/vereinbarungen/laender/vereinbar\\_schlaflaborbayern\\_01\\_10\\_2012.pdf](https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/by/krankenhaus/vereinbarungen/laender/vereinbar_schlaflaborbayern_01_10_2012.pdf).

<sup>199</sup> Leber/Wasem, Ambulante Krankenhausleistungen – ein Überblick, eine Trendanalyse und einige ordnungspolitische Anmerkungen, Krankenhausreport 2016, S. 4.

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

- Disease Management-Programme (§ 137f SGB V),
- Besondere Versorgung (§ 140a SGB V),
- Notfallambulanzen der Krankenhäuser (§§ 75 Abs. 1, 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V),
- Ambulante Versorgung über Terminservicestellen (§ 75 Abs. 1a SGB V).

Eine gewisse Sonderstellung nehmen Sozialpädiatrische Zentren (§ 119 SGB V) ein, die interdisziplinär Kinder und Jugendliche mit Krankheiten behandeln, die Entwicklungsstörungen, Behinderungen, Verhaltensauffälligkeiten bzw. seelische Störungen mit sich bringen können. Neben den somatischen Interventionen führen sie psychotherapeutische, psychosoziale und rehabilitative Interventionen durch.<sup>200</sup>

### (1) Ambulantes Operieren im Krankenhaus

118. Der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Kasernenärztliche Bundesvereinigung (KBV) haben einen Katalog an ambulant durchführbaren Operationen und stationersetzenden Eingriffen für Krankenhäuser (AOP-Katalog) vereinbart.<sup>201</sup> Zur ambulanten Durchführung dieser Eingriffe sind die Krankenhäuser zugelassen, die in den Bereichen stationäre Krankenhausbehandlungen erbringen.<sup>202</sup> Die Teilnahme am ambulanten Operieren ist von den Krankenhäusern gegenüber den Krankenkassen anzuzeigen. Die Abrechnung der Leistungen des AOP-Kataloges erfolgt auf der Grundlage des jeweils zum Zeitpunkt der Leistungserbringung gültigen

---

<sup>200</sup> Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V., Sozialpädiatrische Zentren, <http://www.dgspj.de/institution/sozialpaediatische-zentren/>.

<sup>201</sup> § 3 des Vertrags nach § 115b Abs. 1 SGB V – Ambulantes Operieren und sonstige stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus – (AOP-Vertrag) mit Wirkung zum 01.06.2012, veröffentlicht auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbands: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/krankenhaeuser/ambulante\\_krankenhausleistungen/ambulantes\\_operieren/aop\\_vertrag/KH\\_AOP-Vertrag\\_2012\\_ab\\_06-2012.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/ambulante_krankenhausleistungen/ambulantes_operieren/aop_vertrag/KH_AOP-Vertrag_2012_ab_06-2012.pdf).

<sup>202</sup> § 1 Abs. 1 AOP-Vertrag.

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

Anhangs 2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM).<sup>203</sup> Die Krankenhäuser dürfen aber nur die in den Anlagen zum AOP-Vertrag aufgeführten Operationen abrechnen<sup>204</sup>, die in der Menge nicht begrenzt sind.<sup>205</sup>

119. Ferner können im Krankenhaus tätige Ärzte nach § 116 SGB V durch die kassenärztlichen Zulassungsausschüsse persönlich zur ambulanten Behandlung ermächtigt werden. Voraussetzung dafür ist ein Mangel an niedergelassenen Ärzten einer Fachrichtung oder Bedarf an bestimmten Leistungen. Die von den ermächtigten Ärzten erbrachten ambulanten Leistungen unterliegen den Regeln der vertragsärztlichen Versorgung und deren Honorarsystem<sup>206</sup>.

### (2) Ambulante Behandlung im Krankenhaus bei Unterversorgung

120. Nach § 116a SGB V wird auf Antrag hin ein zugelassenes Krankenhaus vom Zulassungsausschuss in den Planungsbereichen, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Unterversorgung oder zusätzlichen Versorgungsbedarf festgestellt hat, für das entsprechende Fachgebiet zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt. Diese Ermächtigung gilt so lange, bis die Unterversorgung beseitigt oder der zusätzliche Bedarf gedeckt ist. Für den Krankenhausträger gelten die Abrechnungsbestimmungen für Vertragsärzte zur vertragsärztlichen Versorgung. Die Vergütung der ambulanten Krankenhausleistungen erfolgt entsprechend § 120 Absatz 1 SGB V aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung.<sup>207</sup>

### (3) Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

121. Mit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (**ASV**) können Krankenhäuser ihren Patienten mit komplexen, schwer therapierbaren Krankheitsbildern ambulant eine koordinierte Diagnostik und Behandlung durch spezialisierte

---

<sup>203</sup> GKV-Spitzenverband – Krankenversicherung – Krankenhäuser – Ambulante Krankenhausleistungen – Ambulantes Operieren nach § 115b SGB V, [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/ambulante\\_kh\\_leistungen/ambulantes\\_operieren\\_115\\_b/ambulantes\\_operieren\\_115\\_b.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/ambulante_kh_leistungen/ambulantes_operieren_115_b/ambulantes_operieren_115_b.jsp).

<sup>204</sup> § 3 Abs. 1 des Vertrags nach § 115b Abs. 1 SGB V – Ambulantes Operieren und sonstige stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus – (AOP-Vertrag) zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 09.05.2012, veröffentlicht vom GKV-Spitzenverband unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/krankenhaeuser/ambulante\\_krankenhausleistungen/ambulantes\\_operieren/aop\\_vertrag/KH\\_AOP-Vertrag\\_2012\\_ab\\_06-2012.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/ambulante_krankenhausleistungen/ambulantes_operieren/aop_vertrag/KH_AOP-Vertrag_2012_ab_06-2012.pdf).

<sup>205</sup> Vgl. *Friedrich/Tillmanns*, Ambulante Operationen im Krankenhaus in: Krankenhaus-Report 2016, 8.1, S. 128 f.

<sup>206</sup> *Leber/Wasem*, Ambulante Krankenhausleistungen – ein Überblick, eine Trendanalyse und einige ordnungspolitische Anmerkungen, in: Krankenhaus-Report 2016, 1.2.2, S. 6.

<sup>207</sup> *Kuhlmann*, Neue Versorgungsmöglichkeiten für Krankenhäuser durch das GMG, Das Krankenhaus, S. 14, <http://www.dkgev.de/pdf/273.pdf>.

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

Ärzte verschiedener Fachrichtungen anbieten. Der G-BA hat in einer Richtlinie generelle und erkrankungsspezifische Anforderungen für die Versorgung festgelegt.<sup>208</sup> Die Richtlinie erfasst 16 Leistungsbereiche, die verschiedene seltene Erkrankungen und Tumorerkrankungen betreffen.<sup>209</sup> An der ASV teilnehmen können alle nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser, die nachweisen können, dass sie die jeweils maßgeblichen Anforderungen und Voraussetzungen erfüllen. Interessierte Krankenhäuser müssen dies gegenüber dem durch Vertreter der Krankenhäuser erweiterten Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen anzeigen.<sup>210</sup>

122. Die Leistungen der ASV werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet.<sup>211</sup> Hierzu vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemeinsam und einheitlich die Kalkulationssystematik, diagnosebezogene Gebührenpositionen in Euro sowie deren jeweilige verbindliche Einführungszeitpunkte nach Inkrafttreten der entsprechenden Richtlinien des G-BA. Die Kalkulation erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage ausgehend vom EBM für ärztliche Leistungen unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen. Bei den seltenen Erkrankungen und Erkrankungszuständen mit entsprechend geringen Fallzahlen sollen die Gebührenpositionen für die Diagnostik und die Behandlung getrennt kalkuliert werden.<sup>212</sup> Kommt eine Vereinbarung ganz oder teilweise nicht zustande, wird auf Antrag einer Vertragspartei das Schiedsamt tätig, das den Vertragsinhalt innerhalb von 3 Monaten festsetzt.<sup>213</sup> Bis eine Vereinbarung getroffen ist, gilt der EBM für ärztliche Leistungen mit dem Preis der jeweiligen regionalen Gebührenordnung.<sup>214</sup>

### (4) Geriatrische Institutsambulanzen

123. Fachkrankenhäuser, Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständigen geriatrischen Abteilungen sowie Krankenhausärzte können vom Zulassungsausschuss zu einer struktu-

---

<sup>208</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL) in der Fassung vom 21.03.2013, zuletzt geändert am 05.06.2020 und am 20.03.2020, in Kraft getreten am 24.07.2020, [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2216/ASV-RL\\_2020-03-20\\_iK\\_2020-07-24.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2216/ASV-RL_2020-03-20_iK_2020-07-24.pdf).

<sup>209</sup> <https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/116b/>.

<sup>210</sup> § 116b Abs. 2 SGB V.

<sup>211</sup> § 116b Abs. 6 Satz 1 SGB V.

<sup>212</sup> § 116b Abs. 6 Satz 2 ff. SGB V.

<sup>213</sup> § 116b Abs. 6 Satz 7 SGB V.

<sup>214</sup> § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V.



## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

rierten und koordinierten ambulanten geriatrischen Versorgung der Versicherten ermächtigt werden (§ 118a SGB V). Inhalt und Umfang der Versorgung sowie die zu versorgenden Patienten und die Anforderungen an die Leistungserbringung und die Vergütung wurde zwischen GKV-Spitzenverband und Kassenärztlicher Bundesvereinigung im Einvernehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft vereinbart. Hiernach werden die Leistungen nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen vergütet und mit der für den Krankenhausstandort zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nach dem EBM aus der budgetierten Gesamtvergütung nach § 87a Abs. 2 SGB V abgerechnet. Neue Leistungen werden außerhalb des Budgets zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnungen abgerechnet.<sup>215</sup>

### (5) Pädiatrische Spezialambulanzen

124. Ambulante Behandlungen in pädiatrischen Spezialambulanzen rechnen die Krankenhäuser nach den Bestimmungen des EBM mit der für den Krankenhausstandort zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung aus dem budgetierten Anteil (morbiditätsbedingte Gesamtvergütung) ab.<sup>216</sup> Damit mögliche Versorgungsengpässe bei der fachärztlichen ambulanten Versorgung von schwer und chronisch erkrankten Kindern und Jugendlichen durch Unterfinanzierung vermieden werden<sup>217</sup>, können die Krankenhausträger für kinder- und jugendmedizinische, kinderchirurgische, kinderorthopädische und insbes. pädaudiologische bzw. kinderradiologische Fachabteilungen, welche auf Überweisung in Anspruch genommen werden, zusätzlich fall- oder einrichtungsbezogene Zusatzpauschalen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen vereinbaren, die gemeinsam und einheitlich verhandeln.<sup>218</sup>

### (6) Disease Management-Programme (§ 137f SGB V)

125. Krankenhäuser, die sich an strukturierten Programmen zur Behandlung chronisch kranker Menschen beteiligen, können in diesem Rahmen ambulante Behandlungen

---

<sup>215</sup> § 5 der Vereinbarung nach § 118a SGB V (Geriatrische Institutsambulanzen - GIA) i. d. F. aus der Sitzung des erweiterten Bundesschiedsamtes gemäß § 118a SGB V vom 15.07.2015, [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung/1/amb\\_stat\\_vers/gia/Vereinbarung\\_nach\\_118a\\_SGB\\_V\\_i\\_d\\_F\\_aus\\_BSA\\_inkl\\_Anlagen\\_Fassung\\_vom\\_18082015.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung/1/amb_stat_vers/gia/Vereinbarung_nach_118a_SGB_V_i_d_F_aus_BSA_inkl_Anlagen_Fassung_vom_18082015.pdf).

<sup>216</sup> § 120 Abs. 1 SGB V.

<sup>217</sup> Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – Drucksachen 16/10807, 16/10868 – Entwurf eines Gesetzes zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG), BT-Drs. 16/11429, Zu Nummer 4 (§ 120 SGB V), S. 45.

<sup>218</sup> § 120 Abs. 1a SGB V.

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

erbringen und abrechnen. Derartige Behandlungsprogramme gibt es derzeit für Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2, Brustkrebs, koronare Herzkrankheit einschließlich Modul Chronische Herzinsuffizienz, Asthma bronchiale und chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)<sup>219</sup>, zwei weitere Programme für Depression und Rückenschmerz sind in Vorbereitung.<sup>220</sup> Die Vergütungen der vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgen nach der Maßgabe des EBM. Die Leistungen sind mit der Gesamtvergütungsvereinbarung nach § 85 SGB V abgegolten, es sei denn, es wird vertraglich hierzu etwas Abweichendes vereinbart.<sup>221</sup>

### (7) Besondere Versorgung (§ 140a SGB V)

126. Die Verträge zur Besonderen Versorgung erweitern die Handlungsspielräume der Krankenkassen und ermöglichen es ihnen, Verträge über innovative Leistungen zu schließen, die noch keinen Eingang in den Bereich der Regelversorgung gefunden haben. Diese Verträge sollen verschiedene Leistungssektoren miteinander vernetzen oder eine interdisziplinäre, fachübergreifende Versorgung ermöglichen.<sup>222</sup> In diesem Rahmen können die Krankenkassen auch Krankenhäuser zur Erbringung ambulanter Leistungen einbeziehen.<sup>223</sup> Die Vergütung kann einzelvertraglich ausgestaltet werden.<sup>224</sup>

### (8) Notfallambulanzen der Krankenhäuser

127. Die ambulante Notfallversorgung ist nach dem Sicherstellungsauftrag von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu organisieren.<sup>225</sup> Eine ambulante Notfallbehandlung außerhalb der regulären Sprechzeiten der niedergelassenen Ärzte kann durch die Notfallambulanzen der Krankenhäuser erfolgen. Diese Leistungen gelten nach ständiger Rechtsprechung als vertragsärztliche Leistungen, wenn kein Vertragsarzt für die unmittelbare Behandlung des Patienten verfügbar ist, und sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen aus der Gesamtvergütung zu bezahlen.<sup>226</sup> Gesetzlich ist mittlerweile bestimmt,

---

<sup>219</sup> Stand Januar 2017), Gemeinsamer Bundesausschuss, Disease-Management-Programme (DMP), <https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/dmp/>.

<sup>220</sup> Kassenärztliche Bundesvereinigung, Disease-Management-Programme, veröffentlicht unter: <http://www.kbv.de/html/dmp.php>.

<sup>221</sup> *Baierl* in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 137f SGB V, Rn. 75.

<sup>222</sup> § 140a Abs. 1 SGB V.

<sup>223</sup> Vgl. *Leber/Wasem*, Ambulante Krankenhausleistungen – ein Überblick, eine Trendanalyse und einige ordnungspolitische Anmerkungen, Krankenhausreport 2016, 1.2.16 – Integrierte Versorgung, S. 14.

<sup>224</sup> § 140a Abs. 2 SGB V.

<sup>225</sup> § 75 Abs. 1b Satz 1 SGB V.

<sup>226</sup> BSG, Urt. v. 12.12.2012, B 6 KA 4/12 R, juris-Rn. 27 mwN.

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

dass die Kassenärztlichen Vereinigungen den Notdienst auch durch Kooperation und eine organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern sicherstellen sollen. Hierzu sollen entweder Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern eingerichtet oder Notfallambulanzen der Krankenhäuser unmittelbar in den Notdienst eingebunden werden. Auch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende zugelassene Krankenhäuser und Ärzte, die aufgrund einer Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung in den Notdienst einbezogen sind, sind zur Leistungserbringung im Rahmen des Notdienstes berechtigt und nehmen zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teil.<sup>227</sup>

### (9) Ambulante Versorgung über Terminservicestellen

128. Seit 2016 dürfen Krankenhäuser auch Patienten ambulant behandeln, die von einer Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigungen innerhalb von vier Wochen keinen Termin bei einem Facharzt vermittelt bekommen haben.<sup>228</sup> An Stelle eines niedergelassenen Facharztes vermittelt die Terminservicestelle dann einen ambulanten Behandlungstermin in einem Krankenhaus.<sup>229</sup>

### (10) Sozialpädiatrische Zentren (§ 119 SGB V)

129. Der Zulassungsausschuss kann sozialpädiatrische Zentren zur ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung von Kindern ermächtigen. Die Ermächtigung muss erteilt werden, soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende sozialpädiatrische Behandlung sicherzustellen. Die sozialpädiatrischen Zentren sind Einrichtungen, in denen Ärzte, klinische Psychologen, Heilpädagogen und Therapeuten interdisziplinär zusammenarbeiten und Kinder mit verschiedenen Erkrankungen und Entwicklungsstörungen behandeln.<sup>230</sup> Die Leistungen der ermächtigten Zentren werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet; die Vergütung wird dabei von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land vereinbart, typischerweise über quartalsbezogene Fallpauschalen.<sup>231</sup>

---

<sup>227</sup> § 75 Abs. 1b Satz 2 f. SGB V.

<sup>228</sup> § 75 Abs. 1a SGB V.

<sup>229</sup> Kassenärztliche Bundesvereinigung; <http://www.kbv.de/html/terminservicestellen.php>.

<sup>230</sup> GKV-Spitzenverband, Sozialpädiatrische Zentren, § 119 SGB V, [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/ambulante\\_kh\\_leistungen/ambulante\\_kh\\_leistungen.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/ambulante_kh_leistungen/ambulante_kh_leistungen.jsp).

<sup>231</sup> § 120 Abs. 2 SGB V; *Leber/Wasem*, Ambulante Krankenhausleistungen – ein Überblick, eine Trendanalyse und einige ordnungspolitische Anmerkungen, Krankenhausreport 2016, 1.2.11 – Sozialpädiatrische Zentren, S. 11.

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

### b) Landeszuschüsse für Plankrankenhäuser

130. Während die laufenden Betriebskosten durch die Krankenhausentgelte von den Krankenkassen bzw. Patienten getragen werden, übernehmen die Bundesländer die Investitionskosten der Plankrankenhäuser im Wege der Einzel- und Pauschalförderung. Langfristige Investitionen, wie beispielsweise Neubauten oder Sanierungsmaßnahmen werden einzeln, kleinere bauliche Maßnahmen oder die Wiederbeschaffung von kurzfristigen Anlagegütern (z.B. medizinische Geräte oder Einrichtungsgegenstände) über eine Pauschale gefördert.<sup>232</sup>
131. Krankenhäuser haben nur dann einen Anspruch auf Fördermittel, soweit und solange sie in den Landeskrankenhausplan und bei Investitionen in das Investitionsprogramm des jeweiligen Bundeslandes aufgenommen worden sind.<sup>233</sup> Ein Anspruch auf die Aufnahme in den Krankenhausplan und das Investitionsprogramm besteht nicht.
132. Keine Landesfördermittel erhalten Plankrankenhäuser, bei denen mehr als 60 Prozent der jährlichen Belegungstage auf Patienten entfallen, für deren Behandlung höhere Entgelte als nach § 7 KHEntgG berechnet worden sind.<sup>234</sup> Damit werden Krankenhäuser, die sich nicht an der allgemeinen Versorgung vor allem gesetzlich krankenversicherter Patienten in entsprechendem Umfang beteiligen, von der öffentlichen Förderung ausgenommen.
133. Die Förderung der Krankenhäuser erfolgt nach den Bundesvorgaben auf Grundlage der jeweiligen Landesregelungen, in denen die Einzelheiten der Fördertatbestände, die Aufstellung der Investitionsprogramme sowie das Verfahren geregelt sind.<sup>235</sup> Das Fördervolumen variiert von Bundesland zu Bundesland.

## 2. Hochschulkliniken

134. Für die Universitätskrankenhäuser gilt ebenfalls das Prinzip der dualen Finanzierung<sup>236</sup>: Der laufende Betrieb für die Krankenversorgung wird durch die Krankenhausentgelte finanziert, welche von den Krankenkassen und den Unternehmen der privaten Krankenversicherung bzw. den Beihilfeträgern getragen werden. Daneben gibt es eine staatliche Finanzierung durch die Bundesländer. Aufgrund des Zusammenhangs zwischen Krankenversorgung und Forschung und Lehre werden die Investitionskosten der

---

<sup>232</sup> § 9 KHG.

<sup>233</sup> § 8 KHG.

<sup>234</sup> § 5 Abs. 1 Nr. 2 KHG i.V.m. § 67 Abgabenordnung.

<sup>235</sup> Siehe § 1 Abs. 2 Satz 1 KHG, § 9 Abs. 5 KHG.

<sup>236</sup> § 4 KHG.

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

Universitätskliniken<sup>237</sup> sowie die laufenden Kosten für Forschung und Lehre<sup>238</sup> auf der Grundlage spezieller Landesregelungen abgedeckt.<sup>239</sup> Außerdem spielen Drittmittel für die Universitätskliniken eine größer werdende Rolle. Zu den Drittmittelgebern zählen neben öffentlichen Einrichtungen wie der Deutschen Forschungsgemeinschaft und dem Bundesministerium für Bildung und Forschung auch private Unternehmen aus der Pharmaindustrie oder der Medizintechnik.<sup>240</sup>

135. Damit die Universitätskliniken ihre Aufgaben in Forschung und Lehre auch in der ambulanten Versorgung erfüllen können, sind sie in diesem Umfang kraft Gesetzes zur ambulanten Behandlung durch ihre Hochschulambulanzen ermächtigt.<sup>241</sup> Ferner dürfen sie Personen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität der Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung einer Hochschulambulanz bedürfen, ambulant ärztlich versorgen.<sup>242</sup> Die Vergütung wird auf Landesebene einheitlich und gemeinsam von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Hochschulträgern verhandelt und direkt durch die Krankenkassen bezahlt.<sup>243</sup> In der Praxis zeigt sich eine breite Palette von Vergütungsformen mit deutlicher Dominanz von Fallpauschalen bei Fallzahlbegrenzungen.<sup>244</sup> Daneben können die Universitätskliniken auch ambulante Behandlungen nach den oben zu den Plankrankenhäusern dargestellten Regelungen erbringen.

### 3. Vertragskrankenhäuser

136. Krankenhäuser, die nicht in einen Landeskrankenhausplan aufgenommen worden sind, aber mit den Krankenkassen einen Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V abgeschlossen haben, finanzieren sich regelmäßig allein aus den Krankenhausentgelten

---

<sup>237</sup> Regelungen in den Hochschulgesetzen bzw. Klinikumsgesetzen, wie z.B. § 16 Abs. 2 Gesetz für die hessischen Universitätskliniken vom 26.06.2000 (GVBl. I 2000, 344) zuletzt geändert durch Gesetz vom 13.12.2012 (GVBl. 2012, 622), § 5 Abs. 3 UKG des Landes Sachsen vom 6.05.1999 (SächsGVBl. 1999, 207), geändert durch Gesetz vom 18.12.2013 (SächsGVBl. 2013, 970) bzw. § 94 Abs. 1 Satz 4 Thüringer Hochschulgesetz (ThürHG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 13.09.2016, GVBl. 2016, 437.

<sup>238</sup> Zu einzelnen Landesregelungen vgl. Begriff, Rechtsformen und Finanzierung der Universitätskliniken in Deutschland, Ausarbeitung des wissenschaftlichen Dienstes des Deutschen Bundestags, WD 9 -3 000 – 007/16, vom 16.02.2016, 3.2.1, S. 19 ff., veröffentlicht unter: <https://www.bundes-tag.de/blob/417706/6e9eb8e17dbe2a1905d3fc8d9a4acf51/wd-9-007-16-pdf-data.pdf>.

<sup>239</sup> § 5 Abs. 1 Nr. 1 KHG.

<sup>240</sup> Begriff, Rechtsform und Finanzierung der Universitätskliniken in Deutschland, Ausarbeitung des Wissenschaftlichen Dienstes des Deutschen Bundestags, 2016, S. 26, <https://www.bundes-tag.de/blob/417706/6e9eb8e17dbe2a1905d3fc8d9a4acf51/wd-9-007-16-pdf-data.pdf>.

<sup>241</sup> § 117 Abs. 1 Nr. 1 SGB V.

<sup>242</sup> § 117 Abs. 1 Nr. 2 SGB V.

<sup>243</sup> § 120 Abs. 2 SGB V.

<sup>244</sup> *Leber/Wasem*, Ambulante Krankenhausleistungen – ein Überblick, eine Trendanalyse und einige ordnungspolitische Anmerkungen, Krankenhausreport 2016, 1.2.10, S. 11.

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

des DRG-Systems (§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V). Da sie nicht in den Krankenhausplan aufgenommen sind, erfüllen sie nicht die Förderungsvoraussetzungen des § 8 Abs. 1 KHG. Sie erhalten deshalb nur dann öffentliche Fördergelder, wenn dies landesrechtlich vorgesehen ist.<sup>245</sup>

## IV. Qualität in der Krankenhausversorgung

137. Die Krankenhäuser müssen bei ihrer Tätigkeit zahlreiche Regelungen auf Bundes- und Landesebene beachten, welche dazu dienen, die Qualität der von ihnen durchgeführten Behandlungen zu sichern. Außerdem gibt es zahlreiche Einzelinitiativen von Krankenhausträgern, um die Qualität der Versorgung zu erhalten und zu steigern.
138. Der Begriff Qualität bezeichnet in der Wirtschaft den Grad der Eignung einer Dienstleistung oder Ware, den Anforderungen der Abnehmer zu genügen. Er wird sehr unterschiedlich definiert und umfasst objektive und subjektive Merkmale.<sup>246</sup>
139. Im Gesundheitswesen gibt es ebenfalls keine allgemeingültige Definition der Qualität, sondern eine Vielzahl von Konzepten, die unterschiedliche Dimensionen der Qualität betrachten. Sie zeigen, dass der Begriff der Qualität multidimensional ist und nicht anhand weniger, isolierter Aspekte umfassend beurteilt werden kann.<sup>247</sup> Das IQTIG geht in seinem Rahmenkonzept für Qualität im deutschen Krankenhauswesen von insgesamt 6 Qualitätsdimensionen der Krankenhausversorgung aus<sup>248</sup>:
- Wirksamkeit,
  - Patientensicherheit,
  - Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patienten,
  - Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit,
  - Angemessenheit, die Über- und Unterversorgung vermeidet,
  - Koordination zwischen verschiedenen Leistungserbringern und Sicherung der Kontinuität der Versorgung.

---

<sup>245</sup> § 5 Abs. 2 KHG i.V.m. Landesrecht.

<sup>246</sup> Gabler Wirtschaftslexikon, Qualität, <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/qualitaet-45908> sowie Wirtschaftslexikon24.com, Qualität, <http://www.wirtschaftslexikon24.com/d/qualitaet/qualitaet.htm>.

<sup>247</sup> IQTIG, Methodische Grundlagen VI.1, Stand: 15.04.2019, A.1 – Qualität in der Gesundheitsversorgung, Seite 17 mwN, [https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen-V1.1\\_barrierefrei\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf).

<sup>248</sup> IQTIG, Methodische Grundlagen VI.1, Stand: 15.04.2019, A.1.1 – Rahmenkonzept für Qualität, S. 17 ff, Fn. 247.

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

140. Qualität im Gesundheitswesen wird nach dem amerikanischen Professor für Public Health Avedis Donabedian in drei nicht absolut abgrenzbaren Dimensionen gemessen und bewertet: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.<sup>249</sup> Die Strukturqualität betrifft dabei die Rahmenbedingungen der Behandlungsleistung, wie die personelle und technische Ausstattung sowie die Ausbildung und Qualifikation des Personals und die Organisation ihres Einsatzes. Die Prozessqualität beschreibt demgegenüber die Behandlungs- und Arbeitsabläufe und die Ergebnisqualität das Erreichen des mit der Maßnahme angestrebten Ziels. Dieser Ansatz, der auf die Leistungserbringer bezogen die Qualität als messbare Größe in Bezug auf die erbrachte Leistung interpretiert, liegt den Qualitätsregelungen zu Grunde.<sup>250</sup>
141. Daneben steht eine subjektive, anwenderbezogene Betrachtung. Hier werden die Erwartungen des Patienten mit der tatsächlichen Behandlung verglichen. Die Qualität einer Leistung ergibt sich aus der Sicht des Patienten daraus, inwieweit die Leistung seine individuellen Bedürfnisse erfüllen kann.<sup>251</sup>
142. Die Leistung eines Krankenhauses umfasst nicht allein die ärztliche Behandlung des Patienten und seine Pflege, sondern auch Unterkunft und Verpflegung sowie verschiedene zur Behandlungsdurchführung erforderliche Organisationsleistungen, wie die Aufnahme, Information und Aufklärung des Patienten bzw. seiner Angehörigen, Ablaufkoordination und Entlassung.

### 1. Gesetzliche Vorgaben zur Qualitätssicherung auf Bundesebene

143. Die Maßnahmen der bundesgesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherung der Krankenhäuser sind in §§ 135a ff. SGB V geregelt und beziehen sich auf die medizinische Leistungserbringung durch die zugelassenen Krankenhäuser.<sup>252</sup> Die konkreten Vorgaben werden durch Richtlinien des G-BA bestimmt.<sup>253</sup> Sie regeln Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für besonders schwierige medizinische

---

<sup>249</sup> vdek Kliniklotse, Glossar zum Begriff „Qualitätsdimensionen“, <https://www.vdek-kliniklotse.de/pa-ges/glossar.php?l=q>; Krankenhausplan NRW 2015, 2.2.2.1 c) cc), S. 29, <https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/mags/krankenhausplan-nrw-2015/2664> und Qualitätsdimensionen in der Gesundheitsförderung und Prävention: Planungs-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, [https://www.lzq.nrw.de/ges\\_foerd/qualitaet/basiswissen/qualitaetsdimensionen/index.html](https://www.lzq.nrw.de/ges_foerd/qualitaet/basiswissen/qualitaetsdimensionen/index.html); Wirtschaftslexikon24.com, Fn. 246.

<sup>250</sup> Dettling/Würtenberger, in: Dettling/Gerlach, Krankenhausrecht, 2. Aufl., § 1 KHG, Rn. 140 ff.

<sup>251</sup> [www.daswirtschaftslexikon.com](http://www.daswirtschaftslexikon.com), Qualität, <http://www.daswirtschaftslexikon.com/e/qualit%C3%A4t/qualit%C3%A4t.htm>.

<sup>252</sup> Pütter in: Dettling/Gerlach, Krankenhausrecht, 2. Aufl., Vor §§ 135 ff. SGB V, Rn. 1

<sup>253</sup> §§ 136 Abs. 1 SGB V.

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

Leistungen oder gefährliche Eingriffe sowie das interne Qualitätsmanagement. Außerdem hat der G-BA Richtlinien zur externen Qualitätssicherung, zur sektorübergreifenden Qualitätssicherung sowie Mindestmengenregelungen erlassen. Ferner sind die Krankenhäuser seit 2005 gesetzlich verpflichtet, standardisierte Qualitätsberichte zu veröffentlichen.<sup>254</sup>

### a) Mindestqualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses

144. Für besonders schwierige medizinische Leistungen oder gefährliche Eingriffe hat der G-BA Mindestanforderungen an die Qualität festgelegt.<sup>255</sup> Während die Strukturqualität die Ausstattung der Krankenhäuser mit medizinisch-technischen Geräten sowie ärztlichem und pflegerischem Personal und die Personalqualifikation betrifft, erfassen die Regelungen zur Prozessqualität die organisatorischen Abläufe. Im Hinblick auf die Ergebnisqualität entwickelt der G-BA Verfahren, mit denen die Qualität der medizinischen Versorgung gemessen, dargestellt und verglichen werden kann.<sup>256</sup> Diese Richtlinien gelten für die Behandlung von Bauchaortenaneurysmen, von Früh- und Reifgeborenen sowie für die Kinderonkologie, die Kinderherzchirurgie, die Positronenemissionstomographie beim Lungenkarzinom und für die Protonentherapie beim Rektumkarzinom.<sup>257</sup> Ferner existiert seit 2015 eine Qualitätsrichtlinie zu Mindeststandards für Krankenhäuser, die eine minimalinvasive Herzklappenintervention durchführen wollen.<sup>258</sup> In Übereinstimmung mit internationalen Leitlinien der herzchirurgischen Fachgremien dürfen danach nur solche Krankenhäuser derartige Eingriffe durchführen, die sowohl über eine Fachabteilung für Kardiologie als auch über eine Fachabteilung für Herzchirurgie verfügen. Da die Indikationsstellung, der Eingriff und die Nachbehandlung eine kontinuierliche spezifische fachärztliche und pflegerische Expertise benötigen, werden in der Richtlinie zudem detaillierte Anforderungen an die Qualifikation und die Verfügbarkeit des ärztlichen und pflegerischen Personals des Krankenhauses bzw. der einzelnen Fachabteilungen gestellt.

---

<sup>254</sup> § 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V.

<sup>255</sup> § 136 Abs. 1 Nr. 2 SGB V - Gemeinsamer Bundesausschuss, Einrichtungsinterne Qualitätssicherung, <https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/qualitaetssicherung/einrichtungsintern/qualitaetsvorgaben/>.

<sup>256</sup> Qualitätssicherung – Die Aufgabe des G-BA, <https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/qualitaetssicherung/>.

<sup>257</sup> Gemeinsamer Bundesausschuss, Struktur-, Prozess- und Ergebnisvorgaben, <https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/qualitaetssicherung/einrichtungsintern/qualitaetsvorgaben/>.

<sup>258</sup> Richtlinie zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen – MHI-RL, <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/84/>.



## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

145. Für die allogene Stammzelltransplantation bei Multiplem Myelom hat der G-BA die Methodenbewertung befristet ausgesetzt und diese Aussetzung mit Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung verbunden.<sup>259</sup> Diese betreffen die Qualifikation und die Verfügbarkeit des ärztlichen und des nicht-ärztlichen Personals, ihre Zusammenarbeit, Anforderungen an das Krankenhaus und an die Durchführung der Behandlung.
146. Außerdem bestimmt der G-BA einen Katalog von Leistungsbereichen mit zugehörigen Qualitätszielen und Qualitätsindikatoren, die sich für eine qualitätsabhängige Vergütung mit Zu- und Abschlägen eignen. Hierbei wird der G-BA nach § 137a SGB V vom unabhängigen IQTIG unterstützt.
147. Ferner hat der G-BA auf der Grundlage von § 136c Abs. 4 SGB V strukturelle, personelle und medizinisch-technische Mindestanforderungen an die stationäre Notfallversorgung beschlossen.<sup>260</sup> Dabei wird zwischen der Basisnotfallversorgung, der erweiterten Notfallversorgung und der umfassenden Notfallversorgung unterschieden. Auf der Grundlage der G-BA-Regelungen prüfen die zuständigen Landesbehörden, welche Krankenhäuser diese Kriterien erfüllen. Zudem können sie Krankenhäuser, welche die Kriterien nicht erfüllen, für die Notfallversorgung aber zwingend erforderlich sind, als Spezialversorger für die Notfallversorgung vorsehen. Die gestaffelte Höhe der Notfall-Zuschläge und der Zeitpunkt der Anwendung werden auf Bundesebene zwischen GKV-Spitzenverband, PKV-Verband und Deutscher Krankenhausgesellschaft vereinbart.
148. Nur Krankenhäuser, welche die Anforderungen erfüllen oder für die Notfallversorgung vorgesehen sind, erhalten Zuschläge für die stationäre Notfallversorgung. Krankenhäuser, welche die Anforderungen der Richtlinie nicht erfüllen und nicht an der Notfallversorgung teilnehmen, dürfen weiterhin Notfälle behandeln und abrechnen, müssen aber Abschläge hinnehmen. Auch die Abschläge werden auf Bundesebene verhandelt.

---

<sup>259</sup> § 1 Abs. 2 und 3 Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung: Allogene Stammzellentransplantation bei Multiplem Myelom vom 19.07.2017, [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2845/2017-01-19\\_QS-Massnahme-SZT-MM\\_Multiples-Myelom\\_BAnz.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2845/2017-01-19_QS-Massnahme-SZT-MM_Multiples-Myelom_BAnz.pdf).

<sup>260</sup> Gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern, <https://www.g-ba.de/institution/themen-schwerpunkte/notfallstrukturen/>.

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

149. Der G-BA geht davon aus, dass 36 Prozent der Krankenhäuser keinen Notfallzuschlag erhalten werden. Davon habe ein Großteil schon bisher keine Notfälle behandelt. Insgesamt würden von diesen Krankenhäusern rd. 5 Prozent der stationären Notfälle behandelt.<sup>261</sup>

### b) Qualitätsabhängige Vergütungszuschläge und -abschläge

150. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz wurde zur Qualitätssicherung bestimmt, dass der G-BA nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V einen Katalog von Leistungen bzw. Leistungsbereichen, die sich für eine qualitätsabhängige Vergütung eignen, sowie entsprechende Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren beschließt. Für diese Leistungen und Leistungsbereiche vereinbart der jeweilige Krankenhausträger mit den Krankenkassen bzw. Ersatzkassen oder ihren Arbeitsgemeinschaften, auf die mindestens 5 Prozent der Belegungs- und Berechnungstage des Krankenhauses entfallen nach § 5 Abs. 3a KHEntgG für Leistungsbereiche mit außerordentlich guter Qualität einen Qualitätszuschlag und für Leistungsbereiche mit unzureichender Qualität einen Qualitätsabschlag. Dabei sollen begründete Besonderheiten des jeweiligen Krankenhauses berücksichtigt werden.
151. Qualitätsabschläge sollten maximal für die Dauer von 3 Jahren erhoben werden.<sup>262</sup> Dabei war die Erhebung des Abschlags wie folgt geregelt: Im ersten Jahr wird der Qualitätsabschlag nicht erhoben.<sup>263</sup> Soweit Qualitätsmängel nicht im ersten Jahr beseitigt wurden und weiter bestehen, wird der Qualitätsabschlag im zweiten Jahr in doppelter Höhe erhoben.<sup>264</sup> Sollten die Mängel auch im dritten Jahr fortbestehen, wird der einfache Qualitätsabschlag erhoben. Bestehen die Qualitätsmängel eine noch längere Zeit, entfällt die Vergütung für die entsprechenden Leistungsbereiche des Krankenhauses vollständig<sup>265</sup>; das Krankenhaus ist dann nach § 8 Abs. 1b KHG insoweit ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herauszunehmen.
152. Das IQTIG hat dem G-BA im Herbst 2017 vorgeschlagen, im ersten Schritt die qualitätsorientierte Vergütung mit den etablierten Ergebnis- und Prozessindikatoren aus

---

<sup>261</sup> Pressemitteilung des G-BA vom 19.04.2018, Neue G-BA-Regelung zur stationären Notfallversorgung: Sichere Erreichbarkeit, verbesserte Qualität und zielgenaue Finanzierung, <https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/744/>.

<sup>262</sup> § 5 Abs. 3a Satz 6 KHEntgG i.V.m. § 8 Abs. 4 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG.

<sup>263</sup> § 5 Abs. 3a Satz 4 KHEntgG.

<sup>264</sup> § 5 Abs. 3a Satz 5 KHEntgG.

<sup>265</sup> § 8 Abs. 4 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG.

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

dem Verfahren der externen Qualitätssicherung im Leistungsbereich der hüftgelenknahen Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung bzw. in den Leistungsbereichen der Herzchirurgie zu erproben.<sup>266</sup> Zugleich erarbeitete das IQTIG ein Konzept für die Bewertung der Leistungen als von außerordentlich guter Qualität bzw. unzureichender Qualität i.S.v. § 5 Abs. 3a KHEntgG. Es sieht vor, dann von einer außerordentlich guten Qualität zu sprechen, wenn bei einer bestimmten Mindestfallzahl alle Indikatoren qualitativ unauffällig sind und zusätzlich bestimmte Indikatorwerte über dem Median aller Einrichtungen liegen. Bei der unzureichenden Qualität sollen ausgewählte Indikatoren eines Krankenhauses außerhalb des gültigen Referenzbereiches liegen bzw. die Dokumentation als unvollständig oder falsch eingestuft worden sein.<sup>267</sup> Das IQTIG wies auch darauf hin, dass es umfangreiche organisatorische und methodische Anpassungen braucht, um das Verfahren umzusetzen.

153. Anfang 2019 erstellte das IQTIG für den G-BA ein allgemeines Bewertungskonzept für die außerordentlich gute Qualität sowie die unzureichende Qualität und entwickelte Auswahlkriterien sowie -verfahren für Leistungen und Leistungsbereiche für eine qualitätsorientierte Vergütung.<sup>268</sup> Danach soll eine außerordentlich gute Qualität vorliegen, wenn die Anforderungen in allen relevanten Qualitätsdimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts<sup>269</sup> erfüllt werden und dabei mindestens das ohnehin zu erwartende Qualitätsniveau erreicht wird. Eine unzureichende Qualität wird als Unterschreiten des zu erwartenden Qualitätsniveaus im Rahmen der externen Qualitätssicherung gesehen. Ein Ausgleich unzureichender Qualität in einem Leistungsbereich durch bessere Qualität in anderen Bereichen sollte nicht möglich sein.<sup>270</sup>

---

<sup>266</sup> IQTIG, Qualitätsorientierte Vergütung Teil 1, Abschlussbericht V1.2 zum Auftrag Qualitätszu- und -abschläge, Schritt 1, Seite 18 f., Anlage 1 zum Beschluss des G-BA über die Freigabe zur Veröffentlichung der Abschlussberichte des IQTIG zur qualitätsabhängigen Vergütung mit Zu- und -abschlägen gemäß § 136b Abs. 1 Nr. 5 i.V.m. Abs. 9 SGB V vom 17.10.2019, [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4013/2019-10-17\\_Freigabe\\_IQTIG-Bericht\\_Qualit%C3%A4tsabhaengige-Verguetung.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4013/2019-10-17_Freigabe_IQTIG-Bericht_Qualit%C3%A4tsabhaengige-Verguetung.pdf).

<sup>267</sup> IQTIG, Qualitätsorientierte Vergütung Teil 1, Abschlussbericht V1.2 zum Auftrag Qualitätszu- und -abschläge, Schritt 1, Seite 19, Fn. 266.

<sup>268</sup> IQTIG, Qualitätsorientierte Vergütung Teil 2, Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung Abschlussbericht Qualitätszu- und -abschläge, Schritt 3, Anlage 2 zum G-BA-Beschluss vom 17.10.2019, Fn. 266 sowie Qualitätszuschläge und -abschläge, <https://iqtig.org/qs-instrumente/qualitaetszu-schlaege-und-abschlaege/>.

<sup>269</sup> Siehe oben Rn. 139.

<sup>270</sup> IQTIG, Qualitätsorientierte Vergütung Teil 2, Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung Abschlussbericht Qualitätszu- und -abschläge, Schritt 3, 4.1.3, Seite 66, Anlage 2 zum G-BA-Beschluss vom 17.10.2019, Fn. 266.

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

154. Aus Sicht der Bundesregierung haben die Entwicklungsaufträge des G-BA an das IQTIG letztlich kein überzeugendes Konzept für eine in den nächsten Jahren umsetzbare Einführung einer qualitätsorientierten Vergütung ergeben. Als Hindernisse für die Umsetzung wurden u.a. der große Entwicklungsaufwand für geeignete Qualitätsindikatoren und die Aktualität der möglicherweise heranzuziehenden Datengrundlage gesehen. Die Bundesregierung schätzte zudem das Konfliktpotenzial als hoch und die mit diesem Instrument zu erzielenden Qualitätsverbesserungen als ungewiss ein und schlug deshalb vor, § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V zu streichen und die vorgesehene Einführung einer qualitätsorientierten Vergütung zu beenden.<sup>271</sup> Der Deutsche Bundestag stimmte dem wie zuvor der Gesundheitsausschuss<sup>272</sup> ohne Änderungen zu.<sup>273</sup>

### c) Qualitätsverträge

155. Zur Steigerung der stationären Behandlungsqualität führte das Krankenhausstrukturgesetz mit § 110a Abs. 1 Satz 1 SGB V die Möglichkeit der Krankenhausträger ein, mit Krankenkassen oder Zusammenschlüssen von Krankenkassen Qualitätsverträge abzuschließen. In diesen Verträgen sollen höhere Qualitätsanforderungen oder Anreize vereinbart werden, um zu erproben, inwieweit damit die stationäre Versorgung weiter verbessert werden kann.

156. Der G-BA hat nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V die folgenden Leistungen bzw. Leistungsbereiche für eine Erprobung von Qualitätsverträgen festgelegt:<sup>274</sup>

- Endoprothetische Gelenkversorgung,
- Prävention des postoperativen Delirs bei der Versorgung älterer Patientinnen und Patienten,

---

<sup>271</sup> Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsentwicklungsgesetz - GVWG), Gesetzentwurf der Bundesregierung, B. Besonderer Teil, Zu Artikel 1, Nummer 41, Buchstabe a, Doppelbuchstabe cc, BT-Drs. 19/26822, S. 90.

<sup>272</sup> Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) a) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – Drucksachen 19/26822, 19/27214, 19/28005 Nr. 1 – Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsentwicklungsgesetz – GVWG) u.a., BT-Drs. 19/30550, S. Nr. 41 a), S. 66.

<sup>273</sup> Deutscher Bundestag, Plenarprotokoll 19/234, Tagesordnungspunkt 45a), 30351 (D).

<sup>274</sup> Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung der Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V für Qualitätsverträge nach § 110a SGB V vom 18. Mai 2017, [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2960/2017-05-18\\_Qualitaetsvertraege-Festlegung-Leistungsbereiche\\_BAnz.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2960/2017-05-18_Qualitaetsvertraege-Festlegung-Leistungsbereiche_BAnz.pdf).

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

- Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten,
- Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus.

157. Bis Mitte 2021 waren jedoch nur sehr wenige solcher Vereinbarungen geschlossen worden, die nach Ansicht der Bundesregierung nicht für eine tragfähige Erprobung des Instruments zur Weiterentwicklung der Versorgungsqualität ausreichen.<sup>275</sup> Zudem wurde die bisherige Erprobung als sehr zögerlich eingeschätzt.<sup>276</sup> Daher beschloss der Deutsche Bundestag auf Vorschlag der Bundesregierung, in § 110a Abs. 1 Satz 1 SGB V den Abschluss von Qualitätsverträgen als Pflichtaufgabe für die Krankenkassen festzulegen und zugleich dem G-BA den Auftrag zu erteilen, bis 2023 vier weitere Leistungen oder Leistungsbereiche festzulegen, in denen Qualitätsverträge erprobt werden sollen.<sup>277</sup>

### d) Internes Qualitätsmanagement

158. In der Qualitätsmanagement-Richtlinie<sup>278</sup> des G-BA sind die grundsätzlichen Anforderungen an das interne Qualitätsmanagement der Krankenhäuser festgelegt. Unter Qualitätsmanagement ist die kontinuierliche und systematische Durchführung von Maßnahmen zu verstehen, mit denen eine anhaltende Qualitätsförderung und -verbesserung erreicht werden soll. Konkret bedeutet das, die Organisation, Arbeitsabläufe und Ergebnisse einer Einrichtung regelmäßig zu überprüfen, zu dokumentieren und gegebenenfalls zu verändern.<sup>279</sup> Die G-BA-Richtlinie verlangt dementsprechend, dass

---

<sup>275</sup> Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz - GVWG), Gesetzentwurf der Bundesregierung, B. Besonderer Teil, Zu Artikel 1, Nummer 31, BT-Drs. 19/26822, S. 78.

<sup>276</sup> Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz - GVWG), Gesetzentwurf der Bundesregierung, B. Besonderer Teil, Zu Artikel 1, Nummer 41, Buchstabe a, Doppelbuchstabe bb, BT-Drs. 19/26822, S. 90

<sup>277</sup> Deutscher Bundestag, Plenarprotokoll 19/234, Tagesordnungspunkt 45a), 30351 (D) und Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) a) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – Drucksachen 19/26822, 19/27214, 19/28005 Nr. 1 – Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsentwicklungsgesetz – GVWG) u.a., BT-Drs. 19/30550, S. Nr. 31 a) aa), S. 47.

<sup>278</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser (Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL) in der Fassung vom 17.12.2015, [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1296/QM-RL\\_2015-12-17\\_iK-2016-11-16.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1296/QM-RL_2015-12-17_iK-2016-11-16.pdf).

<sup>279</sup> Deutsche Gesellschaft für Qualität, Was bedeutet Qualität im Sozial- und Gesundheitswesen? <https://www.dgq.de/fachbeitraege/was-bedeutet-qualitaet-im-sozial-und-gesundheitswesen/>.

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

Organisation, Arbeits- und Behandlungsabläufe im Krankenhaus festgelegt und zusammen mit den Ergebnissen regelmäßig intern überprüft und gegebenenfalls angepasst und verbessert werden.<sup>280</sup>

### e) Externe Qualitätssicherung

159. Zur Sicherung der Behandlungsqualität der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser dient ferner die externe stationäre Qualitätssicherung. Der G-BA hat in seiner Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern<sup>281</sup> Qualitätsindikatoren festgelegt, die von den Krankenhäusern zu dokumentieren sind.
160. Im Jahr 2015 wurde im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung das Erreichen der Qualitätsziele anhand von 351 rein auf den stationären Bereich bezogenen Indikatoren gemessen.<sup>282</sup> Abgedeckt wurden damit die Versorgungsbereiche Gefäßchirurgie, Pneumonie, Herzschrittmacher und Defibrillatoren, Kardiologie, Herzchirurgie, Transplantationen, Mammachirurgie, Perinatalmedizin, gynäkologische Operationen, Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Dekubitusprophylaxe in der Pflege.<sup>283</sup>
161. Die Daten werden nach der Richtlinie auf Landes- und Bundesebene vom IQTIG nach einer Validitätsprüfung statistisch ausgewertet. Jedes Krankenhaus erhält für alle seine Standorte eine Übersicht, anhand der es die eigenen Ergebnisse mit denen der Standorte anderer Krankenhäuser vergleichen kann. Das IQTIG definiert für alle Qualitätsindikatoren einen Referenzbereich entweder durch einen festen Wert oder anhand der Verteilung der Ergebnisse aller Standorte als Perzentil-Referenzbereich. Eine Abweichung bei einem Qualitätsindikator von dem festgelegten Referenzbereich führt als rechnerische Auffälligkeit zur Einleitung des sog. Strukturierten Dialogs. Das bedeutet, das Krankenhaus ist unter Beschreibung des Sachverhalts und Bezeichnung des Standortes auf die Auffälligkeit hinzuweisen und zur Stellungnahme binnen einer bestimmten Frist aufzufordern. Nach der Stellungnahme wird geprüft, ob die dokumentierten Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität erbracht und valide dokumentiert wur-

---

<sup>280</sup> § 1 Qualitätsmanagement-Richtlinie, [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1296/QM-RL\\_2015-12-17\\_iK-2016-11-16.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1296/QM-RL_2015-12-17_iK-2016-11-16.pdf).

<sup>281</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern/QSKH-RL) in der Fassung vom 15.08.2006, zuletzt geändert am 14.05.2020, [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2163/QSKH-RL\\_2020-05-14\\_iK-2020-05-14.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2163/QSKH-RL_2020-05-14_iK-2020-05-14.pdf).

<sup>282</sup> IQTIG, Qualitätsreport 2015, Vorwort, S. 3, <https://iqtig.org/downloads/ergebnisse/qualitaetsreport/IQTIG-Qualitaetsreport-2015.pdf>.

<sup>283</sup> IQTIG, Qualitätsreport 2015, Überblick, S. 9 ff., aaO.

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

den. Verbleiben Zweifel, wird zur weiteren Aufklärung eine Besprechung, ggf. mit vorangegangener Begehung durchgeführt. Gemeinsam erkannter Verbesserungsbedarf wird in einer Zielvereinbarung festgehalten.

162. Das IQTIG erstellt einen Bericht über die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs und des Datenvalidierungsverfahrens des Vorjahres. Der Bericht wird auf der Internetseite des IQTIG veröffentlicht.<sup>284</sup>

### f) Sektorübergreifende Qualitätssicherung

163. Auf der Grundlage der Richtlinie des G-BA zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung<sup>285</sup>, welche auch die Richtlinie des G-BA zur sektorübergreifenden Qualitätssicherung<sup>286</sup> abgelöst hat, wird in verschiedenen Verfahrensbereichen die medizinische Versorgungsqualität der ambulanten und stationären Versorgung sektorübergreifend und über einen längeren Zeitraum hinweg erfasst. Dies betrifft:

- Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie,
- Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen,
- Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET).<sup>287</sup>

164. Die Verfahren sollen die qualitätsrelevanten Aspekte messen, vergleichend darstellen und bewerten und die Transparenz über die Qualität der Versorgung von Patienten fördern.<sup>288</sup> Damit soll es möglich werden, Abweichungen der tatsächlichen von der gebotenen fachlichen Qualität festzustellen und gleichartige Leistungen sowie deren Ergebnisse über verschiedene Einrichtungen hinweg zu vergleichen.<sup>289</sup>

---

<sup>284</sup> G-BA, Externe stationäre Qualitätssicherung, <https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/qualitaetssicherung/einrichtungsuuebergreifend/stationaer/>.

<sup>285</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DEQS-RL) in der Fassung vom 19.07.2018, zuletzt geändert am 19.12.2019, [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2217/DeQS-RL\\_2019-12-19\\_iK-2020-07-29\\_AT-28-07-2020-B2.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2217/DeQS-RL_2019-12-19_iK-2020-07-29_AT-28-07-2020-B2.pdf).

<sup>286</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i. V. m. § 136 Abs. 1 Nr. 1 SGB V über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung (Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung – Qesü-RL) in der Fassung vom 19.04.2010, zuletzt geändert am 15.12.2016, [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1364/Qes%C3%BC-RL\\_2016-12-15\\_iK-2017-03-16.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1364/Qes%C3%BC-RL_2016-12-15_iK-2017-03-16.pdf).

<sup>287</sup> Verfahren 1, 2 und 4 DEQS-RL, Fn. 285.

<sup>288</sup> Teil 1, § 1 Abs. 2 DEQS-RL sowie Teil 2, Verfahren 2, § 1 Abs. 1 DEQS-RL und Teil 2, Verfahren 4, § 1 Abs. 3 DEQS-RL Fn. 285.

<sup>289</sup> G-BA, Eckpunkte zu einem gemeinsamen Verständnis und Handlungsempfehlungen zur sektorübergreifenden Qualitätssicherung, 1., S. 3, <https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3536/Eckpunkte-Handlungsempfehlungen-sQS.pdf>.

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

165. Für die Bereiche, die der Prüfung unterliegen und zu denen Krankenhäuser, Ärzte, Zahnärzte bzw. Krankenkassen Daten übermitteln sollen, hat das IQTIG im Auftrag des G-BA die für die Qualitätssicherungsverfahren geeigneten themenbezogenen Qualitätsindikatoren und Instrumente zur Messung der Versorgungsqualität entwickelt.<sup>290</sup>
166. 2016 wurden mit der Perkutanen Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie das erste sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren durchgeführt, an dem sich Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte beteiligten.<sup>291</sup> Im Rahmen des Verfahrens wurde das Erreichen der Qualitätsziele anhand von 28 Indikatoren gemessen.<sup>292</sup> Anfang 2017 folgte das Verfahren Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen<sup>293</sup> und 2020 die sektorübergreifende Qualitätssicherung für Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantation<sup>294</sup>.
167. Die ordnungsgemäße Durchführung des länderbezogenen sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens von der Datenannahme bis zum strukturierten Dialog erfolgt durch Landesarbeitsgemeinschaften, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, den Landeskrankenhausgesellschaften und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gebildet werden.<sup>295</sup> Da bis Mitte Juli 2016 noch keine Landesarbeitsgemeinschaft gegründet war, hat der G-BA hierzu konkrete Durchführungsbestimmungen erlassen. Mit der Gründung der in der G-BA-Richtlinie vorgesehenen Landesarbeitsgemeinschaften werden die sektorübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren aus der Startphase in die vorgesehene Routine übergehen.<sup>296</sup>

### g) Qualitätsberichte der Krankenhäuser

168. Die Krankenhäuser sind seit 2003 gesetzlich verpflichtet, regelmäßig strukturierte Qualitätsberichte im Internet zu veröffentlichen, in denen sie einen Überblick über ihre

---

<sup>290</sup> Teil 1, § 4 Abs. 2 Qesü-RL, Fn. 286.

<sup>291</sup> IQTIG, Qualitätsreport 2016, Vorwort, S. 4, [https://iqtig.org/downloads/ergebnisse/qualitaetsreport/IQTIG\\_Qualitaetsreport-2016.pdf](https://iqtig.org/downloads/ergebnisse/qualitaetsreport/IQTIG_Qualitaetsreport-2016.pdf).

<sup>292</sup> IQTIG, Qualitätsreport 2016, Vorwort, S. 3, Fn. 291; Teil 2, Verfahren 1 Qesü-RL, Fn. 286.

<sup>293</sup> IQTIG, Qualitätsreport 2016, Vorwort, S. 4, Fn. 291; Teil 2, Verfahren 2 Qesü-RL, Fn. 286.

<sup>294</sup> Neues datengestütztes Qualitätssicherungsverfahren zu Nierenersatztherapien beschlossen – Behandlungsdaten werden künftig sektorenübergreifend erhoben, G-BA-Pressemitteilung vom 20.06.2019, <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen/801/>; Teil 2, Verfahren 4 § 1 DEQS-RL, Fn.285.

<sup>295</sup> § 5 f. Qesü-RL, Fn. 286.

<sup>296</sup> IQTIG, Qualitätsreport 2016, Vorwort, S. 4, Fn. 291.



## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

Strukturen und Leistungen geben (§ 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V). Die Berichte dienen der Information der Patienten und der einweisenden Ärzte.

169. Der G-BA hat Inhalt, Umfang und Datenformat der Berichte festgelegt und beschlossen, dass die Qualitätsberichte in einer maschinenlesbaren Fassung vorliegen sollen.<sup>297</sup> Auf dieser Grundlage bieten verschiedene Suchmaschinen im Internet die Möglichkeit, Leistungen und Qualitätsinformationen sowie Strukturen der Krankenhäuser zu suchen und miteinander zu vergleichen.<sup>298</sup>
170. Die Qualitätsberichte lassen aber keine Rückschlüsse auf die in den einzelnen Häusern tatsächlich erbrachte Behandlungsqualität zu und ermöglichen daher auch keinen Qualitätsvergleich zwischen Krankenhäusern. Eine Untersuchung von drei großen Krankenhaus-Suchportalen, die im Internet Entscheidungshilfen für die Krankenhaussuche anbieten, ergab im Jahr 2014, dass die dort veröffentlichten Ergebnisse untereinander nur in geringem Maße bzw. überhaupt nicht korrelierten. Alle drei Portale nutzten unterschiedliche Indikatoren für die Qualitätsmessung. Dabei blieb offen, was jeweils unter Qualität verstanden wurde und welche Aspekte konkret gemessen wurden.<sup>299</sup>
171. Mittlerweile hat das IQTIG die Aufgabe erhalten, die Qualität der Krankenhäuser transparent im Internet darzustellen. Das Institut soll im Auftrag des G-BA auf der Grundlage geeigneter Daten aus den Qualitätsberichten der Krankenhäuser eine risikoadjustierte, vergleichende Übersicht über die Qualität eines jeden Krankenhausstandortes erstellen und die Übersicht in allgemeinverständlicher Form im Internet veröffentlichen (§ 137a Abs. 3 Satz 2 Nr. 5 SGB V). Dabei soll es die Qualität auch auf der Grundlage geeigneter Sozialdaten nach § 137a Abs. 3 Satz 2 Nr. 6 SGB V darstellen. Der G-BA hat das IQTIG im Januar 2019 mit der Entwicklung eines entsprechenden Gesamtkonzepts beauftragt.<sup>300</sup> Auf der Grundlage dieser Ergebnisse soll der G-BA bis zum

---

<sup>297</sup> Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Qb-R) in der Neufassung vom 16.05.2013, zuletzt geändert am 24.11.2016, [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1365/Qb-R\\_2016-11-24\\_iK-2016-12-23.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1365/Qb-R_2016-11-24_iK-2016-12-23.pdf).

<sup>298</sup> Ausgewählte Suchmaschinen sind über die Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses erreichbar: <https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/qualitaetssicherung/qualitaetsdaten/qualitaetsbericht/suche/>.

<sup>299</sup> Geringe Korrelation – verwirrende Ergebnisse, Das Krankenhaus 2015, S. 166.

<sup>300</sup> Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG gem. § 137a Absatz 3 Satz 2 Nr. 5 SGB V: Veröffentlichung von einrichtungsbezogenen vergleichenden risikoadjustierten Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung vom 17. Januar 2019, [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3650/2019-01-17\\_IQTIG-Beauftragung\\_Veroeffentlichung-Uebersichten-stationaer.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3650/2019-01-17_IQTIG-Beauftragung_Veroeffentlichung-Uebersichten-stationaer.pdf).

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

31.12.2022 in einer Richtlinie einheitliche Anforderungen an die Information der Öffentlichkeit mittels vergleichender risikoadjustierter und einrichtungsbezogener Übersichten festlegen.<sup>301</sup> Grundlage dafür sind allein bereits bei G-BA oder durch ihn bestimmten Datenempfängern vorliegende Auswertungen zum Zwecke der Qualitätssicherung nach § 299 SGB V.<sup>302</sup>

### h) Anforderungen an die Behandlungsmenge

172. Für Krankenhäuser sind Mindestanforderungen an die Zahl der erbrachten Leistungen aus verschiedenen Regelungen relevant: Mengenforderungen dienen zum einen als Nachweis der fachlichen Qualifikation eines Arztes sowie als Grundlage der Leistungsberechtigung für die vertragsärztliche Versorgung bzw. als Nachweis eines Versorgungsschwerpunkts für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b SGB V). Zum anderen sollen Mindestmengen im Bereich der Elektivversorgung die Behandlungsqualität durch eine Reduzierung von Komplikationen und Langzeitschäden sichern. Der G-BA legt für planbare stationäre Leistungen von Krankenhäusern, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses davon abhängt, wie häufig eine Einrichtung sie durchführt, Mindestmengen fest (§ 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V).

### aa) Ärztliche Qualifikationsnachweise

173. Die Richtlinien zu den Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern setzen eine Mindestzahl unter Aufsicht erbrachter Behandlungen als Grundlage für die Anerkennung von Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnungen voraus.<sup>303</sup> Diese Regelungen sind auch für Krankenhausärzte verbindlich.

---

<sup>301</sup> § 136a Abs. 6 SGB V.

<sup>302</sup> Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsentwicklungsgesetz - GVWG), Gesetzentwurf der Bundesregierung, B. Besonderer Teil, Zu Artikel 1, Nummer 40, S. 87.

<sup>303</sup> Bundesärztekammer, (Muster-)Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung (MWBO 2003) in der Fassung vom 18.02.2011, [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/RiliMWBO20110218.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/RiliMWBO20110218.pdf); Richtlinien der Landesärztekammer Baden-Württemberg über den Inhalt der Weiterbildung (zur von der Vertreterversammlung am 26.11.2005 beschlossenen Weiterbildungsordnung), zuletzt geändert durch Beschluss vom 28. Januar 2015, <http://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/30weiterbildung/09/richtlinien.pdf>; Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung der Bayerischen Landesärztekammer gemäß § 4 (4) der Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns vom 24. April 2004 zuletzt geändert mit Beschluss des Vorstands der Bayerischen Landesärztekammer vom 19. November 2016, [http://www.blaek.de/weiterbildung/WBO\\_2010/download/richtlinien.pdf#pagemode=bookmarks&view=FitB](http://www.blaek.de/weiterbildung/WBO_2010/download/richtlinien.pdf#pagemode=bookmarks&view=FitB).

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

174. Ferner ist in Vereinbarungen von Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 SGB V<sup>304</sup> festgelegt, dass die Durchführung und Abrechnung bestimmter Behandlungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung von einer Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung abhängen. Vor Erteilung der Genehmigung ist die fachliche Befähigung u.a. anhand einer Bescheinigung nachzuweisen, dass bestimmte Mindestmengen erreicht wurden.<sup>305</sup> Auch für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung durch Krankenhäuser nach § 116b SGB V existieren spezifische Qualitäts- und Mindestmengenvorgaben des G-BA.<sup>306</sup>

### bb) Mindestfallzahlen des Krankenhauses

175. Um Mindestanforderungen an die Zahl der in einem Krankenhaus erbrachten stationären Leistungen festzulegen, muss der G-BA anhand wissenschaftlicher Studien belegen, dass es bei der betreffenden Behandlung einen erkennbaren Zusammenhang zwischen Menge und Behandlungsqualität gibt. Nach einem Grundsatzurteil des Bundessozialgerichts zu Mindestmengen bei Knie-Totalendoprothesen reicht hierbei eine Studienlage aus, die nach wissenschaftlichen Maßstäben einen Zusammenhang zwischen der Behandlungsmenge und -qualität wahrscheinlich macht.<sup>307</sup> Der Nachweis eines Kausalzusammenhangs ist nicht erforderlich. Fehlen in der wissenschaftlichen Literatur Belege für klare Schwellenwerte mit jeweils deutlich unterschiedlichen Qualitätsstufen, darf der G-BA im Rahmen seiner Gestaltungsspielräume typisierende Mindestmengen festsetzen. Die jeweilige Grenzziehung bedarf dann aber einer nachvollziehbaren Begründung.<sup>308</sup>
176. Der G-BA ist nach dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung ausdrücklich dazu verpflichtet, den wissenschaftlichen Erkenntnisstand zur Festsetzung

---

<sup>304</sup> Nach § 1 Abs. 3 Bundesmantelvertrag – Ärzte vom 1. Januar 2017 sind diese Vereinbarungen als Anlage 3 Teil des Bundesmantelvertrags - Ärzte zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband, [http://www.kbv.de/media/sp/BMV\\_Aerzte.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/BMV_Aerzte.pdf).

<sup>305</sup> Vereinbarungen zu besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (Anlage 3 des Bundesmantelvertrags), <http://www.kbv.de/html/gs-vereinbarungen.php>, z.B. § 4 Abs. 1 der Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen (Arthroskopie-Vereinbarung) vom 8. September 1994, <http://www.kbv.de/media/sp/Arthroskopie.pdf>.

<sup>306</sup> §§ 3, 4 und 11 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V – ASV-RL), [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1451/ASV-RL\\_2017-07-20\\_iK-2017-10-11.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1451/ASV-RL_2017-07-20_iK-2017-10-11.pdf).

<sup>307</sup> BSG, Urt. v. 12.09.2012, B 3 KR 10/12 R, juris-Rn. 43 ff.

<sup>308</sup> BSG, Fn. 307, juris-Rn. 65.

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

bestehender und weiterer Mindestmengen kontinuierlich zu prüfen und darüber zu entscheiden.<sup>309</sup> Zudem hat der G-BA die Befugnis einer verknüpfenden Regelung erhalten. Danach sind bestimmte Eingriffe nur dann zulässig, wenn neben einer Mindestmenge für den konkreten Eingriff auch eine oder mehrere Mindestmengen für weitere Eingriffe erfüllt sind. Eine solche Verknüpfung wird dann als fachlich erforderlich angesehen, wenn der Eingriff am selben Knochen, Organ oder Gelenk erfolgt und mit der Verknüpfung eine größere Erfahrung gesichert wird oder wenn bei einem Krankheitsbild typischerweise zwischen mehreren Eingriffen ausgewählt wird.<sup>310</sup> Die Mindestmengen können mit Mindestanforderungen an Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität verbunden werden.

177. Mindestmengenregelungen existieren aktuell für die nachfolgend aufgeführten Krankenhaus-Behandlungen<sup>311</sup>:

- Lebertransplantationen, inklusive Teilleber-Lebendspenden (20 Fälle p.a.),
- Nierentransplantationen, inklusive Lebendspenden (25 Fälle p.a.),
- Komplexe Eingriffe am Organ Ösophagus<sup>312</sup> (10 Fälle p.a.),
- Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas<sup>313</sup> (10 Fälle p.a.),
- Stammzellentransplantationen (25 Fälle p.a.),
- Kniegelenk-Totalendoprothesen (50 Fälle p.a.),
- Koronarchirurgische Eingriffe (derzeit ohne Festlegung einer konkreten Mindestmenge),
- Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.250 g (14 Fälle p.a.).

---

<sup>309</sup> Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungswiderentwicklungsgesetz - GVWG), Gesetzentwurf der Bundesregierung, B. Besonderer Teil, Zu Artikel 1, Nummer 41, Buchstabe b, S. 90.

<sup>310</sup> Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungswiderentwicklungsgesetz - GVWG), Gesetzentwurf der Bundesregierung, B. Besonderer Teil, Zu Artikel 1, Nummer 41, Buchstabe b, S. 91.

<sup>311</sup> Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Mindestmengenregelungen, Mm-R) in der Fassung vom 20.12.2005 in der 1. Neufassung vom 21.03.2006, zuletzt geändert am 16.07.2020, in Kraft getreten am 13.08.2020 bis auf die Regelungen des § 3 Abs. 3 und § 5 Abs. 3, zur Verwendung der vom G-BA beschlossenen Softwarespezifikation, die zum 01.01.2021 in Kraft treten werden, [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2226/Mm-R\\_2020-07-16\\_iK-2020-08-13u2021-01-01\\_WZ-Seite-8.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2226/Mm-R_2020-07-16_iK-2020-08-13u2021-01-01_WZ-Seite-8.pdf).

<sup>312</sup> Speiseröhre.

<sup>313</sup> Bauchspeicheldrüse.

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

178. Für Komplexe Eingriffe am Organ Ösophagus hat der G-BA im Dezember 2020 eine Erhöhung der Mindestmenge auf 26 Eingriffe p.a. ab dem Jahr 2023 beschlossen.<sup>314</sup> Für die Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.250 g wird ab dem Jahr 2024 eine Mindestvorgabe von 25 Fällen p.a. gelten.<sup>315</sup>
179. Der G-BA hat zudem im Juni 2020 ein Verfahren eingeleitet, mit dem eine Mindestmenge auch für die Durchführung von kathetergestützten Aortenklappenimplantationen, sog. TAVI, festgelegt werden soll.<sup>316</sup> Näher untersucht werden soll eine Kombination aus Mindestmenge je Krankenhaus von jährlich 150 TAVI-Eingriffen je Standort und einer Mindestmenge von jährlich 65 Eingriffen je Facharzt.<sup>317</sup> Die Höhe von TAVI-Mindestmengen ist umstritten. Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie hatte 2016 in einem Positionspapier eine jährliche Mindestzahl von 50 TAVI-Eingriffen je Zentrum und von 25 Eingriffen je Operateur als sachgerecht vorgeschlagen.<sup>318</sup> Eine aktuelle Untersuchung der Ergebnisse des TAVI-Qualitätssicherungsverfahrens des IQTIG für die Jahre 2018 und 2019 im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie zeigte keine Korrelation zwischen der Menge der durchgeführten Eingriffe und der risikoadjustierten Sterblichkeit, zudem auch seine sehr gute Qualität in kleinen Zentren.<sup>319</sup>
180. In der Zeit von 15. September 2011 bis zum 01. Januar 2015 waren die ab 01. Januar 2006 eingeführten Mindestmengen für Knie-Totalendoprothesen (Knie-TEP) vom G-

---

<sup>314</sup> Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Mindestmengenregelungen: Änderung der Nr. 3 der Anlage vom 17.12.2020, veröffentlicht unter: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4622/2020-12-17\\_Mm-R\\_Oesophagus\\_BAnz.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4622/2020-12-17_Mm-R_Oesophagus_BAnz.pdf).

<sup>315</sup> Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Mindestmengenregelungen: Änderung der Nr. 8 der Anlage vom 17.12.2020, veröffentlicht unter: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4621/2020-12-17\\_Mm-R\\_Fruehgeborene\\_BAnz.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4621/2020-12-17_Mm-R_Fruehgeborene_BAnz.pdf).

<sup>316</sup> Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Einleitung eines Beratungsverfahrens zur Festlegung einer Mindestmenge für die Durchführung von kathetergestützten Aortenklappenimplantationen (Transcatheter aortic-valve implantation – TAVI) gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V, veröffentlicht unter: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4351/2020-06-18\\_Mm-R\\_Einleitung-Beratungsverfahren\\_Mindestmenge-TAVI.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4351/2020-06-18_Mm-R_Einleitung-Beratungsverfahren_Mindestmenge-TAVI.pdf).

<sup>317</sup> Vorschlag des Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses, Festsetzung einer Mindestmenge für die Durchführung von kathetergestützten Aortenklappenimplantationen (Transcatheter aortic-valve implantation – TAVI) von jährlich 150 Eingriffen pro Krankenhausstandort und von jährlich 65 Eingriffen pro Operateur, S. 15, veröffentlicht unter: [https://www.g-ba.de/downloads/40-268-6675/2020-06-18\\_Mm-R\\_Einleitung-Beratungsverfahren\\_Mindestmenge-TAVI\\_Anlage.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/40-268-6675/2020-06-18_Mm-R_Einleitung-Beratungsverfahren_Mindestmenge-TAVI_Anlage.pdf); kritisch zu diesem Vorschlag: Weber/Stellbrink/Schächinger/Hoffmeister, Mindestmengen G-BA: Sündenfall TAVI, das Krankenhaus 2020, S. 652 ff.

<sup>318</sup> Kuck/Eggebrecht/Elsässer u.a., Qualitätskriterien zur Durchführung der kathetergestützten Aortenklappenimplantation (TAVI) Aktualisierung des Positionspapiers der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie, Der Kardiologe 2016, S. 282 ff., [https://leitlinien.dgk.org/files/2016\\_Positionspapier\\_Standort\\_TAVI\\_Update\\_Druckfassung.pdf](https://leitlinien.dgk.org/files/2016_Positionspapier_Standort_TAVI_Update_Druckfassung.pdf).

<sup>319</sup> Weber/Stellbrink/Schächinger/Hoffmeister, TAVI-Mindestmengen: IQTIG-Daten sind ein Paukenschlag, das Krankenhaus 2021, S. 382 f.

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

BA wegen eines Rechtsstreits außer Vollzug gesetzt worden. Nach der bestätigenden Entscheidung des Bundessozialgerichts setzte sie der G-BA ab 01. Januar 2015 wieder in Kraft.<sup>320</sup>

181. Auch die zum 01. Januar 2011 vorgesehene Erhöhung der Mindestmengen zur stationären Behandlung Früh- und Neugeborener mit einem Geburtsgewicht von bis zu 1.250 g von 14 auf 30 Behandlungen jährlich war Gegenstand eines Rechtsstreits. Der G-BA setzte deshalb den Vollzug dieses Beschlusses zunächst aus.<sup>321</sup> Mit Urteil vom 18. Dezember 2012 entschied das Bundessozialgericht, dass die Heraufsetzung der Mindestmenge auf 30 Fälle im Jahr nichtig ist. Es fehlten neuere Studien, welche die Anhebung hätten begründen können.<sup>322</sup>
182. Nach § 136b Abs. 4 Satz 3 SGB V müssen zugelassene Krankenhäuser gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen jährlich darlegen, dass die erforderliche Mindestmenge im jeweils nächsten Kalenderjahr aufgrund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreicht wird (Prognose). Bei der Prognose sind die Leistungsmengen im vorangegangenen Kalenderjahr und der letzten beiden Quartale des vorausgegangenen und der ersten beiden Quartale des laufenden Kalenderjahres sowie personelle und strukturelle Veränderungen zu berücksichtigen.<sup>323</sup> Konnten Krankenhäuser wegen der Corona-Pandemie nachweislich bestimmte planbare Eingriffe nicht vornehmen, können sie dies bei der Prüfung, ob für das Folgejahr die Mindestmenge erreicht werden kann, geltend machen. Der G-BA bewertet die Corona-Pandemie als „weiteren Umstand“ i.S.v. § 4 Absatz 2 Satz 3 und Satz 4 der Mindestmengenregelungen, der im Rahmen einer Prognose der berechtigt zu erwartenden Eingriffe berücksichtigt wird.<sup>324</sup> Die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen prüfen die Angaben der Krankenhausträger und können die

---

<sup>320</sup> Hierzu siehe die Pressemeldung des G-BA vom 15.09.2011, „G-BA setzt Mindestmenge für Knie-TEP bis zur BSG-Entscheidung aus“, veröffentlicht unter: <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen/406/>, und Pressemeldung des G-BA vom 18.12.2014, G-BA setzt nach BSG-Entscheidung Mindestmenge für Knie-TEP wieder in Kraft, veröffentlicht unter: <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen/563/>.

<sup>321</sup> Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine befristete Außervollzugssetzung einer Änderung der Mindestmengenregelungen: Mindestmengen für Früh- und Neugeborene Perinatalzentren Level 1 vom 19.01.2012, veröffentlicht unter: <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen/563/>.

<sup>322</sup> BSG, Urt. v. 18.12.2012, B 1 KR 34/12 R, juris-Rn. 57 ff.

<sup>323</sup> § 4 Abs. 2 Beschluss des G-BA vom 17.11.2017 über eine Änderung der Mindestmengenregelungen, [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3150/2017-11-17\\_Mm-R\\_Aenderung-Regelung\\_WZ.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3150/2017-11-17_Mm-R_Aenderung-Regelung_WZ.pdf).

<sup>324</sup> Nr. VII des Beschlusses des G-BA über eine Änderung der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL), der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsbü-

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

vom Krankenhausträger getroffene Prognose bei begründeten erheblichen Zweifeln an ihrer Richtigkeit widerlegen (§ 136b Abs. 4 Satz 5 SGB V). Der G-BA hat in die Mindestmengenregelungen Regelbeispiele aufzunehmen, aus denen hervorgeht, wann erhebliche Zweifel an einer übermittelten Prognose bestehen.<sup>325</sup>

183. Seit Inkrafttreten des Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz - KHSG)<sup>326</sup> am 1. Januar 2016 dürfen die Krankenhäuser nur noch bei einer positiven Prognose die entsprechenden Leistungen erbringen (§ 136b Abs. 4 Satz 1 SGB V). Wird die Behandlung dennoch durchgeführt, besteht kein Vergütungsanspruch (§ 136b Abs. 4 Satz 2 SGB V), es sei denn, es greift ein vom G-BA festgelegter Ausnahmetatbestand ein (§ 136b Abs. 3 Satz 1 SGB V). Der G-BA hat mittlerweile beschlossen, dass Leistungserbringungsverbot und Vergütungsausschluss nicht eingreifen bei Notfallbehandlungen<sup>327</sup> und in Fällen, in denen sich ein Krankenhaus dazu entschließt, die Leistungen erstmals oder nach einer mindestens 24-monatigen Unterbrechung erneut anzubieten. Dann hat es in den ersten 12 Monaten der Leistungserbringung mindestens die Hälfte der Mindestmenge zu erfüllen.<sup>328</sup>
184. Der G-BA konnte nach § 136b Abs. 3 Satz 1 SGB V für bestimmte Leistungen bei nachgewiesener hoher Qualität eine Ausnahme von den Mindestmengen Voraussetzungen vorsehen. Das Krankenhaus musste dann nachweisen, dass es die festgelegten Qualitätsanforderungen und Bewertungskriterien erfüllt.<sup>329</sup> Diese Ausnahmerege-

---

greifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL), der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL), den Beschluss über eine Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL), der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan.QI-RL) und der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL), MDK-Qualitätskontroll-Richtlinie, (MDK-QK-RL), Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R), Mindestmengenregelungen, (Mm-R): COVID-19: Ausnahmen zu QS-Anforderungen vom 27.03.2020, veröffentlicht unter: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4230/2020-03-27\\_QS-RL\\_COVID-19-Ausnahmen-QS-Anforderungen\\_BAnz.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4230/2020-03-27_QS-RL_COVID-19-Ausnahmen-QS-Anforderungen_BAnz.pdf); „Neue Mindestmengen gelten bei Eingriffen an der Speiseröhre und bei der Versorgung von untergewichtigen Frühgeborenen – Vorgabe bei Nierentransplantation bestätigt“, Pressemitteilung des G-BA vom 17.12.2020, <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/923/>.

<sup>325</sup> Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz - GVWG), Gesetzentwurf der Bundesregierung, B. Besonderer Teil, Zu Artikel 1, Nummer 41, Buchstabe c, Doppelbuchstabe bb, S. 93.

<sup>326</sup> BGBl. I 2015, S. 2229 ff.

<sup>327</sup> § 4 Abs. 4 Satz 3 Beschluss des G-BA vom 17.11.2017 über eine Änderung der Mindestmengenregelungen, oben Fn. 323.

<sup>328</sup> § 6 i.V.m. § 7 Beschluss des G-BA vom 17.11.2017 über eine Änderung der Mindestmengenregelungen, oben Fn. 323.

<sup>329</sup> § 6 Satz 1 Alt. 3 Beschluss des G-BA vom 17.11.2017 über eine Änderung der Mindestmengenregelungen, oben Fn. 323.

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

lung wurde mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung aufgehoben, weil sie bislang keine Bedeutung erlangt hatte. Der Nachweis hoher Qualität unterhalb der bisher geregelten Mindestmengen ließ sich nicht erbringen. Angesichts der geringen Mindestfallzahlen war eine hohe Qualität nicht statistisch nachweisbar.<sup>330</sup>

185. Eine weitere Ausnahme von den Mindestmengenregelungen sieht § 136b Abs. 5 SGB V vor. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann Mindestmengenleistungen bestimmen, bei denen die Anwendung des Leistungsverbotes und des Vergütungsausschlusses in § 136b Abs. 4 Satz 1 und Satz 2 SGB V die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung gefährden könnte. Auf Antrag eines Krankenhauses kann die Landesbehörde für diese Leistungen entscheiden, dass die Leistungsausschlüsse nicht anwendbar sind (§ 136b Abs. 5 Satz 2 SGB V). Die von der Bundesregierung vorgeschlagene Streichung dieser Ausnahme<sup>331</sup> fand im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages keine Zustimmung. Die Ausnahmeregelung wurde als neuer § 136b Abs. 5a SGB V dahingehend angepasst, dass die Entscheidung der Landesbehörde auf Antrag des Krankenhauses künftig im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zu treffen und auf ein Jahr zu befristen ist. Zudem muss die Landesbehörde den G-BA und das Bundesministerium für Gesundheit informieren und ihre Entscheidung begründen.<sup>332</sup>
186. Auf einer Mindestmengen-Transparenzkarte<sup>333</sup> und in einer Mindestmengen-Transparenzliste<sup>334</sup> veröffentlicht die AOK getrennt für die Behandlungen, für die Mindestmengen gelten, die Krankenhäuser, die die entsprechenden Behandlungen durchführen dürfen. Darin wird transparent, welche Krankenhäuser eine positive Prognose erhalten haben, erstmals oder erneut die Leistung erbringen oder eine Berechtigung durch die

---

<sup>330</sup> Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungswiderentwicklungsgesetz - GVWG), Gesetzentwurf der Bundesregierung, B. Besonderer Teil, Zu Artikel 1, Nummer 41, Buchstabe b, S. 91.

<sup>331</sup> Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungswiderentwicklungsgesetz - GVWG), Gesetzentwurf der Bundesregierung, B. Besonderer Teil, Zu Artikel 1, Nummer 41, Buchstabe d, S. 93.

<sup>332</sup> Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) a) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – BT-Drs. 19/26822, 19/27214, 19/28005 Nr. 1 – Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungswiderentwicklungsgesetz – GVWG) u.a., BT-Drs. 19/30550, S. Nr. 41 d), S. 69.

<sup>333</sup> AOK Bundesverband, Mindestmengen-Transparenzkarte 2021, <https://aok-bv.de/engagement/mindestmengen/#6/51.331/10.481>.

<sup>334</sup> AOK Bundesverband, Mindestmengen-Transparenzliste 2021, [https://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/engagement/mindestmengen/mindestmengen-transparenzliste\\_2021.pdf](https://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/engagement/mindestmengen/mindestmengen-transparenzliste_2021.pdf).



## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

Landesbehörde erhalten haben und welche Leistungsmengen sie im Vorjahr erreicht haben.

### 2. Qualitätssicherung auf Ebene der Bundesländer

187. Auf der Ebene der Bundesländer soll unzureichende Behandlungsqualität der Krankenhäuser künftig planungsrechtliche Konsequenzen haben und bei der Entscheidung über die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan und über dessen Verbleib berücksichtigt werden. Bislang spielte die Behandlungsqualität bei dieser Entscheidung keine Rolle. Zum einen fehlte es bislang an einer rechtlichen Grundlage hierfür<sup>335</sup>, zum anderen an einer einheitlichen Definition des Begriffs der Qualität<sup>336</sup>.
188. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz wurde bestimmt, dass der G-BA nach § 136c Abs. 1 SGB V Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität beschließt. Diese werden gemäß § 6 Abs. 1a KHG Bestandteil der Krankenhauspläne der Bundesländer, soweit die Bundesländer nicht die Geltung dieser Indikatoren ganz oder teilweise ausschließen oder einschränken. Sie können auch weitere Qualitätsanforderungen stellen. Erbringen Krankenhäuser nicht nur vorübergehend eine in erheblichem Maß unzureichende Qualität in den für sie maßgeblichen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren, dürfen diese insoweit nicht in den Krankenhausplan aufgenommen werden (§ 8 Abs. 1a KHG). Bereits in den Plan aufgenommene Krankenhäuser müssen insoweit durch Aufhebung des Feststellungsbescheids ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden (§ 8 Abs. 1b KHG).
189. Auf der Grundlage des § 136c Abs. 2 SGB V hat der G-BA den Krankenhausplanungsbehörden zu den Indikatoren die Auswertungsergebnisse der Qualitätssicherung für die einzelnen Krankenhäuser zukommen zu lassen. Außerdem hat er den Planungsbehörden Maßstäbe und Kriterien an die Hand zu geben, mit denen sie bewerten können, ob die Krankenhäuser eine in erheblichem Maße unzureichende Qualität erbringen.

---

<sup>335</sup> Siehe *Metzner/Winten*, Qualitätsorientierte Krankenhausplanung, Krankenhausreport 2015, 11.3, S. 162 ff.

<sup>336</sup> „An der Spitze der Bewegung – DKG Qualitätstag der Krankenhäuser“, Bericht vom DKG-Qualitätstag am 09.05.2014 in Berlin, Das Krankenhaus 2014, S. 515/518.

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

190. Die ersten bundesweit einheitlichen Indikatoren hat das IQTIG bis Ende 2016 im Auftrag des G-BA entwickelt.<sup>337</sup> 11 Qualitätsindikatoren der Leistungsbereiche der gynäkologischen Operationen, der Geburtshilfe und der Mammachirurgie wurden daraufhin vom G-BA beschlossen.<sup>338</sup> Sie erfassen nach Ansicht des G-BA alle drei vorhandenen gynäkologischen Leistungsbereiche, die das Fachgebiet Gynäkologie und Geburtshilfe widerspiegeln, und erscheinen dem G-BA am ehesten dazu geeignet, das typische Leistungsspektrum einer Fachabteilung abzudecken und in der Zusammenschau die Qualität der stationären geburtshilflichen und frauenheilkundlichen Versorgung zu beurteilen. Unmittelbare Schlussfolgerungen auf die Fachabteilungsebene oder das gesamte Krankenhaus als Ebene der Krankenhausplanung der Länder seien zwar nicht möglich, aber eine fachlich belastbare Aussage über das Vorliegen einer unzureichenden Qualität der jeweiligen Einrichtung.<sup>339</sup>
191. Umgesetzt wird die Liste der Qualitätsindikatoren durch die Richtlinie des G-BA zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren.<sup>340</sup> Diese bestimmt, dass die Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung der Ergebnisse zu den einzelnen Indikatoren mindestens dazu geeignet sein müssen, unzureichende Qualitätsergebnisse zu identifizieren. Für neue Indikatoren, die nach dem Jahr 2018 beschlossen werden, soll eine Analyse der Qualitätsergebnisse eine Bewertung ermöglichen, ob eine in erheblichem Maß unzureichende Qualität i.S.v. § 8 Abs. 1a Satz 1 und Satz 1b KHG vorliegt.<sup>341</sup> In den Anlagen zur Richtlinie hat der G-BA auch die endgültigen Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2019 festgelegt.
192. Hieraus sind folgende Maßstäbe für die geltenden planungsrelevanten Qualitätsindikatoren zu entnehmen:

---

<sup>337</sup> Beschluss des G-BA über die Beauftragung des IQTIG zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Abs. 1 SGB V sowie für ein Verfahren zur Übermittlung einrichtungsbezogener Auswertungsergebnisse an die für die Krankenhausplanung zuständigen Behörden einschließlich Maßstäben und Kriterien zur Bewertung der Qualitätsergebnisse gemäß § 136c Abs. 2 SGB V, vom 17.03.2016, [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2552/2016-03-17\\_IQTIG-Beauftragung\\_planungsrelv\\_QI.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2552/2016-03-17_IQTIG-Beauftragung_planungsrelv_QI.pdf).

<sup>338</sup> Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Liste der Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Abs. 1 SGB V: Liste planungsrelevanter Qualitätsindikatoren vom 15.12.2016, [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2816/2016-12-15\\_PlanQI-RL\\_Liste-planQI\\_BAnz.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2816/2016-12-15_PlanQI-RL_Liste-planQI_BAnz.pdf).

<sup>339</sup> Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Liste der Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Abs. 1 SGB V: Liste planungsrelevanter Qualitätsindikatoren vom 15.12.2016, Seite 3, [https://www.g-ba.de/downloads/40-268-4148/2016-12-15\\_PlanQI-RL\\_Liste-planQI\\_TrG.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/40-268-4148/2016-12-15_PlanQI-RL_Liste-planQI_TrG.pdf).

<sup>340</sup> Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136 Absatz 1 SGB V i. V. m. § 136c Absatz 1 und Absatz 2 SGB V – plan. QI-RL in der Fassung vom 15.12.2016, zuletzt geändert am 14.05.2020, in Kraft getreten am selben Tag, [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2159/plan-QI-RL\\_2020-05-14\\_iK\\_2020-05-14.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2159/plan-QI-RL_2020-05-14_iK_2020-05-14.pdf).

<sup>341</sup> § 3 Abs. 2 plan. QI-RL, Fn. 340.

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

**Tabelle 2: Planungsrelevante Qualitätsindikatoren mit Rechenregeln und Indikatortyp<sup>342</sup>**

Gynäkologische Operationen			
Qualitätsziele der Indikatoren		Indikator (Rechenregel)	Indikatortyp
1.	Möglichst wenige Entfernungen des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	Zahl der isolierten Ovareingriffe mit Gewebeentnahme und Angabe einer Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste oder Normalbefund als führender histologischer Befund geteilt durch die Gesamtzahl aller durchgeführten isolierten Ovareingriffe mit vollständiger Entfernung des Ovars oder der Adnexe.	Indikationsstellung
2.	Möglichst wenige isolierte Ovareingriffe mit fehlender postoperativer Histologie	Zahl der isolierten Ovareingriffe ohne Angabe einer postoperativen Histologie geteilt durch die Zahl aller dokumentierten isolierten Ovareingriffe mit Gewebeentfernung.	Indikationsstellung
3.	Möglichst wenige Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen	Zahl der Patientinnen mit mindestens einer Organverletzung geteilt durch die Zahl der Patientinnen mit ausschließlich laparoskopischem OP-Zugang oder mit ausschließlich laparoskopischem und abdominalem OP-Zugang bei der ersten Operation und Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen.	Ergebnisindikator
Geburtshilfe			
Qualitätsziele der Indikatoren		Indikator (Rechenregel)	Indikatortyp
1.	Häufige Anwesenheit eines Pädiaters bei der Geburt von lebendgeborenen Frühgeborenen mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 35+0 Wochen	Zahl der Geburt von lebendgeborenen Frühgeborenen mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 35+0 Wochen mit Anwesenheit eines Pädiaters geteilt durch die Zahl aller lebendgeborenen Frühgeborenen mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 35+0 Wochen unter Ausschluss von Kindern, die vor Klinikaufnahme geboren wurden.	Prozessindikator
2.	Häufig begonnene Antenatale Kortikoidtherapie (Lungenreifeinduktion) bei Geburten mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen unter Ausschluss von Totgeburten und mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	Zahl der begonnenen antenatalen Kortikosteroidtherapien geteilt durch die Zahl der Mütter, die mindestens ein Kind mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen geboren haben, unter Ausschluss von Totgeburten und mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen.	Prozessindikator
3.	Seltene Entschluss-Entwicklungs-Zeit von mehr als 20 Minuten beim Notfallkaiserschnitt	Zahl der Geburten, in denen die Entschluss-Entwicklungs-Zeit bei Notfallkaiserschnitten über 20 Minuten lag, geteilt durch die Zahl aller Kinder, die per Notfallkaiserschnitt entbunden wurden.	Prozessindikator
4.	Möglichst hohe Rate an perioperativer Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	Zahl der perioperativen Antibiotikaprophylaxe bei Geburten mit Kaiserschnitt-Entbindung geteilt durch die Zahl aller Geburten mit Kaiserschnitt-Entbindung.	Prozessindikator
5.	Selten verstorben Kinder, 5-Minuten-Apgar unter 5, pH-Wert unter 7 und Base Excess > -16 bei Reifgeborenen	Zahl der verstorbenen Kinder plus der Zahl der Kinder mit 5-Minuten-Apgar unter 5 plus der Zahl der Kinder mit Base Excess unter -16 plus der Zahl der Kinder mit Azidose (pH > 7,00) geteilt durch die Zahl aller reifen Kinder (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zu 5-Minuten-Apgar plus der Zahl aller reifen Lebendgeborenen mit gültigen Angaben zum Base Excess plus der Zahl aller reifen Lebendgeborenen mit gültigen Angaben zum pH-Wert; Vergleich der beobachteten und der erwarteten Zahl	Ergebnisindikator
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an verstorbenen Kindern	Beobachtet: Zahl der verstorbenen Kinder geteilt durch die Zahl aller reifen Kinder unter Ausschluss von Kindern, die vor der Klinikaufnahme verstorben sind. Erwartet: Zahl der verstorbenen Kinder geteilt durch erwartete Anzahl an verstorbenen Kindern, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score	Ergebnisindikator
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5	Beobachtet: Zahl der Kinder mit 5-Minuten-Apgar unter 5 geteilt durch die Zahl aller reifen Lebendgeborenen mit gültigen Angaben zu 5-Minuten-Apgar. Erwartet: Zahl der Kinder mit 5-Minuten-Apgar unter 5 geteilt durch erwartete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score	Ergebnisindikator
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Kindern mit Base Excess unter -16	Beobachtet: Zahl der Kinder mit Base Excess unter -16 geteilt durch die Zahl aller reifen Lebendgeborenen mit gültigen Angaben zum Base Excess. Erwartet: Zahl der Kinder mit Base Excess unter -16 geteilt durch erwartete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score.	Ergebnisindikator
	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Kindern mit Azidose (pH < 7,00)	Beobachtet: Zahl der Kinder mit Azidose (pH < 7,00) geteilt durch die Zahl aller reifen Lebendgeborenen mit gültigen Angaben zum pH-Wert. Erwartet: Zahl der Kinder mit Azidose geteilt durch Erwartete Anzahl an Kindern mit Azidose, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score.	Ergebnisindikator
Mammachirurgie			
Qualitätsziele der Indikatoren		Indikator (Rechenregel)	Indikatortyp
1.	Möglichst wenige Patienten mit primärer Axilladissektion bei DCIS	Zahl der Patienten mit primärer Axilladissektion (Lymphknotenentfernung) geteilt durch die Zahl aller Patienten mit Histologie "DCIS" (Ductales carcinoma in situ) und abgeschlossener operativer Therapie bei Primärerkrankung und ohne präoperative tumorspezifische Therapie unter Ausschluss von Patienten mit präoperativer Histologie "invasives Mammakarzinom".	Indikationsstellung
2.	Möglichst viele Eingriffe mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie nach präoperativer Drahtmarkierung durch Sonografie	Zahl der Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie geteilt durch die Zahl aller brusterhaltenden Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Sonografie.	Prozessindikator
3.	Möglichst viele Eingriffe mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie nach präoperativer Drahtmarkierung durch Mammografie	Zahl der Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie geteilt durch die Zahl aller brusterhaltenden Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie.	Prozessindikator

<sup>342</sup> Anlage 1 zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (planQI): Anpassungen zum Erfassungsjahr 2010

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

193. Im Herbst 2018 hat der G-BA die Ergebnisse zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren für das Jahr 2017 veröffentlicht und dargestellt, bei welchen Krankenhausstandorten die Versorgungsqualität als unzureichend eingeschätzt wurde.<sup>343</sup> Im Oktober 2019 erfolgte die Veröffentlichung der Ergebnisse für das Jahr 2018.<sup>344</sup> Aufgrund der Corona-Pandemie setzte der G-BA für das Jahr 2019 den Bericht über die Ergebnisse der einzelnen Einrichtungen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren aus.<sup>345</sup> Zudem beschloss er zur Entlastung der Krankenhäuser, dass diese die Daten für das Erfassungsjahr 2020 erst nachträglich bis zum 28. Februar 2021<sup>346</sup> und für das Erfassungsjahr 2021 nachträglich bis zum 28. Februar 2022<sup>347</sup> liefern müssen.
194. Weitere planungsrelevante Qualitätsindikatoren hat der G-BA bislang nicht festgelegt. Das IQTIG hat jedoch Ende 2019 den Abschlussbericht zur Weiterentwicklung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren veröffentlicht.<sup>348</sup> Hierin schlägt es weitere Indikatoren, die Herstellung des Fachabteilungsbezugs sowie die Entwicklung von Maßstäben und Kriterien vor, mit denen die Bundesländer für die entsprechenden fachlichen Leistungen eine in erheblichem Maße unzureichende Qualität beurteilen können.

---

vom 19.12.2019, [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4107/2019-12-19\\_PlanQI-RL\\_Anpassung-2020\\_BAnz.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4107/2019-12-19_PlanQI-RL_Anpassung-2020_BAnz.pdf).

<sup>343</sup> G-BA-Pressemitteilung, Planungsrelevante Qualitätsindikatoren – G-BA veröffentlicht ersten Bericht zu den Auswertungsergebnissen 2017, <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen/771/>.

<sup>344</sup> IQTIG, Zusammenfassung des Berichts gemäß Paragraph 17 der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren für das Erfassungsjahr 2018, [https://iqtig.org/dateien/tsv/qs-planqi/IQTIG\\_PlanQI\\_Zusf\\_Abschlussbericht-EJ2018-17-Bericht\\_v4\\_2020-05-18.pdf](https://iqtig.org/dateien/tsv/qs-planqi/IQTIG_PlanQI_Zusf_Abschlussbericht-EJ2018-17-Bericht_v4_2020-05-18.pdf).

<sup>345</sup> Nr. V des Beschlusses des G-BA über eine Änderung der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL), der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL), der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL), den Beschluss über eine Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL), der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan.QI-RL) und der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL), MDK-Qualitätskontroll-Richtlinie, (MDK-QK-RL), Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R), Mindestmengenregelungen, (Mm-R): COVID-19: Ausnahmen zu QS-Anforderungen vom 27.03.2020, veröffentlicht unter: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4230/2020-03-27\\_QS-RL\\_COVID-19-Ausnahmen-QS-Anforderungen\\_BAnz.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4230/2020-03-27_QS-RL_COVID-19-Ausnahmen-QS-Anforderungen_BAnz.pdf).

<sup>346</sup> Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL): COVID-19 Ausnahmen zu QS-Anforderungen vom 14.05.2020, veröffentlicht unter: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4300/2020-05-14\\_PlanQI-RL\\_Ausnahmen-QS-Anforderungen\\_BAnz.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4300/2020-05-14_PlanQI-RL_Ausnahmen-QS-Anforderungen_BAnz.pdf).

<sup>347</sup> Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL): COVID-19 Ausnahmen zu QS-Anforderungen vom 18.02.2021, [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4723/2021-02-18\\_PlanQI-RL\\_Ausnahmen-QS-Anforderungen-COVID-19\\_BAnz.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4723/2021-02-18_PlanQI-RL_Ausnahmen-QS-Anforderungen-COVID-19_BAnz.pdf).

<sup>348</sup> Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe zur Veröffentlichung des Abschlussberichtes des IQTIG: Planungsrelevante Qualitätsindikatoren – Weiterentwicklung vom 19.12.2019, [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4132/2019-12-19\\_PlanQI-RL\\_Freigabe-IQTIG-Bericht-Weiterentwicklung-planQI.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4132/2019-12-19_PlanQI-RL_Freigabe-IQTIG-Bericht-Weiterentwicklung-planQI.pdf).

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

195. Folgende zusätzliche Indikatoren aus den bereits abgedeckten Bereichen Gynäkologische Operationen, Geburtshilfe und Mammachirurgie sieht das IQTIG als planungsrelevante Qualitätsindikatoren geeignet an.<sup>349</sup>

**Tabelle 3: Vorschlag des IQTIG zu weiteren planungsrelevanten Qualitätsindikatoren**

Gynäkologische Operationen			
	Qualitätsziele der Indikatoren	Indikator (Rechenregel)	Indikatortyp
1.	Möglichst wenige Patientinnen mit Entfernung des Ovars oder der Adnexe.	Wie häufig wird bei Patientinnen bis 45 Jahre mit Operationen am Ovar oder der Tuba uterina und histologischem Normal- oder benignem Befund eine beidseitige (Salpingo-) Ovariectomie durchgeführt?	Indikationsstellung
2.	Möglichst wenige Patientinnen mit Entfernung des Ovars oder der Adnexe.	Wie häufig wird bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre mit Operationen am Ovar oder der Tuba uterina und histologischem Normal- oder benignem Befund eine beidseitige (Salpingo-) Ovariectomie durchgeführt?	Indikationsstellung
3.	Möglichst viele Patientinnen mit Organerhaltung bei Operationen am Ovar mit histologischem Normalbefund oder benignem (gutartiger) Histologie.	Hoher Anteil an Operationen am Ovar und histologischem Normal- oder benignem Befund bei Patientinnen bis 45 Jahre organerhaltend durchgeführt wird.	Prozessindikator
4.	Möglichst wenige Patientinnen mit einer assistierten Blasenentleerung mittels transurethralen Dauerkatheters länger als 24 Stunden nach einer Operation am Ovar oder der Tuba uterina.	Möglichst geringe Zahl der Patientinnen, bei denen nach einem Ovar- oder Adnexeingriff eine assistierte Blasenentleerung mittels transurethralem Dauerkatheter länger als 24 Stunden durchgeführt wurde.	Indikationsstellung
Geburtshilfe			
	Qualitätsziele der Indikatoren	Indikator (Rechenregel)	Indikatortyp
1.	Vermeidung eines nicht indizierten operativen Eingriffs.	Beobachtete Rate an Kaiserschnittgeburten geteilt durch erwartete Rate an Kaiserschnittgeburten, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für Q-ID 52249	Indikationsstellung
2.	Geringe Azidoserate bei lebendgeborenen Einlingen mit Nabelschnurarterien-pH-Bestimmung.	Möglichst geringes Verhältnis der aufgetretenen und erwarteten Azidosen bei allen früh- und lebendgeborenen Einlingen (24+0 bis unter 37+0 Wochen), Beobachtete Rate an Kindern mit Azidose (pH < 7,00) geteilt durch erwartete Rate an Kindern mit Azidose (pH < 7,00), risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für Q-ID 51397.	Ergebnisindikator
Mammachirurgie			
	Qualitätsziele der Indikatoren	Indikator (Rechenregel)	Indikatortyp
1.	Bei möglichst vielen Patientinnen und Patienten erfolgt eine prätherapeutische histologische Sicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS als Primärerkrankung und Ersteingriff	Bei wie vielen Patientinnen wurde vor dem operativen Ersteingriff aufgrund eines invasiven Mammakarzinoms oder eines duktales Carcinoma in situ (DCIS) eine Stanz- oder Vakuumbiopsie zur prätherapeutischen Diagnosesicherung durchgeführt?	Indikationsstellung
2.	Bei möglichst wenigen Patientinnen und Patienten wird eine axilläre Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie durchgeführt.	Zahl der Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie geteilt durch die Zahl aller brusterhaltenden Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Sonografie.	Prozessindikator

196. Den Qualitätsindikatoren liegen Eingriffe zugrunde, die nach Auffassung des IQTIG einen Bezug zur ärztlichen Weiterbildung im Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe aufweisen und deren Bezug zur Weiterbildung in anderen Fachgebieten zu vernachlässigen ist.<sup>350</sup> Den Bezug des Qualitätsergebnisses eines Standorts zu einer konkreten Fachabteilung müssen die Landesplanungsbehörden und Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen im Rahmen der Anwendung der vom IQTIG bereitgestellten Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung aber selbst herstellen.<sup>351</sup> Diese Maßstäbe sollen die Landesbehörden in die Lage versetzen, festzustellen, ob bei

<sup>349</sup> Planungsrelevante Qualitätsindikatoren Weiterentwicklung zur Eignungsprüfung weiterer Indikatoren, Herstellung eines Fachabteilungsbezugs und zur Entwicklung von Maßstäben und Kriterien zur Bewertung. Abschlussbericht des IQTIG vom 30.09.2019 (**Plan-QI Weiterentwicklung**), Kap. 2.3.1 bis 2.3.3, S. 35 ff.; Anlage 1 zum Beschluss des G-BA vom 19.12.2019, Fn. 348.

<sup>350</sup> Plan-QI Weiterentwicklung, Kap. 3.2.1, S. 78, Fn. 348.

<sup>351</sup> Plan-QI Weiterentwicklung, Zusammenfassung, S. 12, Fn. 348.

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

Standorten oder Fachabteilungen mit auffälligem Indikatorergebnis eine „in erheblichem Maße unzureichende Qualität“ erbracht wird.

197. Das IQTIG schlägt vor, die Versorgungsqualität an einem Krankenhausstandort oder in einer Fachabteilung grundsätzlich als „in erheblichem Maß unzureichend“ anzusehen, sobald eine Überprüfung ergibt, dass die Mindeststandards von mindestens zwei Qualitätsindikatoren unterschritten werden. Denn dann werden in zwei unterschiedlichen Aspekten der Versorgung die Mindeststandards signifikant nicht eingehalten.<sup>352</sup> Versorgungsmängel, die durch Qualitätsindikatoren mit gleichen oder sehr ähnlichen Qualitätszielen abgebildet werden, sollen aber nicht mehrfach zur Bewertung der Versorgungsqualität herangezogen werden. Solche Qualitätsindikatoren sollen zu einer Gruppe zusammengeführt werden, für die dann das Ergebnis „unzureichende Qualität“ vorliegt, wenn mindestens ein Indikatorergebnis aus der Gruppe „unzureichend“ ist.<sup>353</sup> Außerdem kann ein einziges „unzureichendes“ Indikatorergebnis zu einer „in erheblichem Maße unzureichenden“ Qualitätsbewertung führen, wenn ein ausgeprägter Qualitätsmangel offenbar wird. Sollten sich ungewöhnlich hohe Abweichungen vom Mindeststandard nicht plausibel erklären lassen, die medizinische Argumentation und/oder Dokumentation lückenhaft, nicht begründet oder nicht plausibel sein oder organisatorische bzw. strukturelle Mängel zum Tragen kommen, dann erscheint aus Sicht des IQTIG eine „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ an dem betroffenen Standort begründbar. In diesem Fall wird das IQTIG dies den Landesplanungsbehörden mitteilen.<sup>354</sup> Das IQTIG betont, dass eine einmalige Einstufung der Versorgungsqualität an einem Standort als „in erheblichem Maß unzureichend“ noch nicht zu einer planerischen Konsequenz führt. Erst die Unfähigkeit einer Abteilung zur Einhaltung medizinischer Mindeststandards zusammen mit der anhaltenden Unfähigkeit, diesen Mangel zeitnah zu beheben, rechtfertigt die Einschränkung der Versorgung in dieser Abteilung.<sup>355</sup>
198. Im März 2020 erteilte der G-BA dem IQTIG den Auftrag zur Neukonzeption der Entwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren, in dessen Rahmen das IQTIG insbes. auch Bewertungskriterien und -maßstäbe herausarbeiten sollte, mit denen auf fachwissenschaftlicher Grundlage eine in erheblichem Maß unzureichende Qualität

---

<sup>352</sup> Plan-QI Weiterentwicklung, Kap. 4.2.2, S. 92, Fn. 348.

<sup>353</sup> Plan-QI Weiterentwicklung, Kap. 4.2.3, S. 93, Fn. 348.

<sup>354</sup> Plan-QI Weiterentwicklung, Kap. 4.2.5, S. 104, Fn. 348.

<sup>355</sup> Plan-QI Weiterentwicklung, Kap. 4.2.6, S. 105, Fn. 348.

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

festgestellt werden kann.<sup>356</sup> Bislang sind hierzu noch keine Ergebnisse veröffentlicht worden.

199. Die Bundesländer Baden-Württemberg<sup>357</sup>, Bayern<sup>358</sup>, Brandenburg<sup>359</sup>, Mecklenburg-Vorpommern<sup>360</sup>, Nordrhein-Westfalen<sup>361</sup>, Rheinland-Pfalz<sup>362</sup>, Sachsen-Anhalt<sup>363</sup> und Thüringen<sup>364</sup> haben entschieden, die Kriterien des G-BA nicht automatisch in ihren Landeskrankenhausplan zu übernehmen.<sup>365</sup> Hier soll im Einzelfall entschieden werden, ob die vom G-BA beschlossenen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ganz oder teilweise in den Krankenhausplan aufgenommen werden. Im Bundesland Berlin befindet sich eine entsprechende Änderung des Landeskrankenhausgesetzes<sup>366</sup> mit der gleichen Regelung im parlamentarischen Verfahren.<sup>367</sup> Das gleiche gilt für Schleswig-Holstein<sup>368</sup>.
200. Das Bundesland Hessen hat hingegen auf die Festlegung landesrechtlicher Qualitätsanforderungen verzichtet und übernimmt die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des G-BA durch einen Verweis in die Feststellungsbescheide der einzelnen Krankenhäuser.<sup>369</sup> Auch im Saarland hat man sich entschlossen, die planungsrelevanten Qua-

---

<sup>356</sup> Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit einer Neukonzeption der Entwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Absatz 1 SGB V vom 20.03.2020, [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4218/2020-03-20\\_IQTIG-Beauftragung-IQTIG\\_plan-QI.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4218/2020-03-20_IQTIG-Beauftragung-IQTIG_plan-QI.pdf).

<sup>357</sup> § 4 Abs. 1 Satz 5 Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg.

<sup>358</sup> Art. 4 Abs. 1 Satz 3 Bayerisches Krankenhausgesetz.

<sup>359</sup> § 12 Abs. 2 Satz 4 Brandenburgisches Krankenhausentwicklungsgesetz.

<sup>360</sup> § 9 Abs. 1 Satz 4 Landeskrankenhausgesetz Mecklenburg-Vorpommern.

<sup>361</sup> § 13 Abs. 2 Krankenhausgestaltungsgesetz NRW.

<sup>362</sup> § 6 Abs. 3 Landeskrankenhausgesetz Rheinland-Pfalz.

<sup>363</sup> § 3 Abs. 2 Krankenhausgesetz Sachsen-Anhalt.

<sup>364</sup> § 4 Abs. 2a Thüringer Krankenhausgesetz.

<sup>365</sup> Planungsrelevante Qualitätsindikatoren: Länder ziehen nicht mit, Dt. Ärzteblatt 2018, 115(45), <https://www.aerzteblatt.de/archiv/202399/Planungsrelevante-Qualitaetsindikatoren-Laender-ziehen-nicht-mit>.

<sup>366</sup> Vorlage zur Beschlussfassung, Zweites Gesetz zur Änderung des Landeskrankenhausgesetzes, Art. 1 Nr. 3, Seite 2, Abgeordnetenhaus von Berlin, Drs. 18/2331 vom 21.11.2019, <https://www.parlament-berlin.de/ad0s/18/IIIPlen/vorgang/d18-2331.pdf>.

<sup>367</sup> Erste Lesung im Abgeordnetenhaus von Berlin am 12.12.2019, Abgeordnetenhaus von Berlin, Einladung zur 51. Plenarsitzung am 12.12.2019, Tagesordnung Lfd. Nr. 6, Seite 4, <https://www.parlament-berlin.de/ad0s/18/IIIPlen/einladung/plen18-051-e.pdf>.

<sup>368</sup> § 8 Abs. 9 Entwurf eines Landeskrankenhausgesetzes, Unterrichtung 19/184 der Landesregierung an den Schleswig-Holsteinischen Landtag vom 10.10.2019, <http://www.landtag.ltsh.de/info-thek/wahl19/unterrichtungen/00100/unterrichtung-19-00184.pdf>.

<sup>369</sup> § 19 Abs. 1 Satz 2 Hessisches Krankenhausgesetz 2011; Krankenhausplan 2020 des Bundeslandes Hessen, Kap. 4.1, S. 11.

## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

litätsindikatoren bei der Entscheidung über den Versorgungsauftrag in den Feststellungsbescheiden anzuwenden.<sup>370</sup> Die Freie und Hansestadt Hamburg<sup>371</sup> wird wie der Freistaat Sachsen<sup>372</sup> die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des G-BA in den kommenden Jahren hier ebenfalls berücksichtigen. Das gleiche gilt für die Freie und Hansestadt Bremen sowie Niedersachsen, die keine Sonderregelungen in ihre jeweiligen Landeskrankenhausgesetze aufgenommen haben.

201. Die Bundesländer haben zudem jeweils eigene Qualitätsanforderungen für bestimmte Bereiche festgelegt, die sie im Rahmen der Krankenhausplanung berücksichtigen. Eine Übersicht über die Qualitätsanforderungen in der Krankenhausplanung der einzelnen Bundesländer für das Jahr 2018 wurde vom IQTIG veröffentlicht.<sup>373</sup> Dabei handelt es sich um unterschiedliche Vorgaben zur Strukturqualität<sup>374</sup>, wie Vorgaben zur personellen oder technischen Ausstattung der Krankenhäuser oder zu Mindestfallzahlen. In einigen Bereichen werden von verschiedenen Bundesländern Zertifizierungen vorausgesetzt, so verlangen Baden-Württemberg, Bayern, NRW, Saarland und Sachsen im Bereich der Geriatrie das Qualitätssiegel Geriatrie des Bundesverbands Geriatrie.<sup>375</sup>
202. Das Deutsche Krankenhausinstitut hat 2015 die Krankenhauspläne der einzelnen Bundesländer systematisch untersucht und kam zum Ergebnis, dass 14 der 16 Bundesländer planerische Qualitätsvorgaben machen.<sup>376</sup> Dabei handelt es sich um unterschiedliche Mindestvorgaben zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität insbes. in den Be-

---

<sup>370</sup> Krankenhausplan für das Saarland 2018 bis 2025, Kap. 1.2.1, S. 3.

<sup>371</sup> Krankenhausplan 2020 der Freien und Hansestadt Hamburg, Kap. 2.6.2, S. 5.

<sup>372</sup> Krankenhausplan des Freistaates Sachsen vom 30.08.2018, Stand: 01.09.2018 (12. Fortschreibung) Teil I, 1.1, S. 17.

<sup>373</sup> Siehe Tabelle 7, Anhang B zum Abschlussbericht Planungsrelevante Qualitätsindikatoren, Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung des IQTIG vom 21.12.2018, S. 16 ff., [https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/IQTIG\\_PlanQI-Folgeauftrag-2\\_Abschlussbericht\\_Anhang\\_2018-12-21.pdf](https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/IQTIG_PlanQI-Folgeauftrag-2_Abschlussbericht_Anhang_2018-12-21.pdf), z.B. Qualitätsanforderungen in § 22 Abs. 3b, 3c und 4 Saarländisches Krankenhausgesetz.

<sup>374</sup> Siehe Krankenhausplan NRW 2015, 2.2.2.1, S. 25 ff. unter Hinweis auf ein nicht veröffentlichtes IGES-Gutachten, <https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/mags/krankenhausplan-nrw-2015/2664>.

<sup>375</sup> Tabelle 7, Anhang B zum Abschlussbericht Planungsrelevante Qualitätsindikatoren, Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung des IQTIG vom 21.12.2018, S. 18, Fn. 373.

<sup>376</sup> Blum/Degen/Khomorska, Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) für die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Landeskrankenhausgesellschaften, 01.09.2015, [https://www.dki.de/sites/default/files/2019-05/Qualitaet\\_als\\_entscheidungskriterium\\_der\\_krankenhausplanung\\_-\\_finale\\_fassung.pdf](https://www.dki.de/sites/default/files/2019-05/Qualitaet_als_entscheidungskriterium_der_krankenhausplanung_-_finale_fassung.pdf).



## C.Regulatorische Rahmenbedingungen

reichen Geriatrie, Neonatologie/Geburtshilfe, Onkologie/Brustzentren, Schlaganfallbehandlung/Stroke Units und die Palliativversorgung.<sup>377</sup> Daneben gibt es in jeweils weniger als 5 Bundesländern weitere Qualitätsvorgaben in Bezug auf weitere Fachbereiche.<sup>378</sup>

### 3. Freiwillige Maßnahmen zur Qualitätssicherung

203. Die Krankenhäuser können sich im Hinblick auf bestimmte Behandlungen von Fachgesellschaften oder Auditgesellschaften zertifizieren lassen. Verschiedene Zertifikate werden nur erteilt, wenn eine Mindestzahl an Eingriffen erfolgt ist.<sup>379</sup>
204. Außerdem existieren neben den verpflichtenden Qualitätssicherungsverfahren verschiedene Initiativen, wie Qualitätskliniken.de<sup>380</sup> oder QSR<sup>381</sup>, die das Ziel verfolgen, die Qualität der Krankenhausversorgung messbar und transparent zu machen.

## V. Ambulante ärztliche Behandlungen in medizinischen Versorgungszentren

205. Zugelassene Krankenhäuser i.S.v. § 108 SGB V dürfen auf der Grundlage von § 95 SGB V medizinische Versorgungszentren (MVZ) gründen und über diese gleichberechtigt an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Zulässiger Gründungsträger des MVZ ist dabei die juristische Person des Krankenhausträgers als Adressat des Feststellungsbescheids zur Aufnahme in den Krankenhausplan bzw. Vertragspartei des

---

<sup>377</sup> Blum/Degen/Khomorska, Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) für die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Landeskrankenhausgesellschaften, Tabelle 2, S. 22, sowie Kap. 2.3.1 bis Kap. 2.3.5, S. 28 ff., Fn. 376.

<sup>378</sup> Blum/Degen/Khomorska, Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) für die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Landeskrankenhausgesellschaften, Tabelle 2, S. 22, Fn. 376.

<sup>379</sup> Beispielsweise Zertifizierungen der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie, <https://www.kma-online.de/aktuelles/medizin/detail/chirurgen-legen-mindestmengen-fuer-eingriffe-fest-a-36423><https://www.kma-online.de/aktuelles/medizin/detail/chirurgen-legen-mindestmengen-fuer-eingriffe-fest-a-36423> .

<sup>380</sup> 4QD-Qualitätskliniken.de GmbH der Gesellschafter Ameos, Asklepios, Rhön-Klinikum, Sana Kliniken, Zweckverband freigemeinnütziger Krankenhäuser im Münsterland und Ostwestfalen sowie Zweckverband der Krankenhäuser in Südwestfalen, <http://b2b.qualitaetskliniken.de/unternehmen/ziel-und-zweck/>.

<sup>381</sup> Qualitätssicherung mit Routinedaten verfolgt das Ziel, ein aufwandsarmes Qualitätsmessverfahren auf der Basis von Routinedaten zu entwickeln, das sich an der Ergebnisqualität orientiert. Das Projekt wird seit 2008 vom Wissenschaftlichen Institut der AOK weiterentwickelt, <http://www.qualitaets-sicherung-mit-routinedaten.de/entwicklung/leitidee/index.html>.

## D. Wettbewerb im Krankenhaussektor

Versorgungsvertrages nach §§ 108 Nr. 2, 109 SGB V. Ende 2015 gab es 910 Krankenhaus-MVZ, dies entsprach rd. 44 Prozent der Gesamtzahl aller MVZ in Deutschland.<sup>382</sup>

206. Das MVZ muss einen ärztlichen Leiter haben (§ 95 Abs. 1 Sätze 2 und 3 SGB V) und als Zentrum mehr als einen Arzt beschäftigen.<sup>383</sup> Die MVZ-Gründung ist nach § 95 Abs. 1a Satz 3 SGB V nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft, einer GmbH bzw. einer gGmbH, einer eingetragenen Genossenschaft oder einer öffentlich-rechtlichen Rechtsform zulässig. Das MVZ kann sich nach § 95 Abs. 2 Satz 5 SGB V um die Zulassung bewerben. Die Zulassung bewirkt, dass die im MVZ angestellten Ärzte Mitglieder der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung werden und das MVZ insoweit zur vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist (§ 95 Abs. 3 Satz 2 SGB V). Der Krankenhausträger darf dann gesetzlich und privat versicherte Patienten ambulant versorgen.

## VI. Nicht zugelassene Privat-Krankenhäuser

207. Krankenhäuser, die über keine GKV-Zulassung verfügen, können als gewerblich betriebene Privatklinken auf der Grundlage der Gewerbeordnung Behandlungsleistungen erbringen und diese ausschließlich unmittelbar mit den Patienten bzw. mit Unternehmen der privaten Krankenversicherung abrechnen. Die Regelungen des Krankenhausentgeltgesetzes finden auf diese Einrichtungen keine Anwendung, und sie erhalten keine öffentliche Förderung.<sup>384</sup> Die Entgelte für ihre Behandlungsleistungen richten sich nach den Regelungen des Bürgerlichen Gesetzbuches.

## D. Wettbewerb im Krankenhaussektor

208. Der Wettbewerb wird beschrieben als das Bestreben, durch eigene Leistung, die nach Preis oder Qualität besser ist als die Leistung anderer Unternehmen, den Nachfrager zum Abschluss eines Vertrages zu veranlassen. Wettbewerb besteht in einem Wirtschaftsbereich insoweit, wie mehrere voneinander unabhängige Anbieter ein bestimmtes Gut anbieten und autonom bestimmen können, mit welchen Aktionsparametern sie ihre Abnehmer zum Geschäftsabschluss mit ihnen bewegen wollen, um das eigene

---

<sup>382</sup> KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung, Entwicklungen der medizinischen Versorgungszentren, statistische Informationen zum Stichtag 31.2.2018, Seite 3, [https://www.kbv.de/media/sp/mvz\\_entwicklungen.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/mvz_entwicklungen.pdf).

<sup>383</sup> *Pawlita* in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., § 95 SGB V (Stand: 06.07.2020), Rn. 149 mwN.

<sup>384</sup> § 1 Abs. 2 Nr. 2 i.V.m. § 5 Abs. 2 Nr. 2 KHG, § 67 Abgabenordnung.

## D. Wettbewerb im Krankenhaussektor

Unternehmen zu fördern.<sup>385</sup> Kernvoraussetzung für den Wettbewerb ist die wirtschaftliche Handlungsfreiheit<sup>386</sup>, d.h. die Möglichkeit, selbstständig das eigene Marktverhalten zu bestimmen und unter verschiedenen Optionen auszuwählen. Dies gilt für beide Seiten, die Anbieter und die Nachfrager.

209. Angesichts der oben beschriebenen Regelungen und Vorgaben für die Tätigkeit der Krankenhäuser wurde teilweise bezweifelt, dass es im Krankenhausbereich wirksamen Wettbewerb gibt. Die verschiedenen Funktionen des Wettbewerbs (Freiheits-, Kontroll-, Lenkungs- und Verteilungsfunktion) seien durch die verschiedenen staatlichen Regelungen außer Kraft gesetzt.<sup>387</sup>
210. Im Rahmen der Sektoruntersuchung wurde vor dem Hintergrund der staatlichen Planung und Reglementierung analysiert, inwieweit die Krankenhäuser auf einem Wettbewerbsmarkt tätig sind und Wettbewerbskräfte wirken, die mit der Fusionskontrolle geschützt werden sollen. Hierzu wurde zuerst auf der Seite der Anbieter geprüft, welche wettbewerblichen Handlungsspielräume die Krankenhäuser im Rahmen der oben dargestellten Regelungen haben und inwieweit sie ihre Freiheit nutzen können, durch selbst gewählte Maßnahmen des Preis- bzw. Leistungswettbewerbs Patienten für eine Behandlung in ihrem Haus zu gewinnen.
211. Die wettbewerblichen Handlungsoptionen der Krankenhäuser werden durch die Reaktionsmöglichkeiten der Seite der Nachfrager mitbestimmt. Denn die Krankenhäuser als Anbieter können Patienten als Nachfrager nur insoweit dazu bewegen, sich in ihrem Haus stationär behandeln zu lassen, wie die Patienten die Freiheit haben, auf diese Parameter zu reagieren und das behandelnde Krankenhaus unter Berücksichtigung dieser Kriterien auszuwählen. Daher wurde ebenfalls analysiert, auf welche Weise die Patienten ins Krankenhaus gelangen und wie sie von ihren Auswahloptionen tatsächlich Gebrauch machen.
212. Neben den Handlungsspielräumen der Krankenhäuser und der Patienten sind für das tatsächliche Wettbewerbsgeschehen die Anreize maßgeblich, von den grundsätzlichen Auswahloptionen auch tatsächlich Gebrauch zu machen. Die Prüfung umfasst daher auch die Frage, welche Anreize zu wettbewerblichem Verhalten für die Krankenhäuser durch die staatliche Regulierung gesetzt werden.

---

<sup>385</sup> *Bunte* in: Langen/Bunte, Kartellrecht, 12. Aufl., Einl. Rn. 95.

<sup>386</sup> *Zimmer* in: Immenga/Mestmäcker, GWB, 4. Aufl., § 1 Rn. 114.

<sup>387</sup> So: *Badtke*, Die Anwendbarkeit der deutschen und europäischen Fusionskontrolle auf Zusammenschlüsse von Krankenhäusern, 2008, 3. Kap., B.IV., S. 157.

## I. Handlungsspielräume der Krankenhäuser

### 1. Preissetzungsspielräume

213. Der Preis der Behandlungen stellt dann einen Wettbewerbsparameter für die Krankenhäuser dar, wenn er von den Krankenhäusern eigenständig beeinflusst werden kann und von den Patienten als Nachfragern bei der Auswahl des behandelnden Krankenhauses berücksichtigt wird.
214. Die Entgelte für die von den Krankenhäusern erbrachten Behandlungsleistungen sind, wie oben dargestellt wurde<sup>388</sup>, unterschiedlich geregelt. Die Preissetzungsspielräume für die Krankenhäuser sind darin unterschiedlich ausgestaltet.

#### a) Stationäre Krankenhausbehandlung

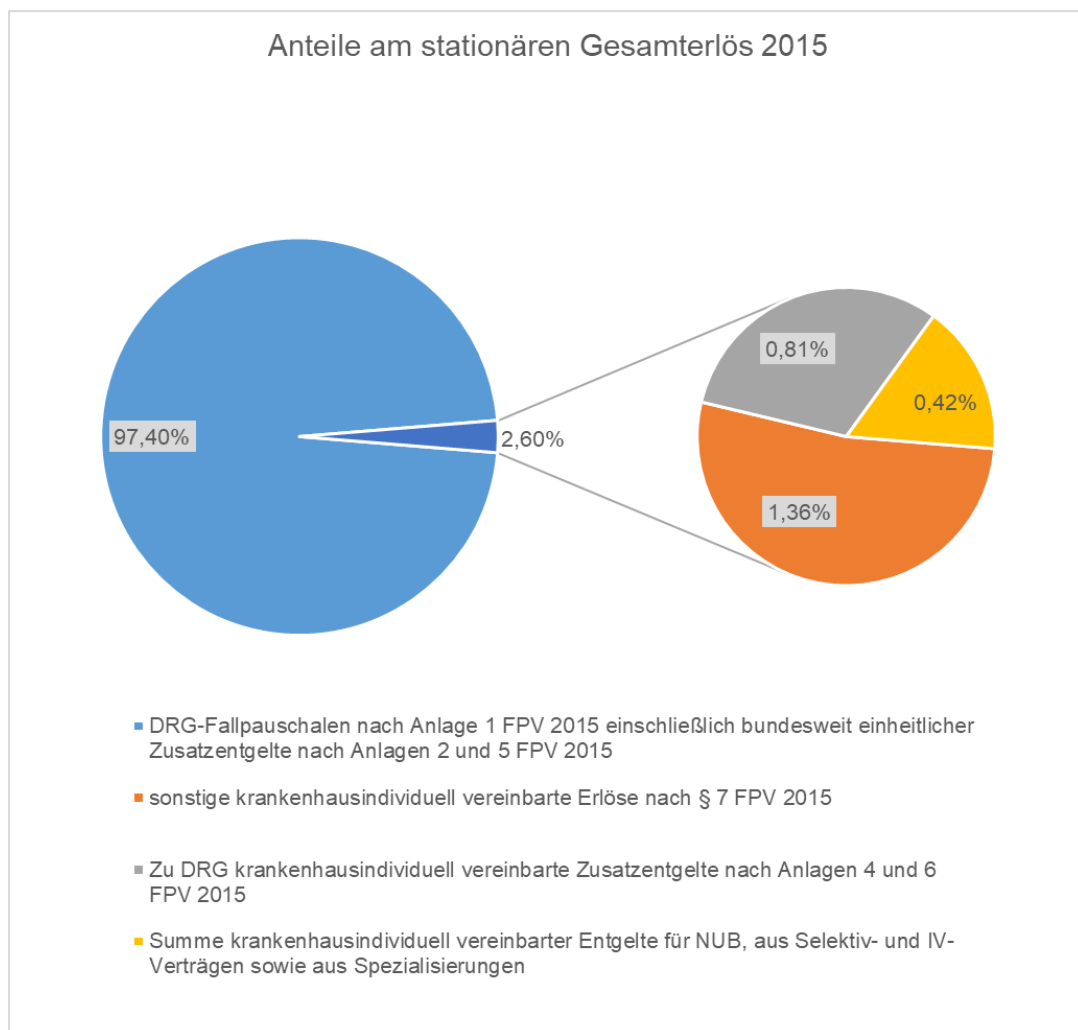
215. Die Entgelte für die stationäre Krankenhausbehandlung teilen sich auf in DRG-Fallpauschalen und krankenhausesindividuell vereinbarte Entgelte. Außerdem gibt es bestimmte Zusatzentgelte, die entweder bundesweit einheitlich gelten oder krankenhausesindividuell vereinbart werden.
216. Im Rahmen der Sektoruntersuchung wurde geprüft, welche Bedeutung die einzelnen Entgeltarten für die zugelassenen Krankenhäuser haben.<sup>389</sup> Für diese Auswertung lagen Daten von 388 Krankenhäusern mit einem Gesamterlös für stationäre Behandlungen in Höhe von rd. 19 Mrd. Euro vor. Die Verteilung der Erlöse nach Entgeltarten ergibt sich aus der nachfolgenden Abbildung.

---

<sup>388</sup> Siehe oben unter Rn.77 ff.

<sup>389</sup> Frage III.4 des Ergänzungsupdates zum Krankenhaus-Fragebogen.

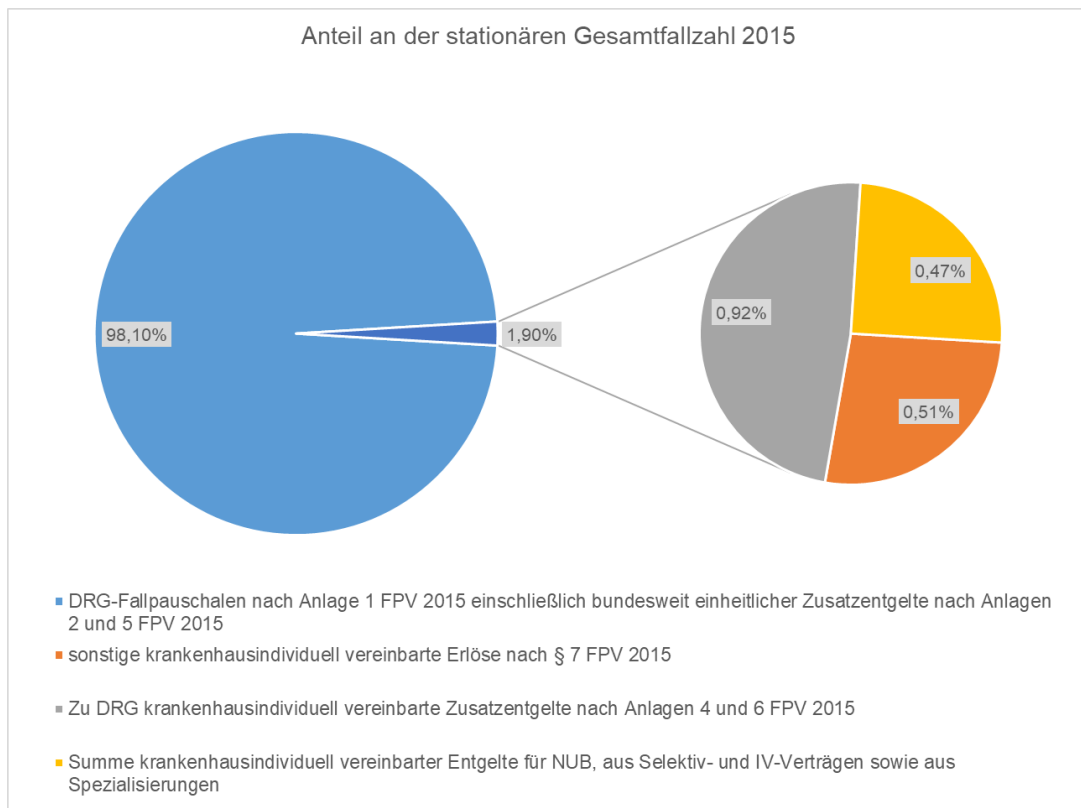
Abbildung 10: Verteilung der stationären Erlöse 2015



217. Abbildung 10 zeigt, dass die Fälle, für die DRG-Fallpauschalen und bundesweit einheitliche Zusatzentgelte erhoben werden, gut 97 Prozent der Gesamterlöse für die stationäre Krankenhausbehandlung ausmachen. Nur knapp 3 Prozent der Erlöse entfallen auf Entgelte, die zwischen dem Krankenhaus und den Krankenkassen als Erlös oder Zusatzentgelt individuell vereinbart wurden. Die neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB), Selektivverträge, Integrierten Versorgungsverträge und Spezialisierungen spielen dabei nur eine marginale Rolle. Auf sie entfallen einzeln und in der Summe weniger als 0,5 Prozent der Gesamterlöse der Krankenhäuser.
218. Ein ähnliches Bild ergibt sich bei Betrachtung der Verteilung der stationär behandelten Fälle dieser 388 Krankenhäuser auf die Entgeltarten.<sup>390</sup> Die Gesamtfallzahl dieser Krankenhäuser lag 2015 bei insgesamt rd. 5,3 Mio. Fällen.

<sup>390</sup> Frage III.4 des Ergänzungsupdates zum Krankenhaus-Fragebogen.

Abbildung 11: Verteilung der stationären Fälle 2015



219. Die stationären Fälle, die anhand der DRG-Fallpauschalen und ggf. mit bundeseinheitlichen Zusatzentgelten vergütet werden, machen rd. 98 Prozent aller stationären Fälle der Krankenhäuser aus. Die Krankenhäuser verhandeln nur für knapp 2 Prozent der Fälle krankenhausesindividuelle Entgelte. Diese individuellen Entgeltfälle verteilen sich zur Hälfte auf Zusatzentgelte zu DRG-Leistungen nach Anlagen 4 und 6 FPV 2015 und auf Fälle, in denen das Gesamtentgelt individuell verhandelt wird. An der Gesamtzahl der stationären Fälle machen die Behandlungen, für welche die Erlöse komplett krankenhausesindividuell vereinbart werden, weniger als 1 Prozent.

**aa) Bundesweit einheitliche Entgelte und Zusatzentgelte**

220. Aus den beiden vorhergehenden Abbildungen 9 und 10 wird deutlich, dass nahezu alle Krankenhausfälle bis auf einen kleinen Teil mit DRG-Fallpauschalen und bundesweit einheitlichen Zusatzentgelten vergütet werden und dies auch den weitaus größten Teil der Krankenhauserlöse ausmacht. Diese Entgelte werden nicht von den Krankenhäusern selbst bestimmt, sondern errechnen sich durch Multiplikation der vom InEK festgelegten DRG-Bewertungsrelation mit dem von den Verbänden auf Bundeslandebene vereinbarten Landesbasisfallwert und ggf. bundesweit einheitlichen Zuschlägen. Diese

## D.Wettbewerb im Krankenhaussektor

Krankhauserlöse sind in jedem Bundesland einheitlich, so dass insoweit keine wettbewerblichen Handlungsspielräume der Krankenhäuser existieren.<sup>391</sup>

### **bb) Krankenhausindividuell vereinbarte Entgelte und Zusatzentgelte**

221. Preisverhandlungen mit eigenem Handlungsspielraum führen die Krankenhäuser im Hinblick auf die krankenshausindividuellen Entgelte und Zusatzentgelte. Dies betrifft knapp 2 Prozent der stationären Fälle und knapp 3 Prozent der stationären Gesamterlöse. Gleichwohl kann die Höhe dieser Entgelte nur in begrenztem Umfang von den Krankenhäusern dazu genutzt werden, um im Wettbewerb mit anderen Krankenhäusern Patienten zu akquirieren. Die Handlungsfreiheit hängt dabei von der Art der Entgelte ab.

#### **(1) Entgelte nach § 6 Abs. 1, 2 und 2a KHEntgG**

222. Die Krankenhäuser verhandeln nach § 6 Abs. 1, 2 und 2a KHEntgG krankenshausindividuelle (Zusatz-)Entgelte für Leistungen, die noch nicht mit den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden können, sowie für Besondere Einrichtungen<sup>392</sup>, für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden<sup>393</sup> und für Spezialisierungen<sup>394</sup>. Vertragspartner der Krankenhäuser sind die Krankenkassen bzw. Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen, auf deren Mitglieder insgesamt mindestens 5 Prozent der Belegungs- und Berechnungstage des Krankenhauses entfallen.<sup>395</sup> Die Patienten sind an diesen Entgeltverhandlungen nicht beteiligt.

223. Die nach § 6 Abs. 1, 2 und 2a KHEntgG krankenshausindividuell vereinbarten Krankenshausentgelte werden von den Krankenkassen, den Unternehmen der privaten Krankenversicherung bzw. den Beihilfeträgern übernommen. Für die Patienten besteht daher kein finanzielles Interesse an der Höhe dieser Entgelte und kein Grund, ihre Auswahlentscheidung davon abhängig zu machen. Auf die Befragung der Krankenhäuser und der niedergelassenen Vertragsärzte nach den Kriterien, die nach ihrer Kenntnis für die Auswahl eines Krankenhauses von den Patienten als wichtig angesehen werden,

---

<sup>391</sup> BKartA, Beschl. v. 23.03.2005, B 10-109/04, *Rhön-Eisenhüttenstadt*, Rn. 139.

<sup>392</sup> Zusatzentgelte in Anlagen 4 bzw. 6 der FPV 2015 nach § 6 Abs. 1 KHEntgG i.V.m. § 5 Abs. 2 FPV 2015 sowie sonstige Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG i.V.m. § 7 Abs. 1 FPV 2015.

<sup>393</sup> § 6 Abs. 2 KHEntgG.

<sup>394</sup> § 6 Abs. 2a KHEntgG.

<sup>395</sup> § 11 Abs. 1 KHEntgG i.V.m. § 18 Abs. 1 Satz 2 KHG.

## D.Wettbewerb im Krankenhaussektor

hat dementsprechend kein Krankenhaus und kein Vertragsarzt angegeben, dass die Höhe der Entgelte dabei eine Rolle spielt.<sup>396</sup>

224. Zudem ist die Transparenz über die Höhe der krankenhausesindividuell vereinbarten Entgelte auch begrenzt. Nach § 8 Abs. 8 KHEntgG müssen die Krankenhäuser nur den selbstzahlenden Patienten, die nicht in vollem Umfang versichert sind, die für sie voraussichtlich maßgebenden Entgelte so bald wie möglich schriftlich bekannt geben. Regelmäßig geschieht dies im Behandlungsvertrag zwischen Krankenhaus und Patient, d.h. zu einem Zeitpunkt zu dem sich der Patient bereits für eine Behandlung im entsprechenden Krankenhaus entschieden hat und dort aufgenommen wird. Aber selbst dann wird es für den einzelnen Patienten regelmäßig nicht sicher sein, ob und ggf. welche Entgeltpositionen für seine Behandlung tatsächlich relevant sein werden.
225. Vor der Krankenhausaufnahme können die Patienten zwar aus dem Download-Bereich der Internetseiten einiger Krankenhäuser eine Übersicht mit der Höhe der Entgelte herunterladen.<sup>397</sup> Es muss dann aber explizit nach den DRG-Entgelttarifen gesucht werden. Da es sich dabei um eine den Patienten kaum geläufige Bezeichnung handelt, wird der Zugriff auf die Informationen erschwert.
226. Für die Patienten selbst stellen die krankenhausesindividuell vereinbarten (Zusatz-)Entgelte nach § 6 Abs. 1, 2 und 2a KHEntgG daher keine relevanten Parameter für die Auswahl eines Krankenhauses dar, so dass eine veränderte Entgelthöhe auch nicht unmittelbar zu einer Veränderung ihres Verhaltens und damit des Nachfragevolumens eines Krankenhauses führt.
227. Eine Veränderung der Nachfrage käme allenfalls mittelbar über die Krankenkassen in Betracht, wenn diese Einfluss auf die Patienten nehmen könnten, um sie zu kostengünstigen Krankenhäusern zu steuern. Die Krankenkassen verhandeln die krankenhausesindividuellen Entgelte mit den Krankenhäusern und zahlen sie. Daher gibt es grundsätzlich einen finanziellen Anreiz hierzu. Einen solchen steuernden Einfluss haben die Krankenkassen jedoch nicht. Die von § 6 Abs. 1, 2 und 2a KHEntgG erfassten Leistungen zählen zur sog. Regelversorgung der Krankenkassen, die von allen Krankenkassen durch alle zugelassenen Krankenhäuser erbracht werden muss.<sup>398</sup> Sowohl

---

<sup>396</sup> Antworten auf Frage IV.1 des Krankenhaus-Fragebogens und Frage 3a) des Fragebogens an niedergelassene Vertragsärzte.

<sup>397</sup> Z.B. die DRG-Entgelttarife der Kliniken der Main-Taunus-Kliniken GmbH unter: <http://www.kliniken-mtk.de/cipp/mtk/lib/pub/tt.oid,3161/lang,1/ticket,guest> oder die Tarife des Universitätsklinikums Erlangen unter: [http://www.uk-erlangen.de/fileadmin/dateien/patienten/patienten\\_a-z/Pflegekostentarif\\_DRG.pdf](http://www.uk-erlangen.de/fileadmin/dateien/patienten/patienten_a-z/Pflegekostentarif_DRG.pdf).

<sup>398</sup> § 109 Abs. 4 SGB V.



## D. Wettbewerb im Krankenhaussektor

die privat krankenversicherten als auch die gesetzlich versicherten Patienten können unter den zugelassenen Krankenhäusern frei auswählen, ob und in welchem Krankenhaus sie stationär behandelt werden wollen.<sup>399</sup> In der Verordnung einer Krankenhausbehandlung durch einen niedergelassenen Vertragsarzt sollen die beiden am nächsten gelegenen geeigneten Krankenhäuser angegeben werden.<sup>400</sup> Die Krankenkassen können von den Patienten nach § 39 Abs. 2 SGB V allenfalls Mehrkostenerstattung verlangen, wenn sie ohne zwingenden Grund ein anderes als in der Einweisung aufgeführtes Krankenhaus ausgewählt haben. Zahlreiche Krankenkassen haben entschieden, generell keine Zusatzkosten bei freier Krankenhauswahl zu erheben, darunter insbes. die AOKen, die Barmer GEK, die Techniker Krankenkasse, die DAK Gesundheit, die IKK Classic, die Knappschaft und die KKH Kaufmännische Krankenkasse.<sup>401</sup> Allein auf diese Krankenkassen entfiel 2016 ein Anteil von rd. 78 Prozent der in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen.<sup>402</sup>

228. Die Krankenhäuser können im Ergebnis die krankenhausesindividuellen Entgelte für Leistungen, die von § 6 Abs. 1, 2 und 2a KHEntgG erfasst sind, zwar eigenständig mit den Krankenkassen verhandeln, darüber aber nicht die Auswahlentscheidung der Patienten zu ihren Gunsten beeinflussen und keine Patientenzuwanderungen über Steuerungsmaßnahmen der Krankenkassen auslösen. Mit einer Preissenkung kann ein Krankenhaus kein höheres Nachfragevolumen mit höherem Umsatz erreichen. Die krankenhausesindividuell vereinbarten (Zusatz)Entgelte nach § 6 Abs. 1, 2 und 2a KHEntgG stehen damit den Krankenhäusern nicht als Wettbewerbsparameter gegenüber konkurrierenden Krankenhäusern zur Verfügung.

---

<sup>399</sup> Vgl. OLG Düsseldorf, Beschl. v. 08.10.2008, VI-Kart 10/07, juris-Rn. 41; OLG Düsseldorf, Beschl. v. 11.04.2007, VI-Kart 6/05 (V), openJur 2011, 52095, Rn. 57.

<sup>400</sup> § 73 Abs. 4 SGB V.

<sup>401</sup> Siehe die Übersicht unter <https://www.gesetzlichekrankenkassen.de/leistungsvergleich/zusatzleistungen/483/Keine+Mehrkosten+bei+freier+Krankenhauswahl>.

<sup>402</sup> Datengrundlage: Geschäftsberichte der Krankenkassen für 2016 und BMG-Jahresdurchschnitt 2016 der Ergebnisse der GKV-Statistik KM1/13, veröffentlicht unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder\\_Versicherung/KM1\\_JD\\_2016.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherung/KM1_JD_2016.pdf).

## (2) Entgelte für Behandlungen im Rahmen von integrierten Versorgungs- und Selektivverträgen

229. Integrierte Versorgungsverträge<sup>403</sup> und Selektivverträge<sup>404</sup> zählen nicht zur Regelversorgung, die alle Krankenkassen ihren Versicherten gewährleisten müssen. Vielmehr kann jede Krankenkasse eigenständig entscheiden, ob und in welchem Umfang sie neben der Regelversorgung solche Verträge anbietet und mit welchen Leistungserbringern sie zusammenarbeitet. In diesem Bereich herrscht Vertragsfreiheit für die Krankenkassen und die Krankenhäuser. Sie können selbst entscheiden, ob sie sich an Verhandlungen über solche Verträge beteiligen und die Entgelte für die Leistungen aushandeln.
230. **Integrierte Versorgungsverträge** zielen auf eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung der Patienten. Dabei zeichnet sich eine leistungssektorenübergreifende Versorgung durch eine enge Zusammenarbeit unterschiedlicher Leistungserbringer aus, wie z.B. von Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten und Rehabilitationseinrichtungen.<sup>405</sup> Die interdisziplinäre fachübergreifende Versorgung setzt eine Kooperation von Ärzten unterschiedlicher Fachgebiete voraus, die über die traditionelle Zusammenarbeit hinausgeht und der ein längerfristiges Konzept für gemeinsam aufeinander abgestimmte Behandlungen zu Grunde liegt.<sup>406</sup>
231. Zu den **Selektivverträgen** ohne gesetzliche Abschlusspflicht der Krankenkassen zählen die Strukturverträge<sup>407</sup>, strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten<sup>408</sup> und Modellvorhaben<sup>409</sup>.

---

<sup>403</sup> § 140a Abs. 1 SGB V bzw. §§ 140a bis 140d SGB V in der am 22.07.2015 geltenden Fassung des Gesetzes.

<sup>404</sup> Strukturierte Behandlungsprogramme für chronische Erkrankungen nach § 137f SGB V, Modellvorhaben nach §§ 63 ff. SGB V, Strukturverträge nach § 73a SGB V.

<sup>405</sup> Dettling/Gerlach, Krankenhausrecht, 2. Aufl., § 140a SGB V, Rn. 11; BSG, Urt. v. 06.02.2008, B 6 KA 27/07 R, juris-Rn. 16 ff.

<sup>406</sup> Dettling/Gerlach, Krankenhausrecht, 2. Aufl., § 140a SGB V, Rn. 14; BSG, Urt. v. 06.02.2008, B 6 KA 5/07 R, juris-Rn. 17.

<sup>407</sup> Bis zum 22.07.2015: § 73a SGB V a.F., ab 23.07.2015 Teil der Besonderen Versorgung in § 140a Abs. 1 Satz 1 SGB V; Verträge auf der bisherigen Grundlage gelten fort (§ 140a Abs. 1 Satz 3 SGB V).

<sup>408</sup> § 137 f. SGB V.

<sup>409</sup> §§ 63 ff. SGB V.

## D. Wettbewerb im Krankenhaussektor

232. Während die Regelversorgung allen Patienten voraussetzungslos offen steht, ist für die Teilnahme an der Versorgung aufgrund von Selektiv- oder Integrierten Versorgungsverträgen eine Teilnahmeerklärung des Patienten gegenüber ihrer Krankenkasse erforderlich.<sup>410</sup> Ob der Patient an einem solchen Programm teilnimmt, kann er frei entscheiden. Mit der Erklärung bindet er sich insoweit für eine bestimmte Zeit an die teilnehmenden Leistungserbringer<sup>411</sup> und verzichtet befristet auf die freie Krankenhauswahl.
233. Der zwischen den Krankenkassen und den Krankenhäusern verhandelte Preis für ihre Behandlungsleistungen im Rahmen der Selektivverträge und der Integrierten Versorgungsverträge wirkt nicht unmittelbar auf die Entscheidung der Patienten, in welchem Krankenhaus sie sich behandeln lassen. Die Patienten sind an der Vertragsgestaltung selbst nicht beteiligt, kennen die verhandelten Entgelte regelmäßig nicht und tragen auch die Kosten nicht selbst. Ein Preiswettbewerb um die Patienten besteht deshalb auch hier nicht.
234. Gleichwohl gibt es im Bereich der Selektivverträge und der Integrierten Versorgungsverträge einen der Behandlungsleistung vorgelagerten Preiswettbewerb der Krankenhäuser um die Teilnahme an solchen Verträgen der Krankenkassen. Ein solcher Vertrag kann für mehr Patientenzulauf und höhere Umsätze sorgen. Im Rahmen der Verhandlungen zwischen Krankenkasse und Krankenhaus wird neben den Aspekten des Leistungsumfangs und der Leistungsqualität, die den Patienten im Rahmen des Vertrages angeboten werden sollen, regelmäßig auch die Vergütung eine Rolle spielen. Bei gleichem Leistungsumfang und gleicher Qualität sind die Krankenkassen gehalten, sich wirtschaftlich zu verhalten und den kostengünstigsten Leistungserbringer auszuwählen.<sup>412</sup> Mit einem günstigen Preis steigt für ein Krankenhaus daher die Wahrscheinlichkeit, an Stelle eines anderen Krankenhauses mit höheren Entgeltforderungen, Partner eines Selektivvertrags bzw. eines Integrierten Versorgungsvertrags zu werden.
235. Die vertragliche Versorgung tritt neben die Regelversorgung, und die Patienten können frei wählen, ob sie sich im Rahmen der Regelversorgung behandeln lassen oder im Hinblick auf die vertraglich abgedeckten Erkrankungsbilder an dem Vertrag teilnehmen und dann an bestimmte Krankenhäuser gebunden sein wollen. Für die Krankenhäuser bedeutet ihre Teilnahme an dem Vertrag, dass sie das gesamte Patientenspektrum behandeln können, die Patienten der Regelversorgung und die Patienten, welche die

---

<sup>410</sup> § 140a Abs. 4 Satz 1 SGB V.

<sup>411</sup> § 140a Abs. 4 Satz 5 SGB V.

<sup>412</sup> § 12 Abs. 1 SGB V.

## D.Wettbewerb im Krankenhaussektor

besondere Versorgung gewählt haben. Den Wettbewerbern, die nicht am Selektivvertrag oder Integrierten Versorgungsvertrag teilnehmen, bleiben die Patienten der besonderen Versorgung versperrt. Insoweit sichert ein günstiger Preis über den Vertragsabschluss die Chance auf einen potentiell höheren Patientenzulauf. Die Krankenhäuser haben daher im Rahmen der Verhandlungen von Selektiv- und Integrierten Versorgungsverträgen einen Preissetzungsspielraum, der im Wettbewerb mit anderen Krankenhäusern um Patienten dazu eingesetzt werden kann, zusätzliche Patienten zu gewinnen.

236. Die Bedeutung der Selektivverträge und der Integrierten Versorgungsverträge im Wettbewerb der Krankenhäuser ist insgesamt gesehen jedoch gering. Von den befragten Krankenhäusern sind 388 Angaben zu den entsprechenden Fallzahlen und Umsätzen eingegangen.<sup>413</sup>
237. Von den Krankenhäusern haben insgesamt 6 im Jahr 2015 Fälle aufgrund von **Selektivverträgen** stationär behandelt und abgerechnet. Dies bedeutet, dass rd. 98 Prozent der erfassten Krankenhäuser über keinen Selektivvertrag verfügten. Der Gesamtumsatz der Krankenhäuser mit selektivvertraglichen Leistungen blieb 2015 im Befragungsgebiet bei unter 2,5 Mio. Euro. Bei den Krankenhäusern mit Selektivverträgen stellt dieser individuell verhandelte Umsatz einen Anteil von 0,6 Prozent ihrer Gesamterlöse mit stationären Behandlungen dar.
238. Die Zahl der Krankenhäuser, die im Jahr 2015 über **Integrierte Versorgungsverträge** verfügten, ist demgegenüber größer. 2015 behandelten insgesamt 63 verschiedene Krankenhäuser aus dem Abfragegebiet Patienten auf der Grundlage von Integrierten Versorgungsverträgen, d.h. 16 Prozent der antwortenden Krankenhäuser. Das wirtschaftliche Gewicht dieser Behandlungsfälle ist gleichwohl begrenzt. Der Umsatz aus Integrierten Versorgungsverträgen betrug 2015 insgesamt weniger als 35 Mio. Euro und machte einen Anteil von 0,9 Prozent des Gesamtumsatzes mit stationären Behandlungen der 63 Krankenhäuser aus, die über Integrierte Versorgungsverträge verfügten.

### cc) Ergebnis

239. Rund 98 Prozent aller stationären Krankenhausfälle wurden 2015 anhand der einheitlichen DRG-Fallpauschalen und ggf. mit bundeseinheitlichen Zusatzentgelten vergütet. Insoweit existieren kein wettbewerblicher Handlungsspielraum der Krankenhäuser und kein Preiswettbewerb. Über die krankenhäuserindividuellen Entgelte für Leistungen, die

---

<sup>413</sup> Frage III.4 des Ergänzungsupdates zum Krankenhaus-Fragebogen.

## D. Wettbewerb im Krankenhaussektor

von § 6 Abs. 1, 2 und 2a KHEntgG erfasst werden, finden zwar Verhandlungen zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen statt. Gleichwohl stehen diese Entgelte den Krankenhäusern ebenfalls nicht als Wettbewerbsparameter gegenüber konkurrierenden Krankenhäusern zur Verfügung, denn sie können damit nicht die Auswahlentscheidung der Patienten beeinflussen und auch keine Zuwanderungen durch entsprechende Steuerungsmaßnahmen der Krankenkassen auslösen.

240. Allein im Bereich der Selektivverträge und der Integrierten Versorgungsverträge gibt es einen der Behandlungsleistung vorgelagerten Preiswettbewerb der Krankenhäuser um die Teilnahme an einem solchen Vertrag mit den Krankenkassen. Die wettbewerbliche Wirkung ist jedoch begrenzt, weil nur wenige solcher Verträge existieren und der von ihnen erfasste Umsatz im Betrachtungszeitraum 2015 nur weniger als 1 Prozent des Gesamtumsatzes der an der jeweiligen Vertragsart beteiligten Krankenhäuser ausmacht.

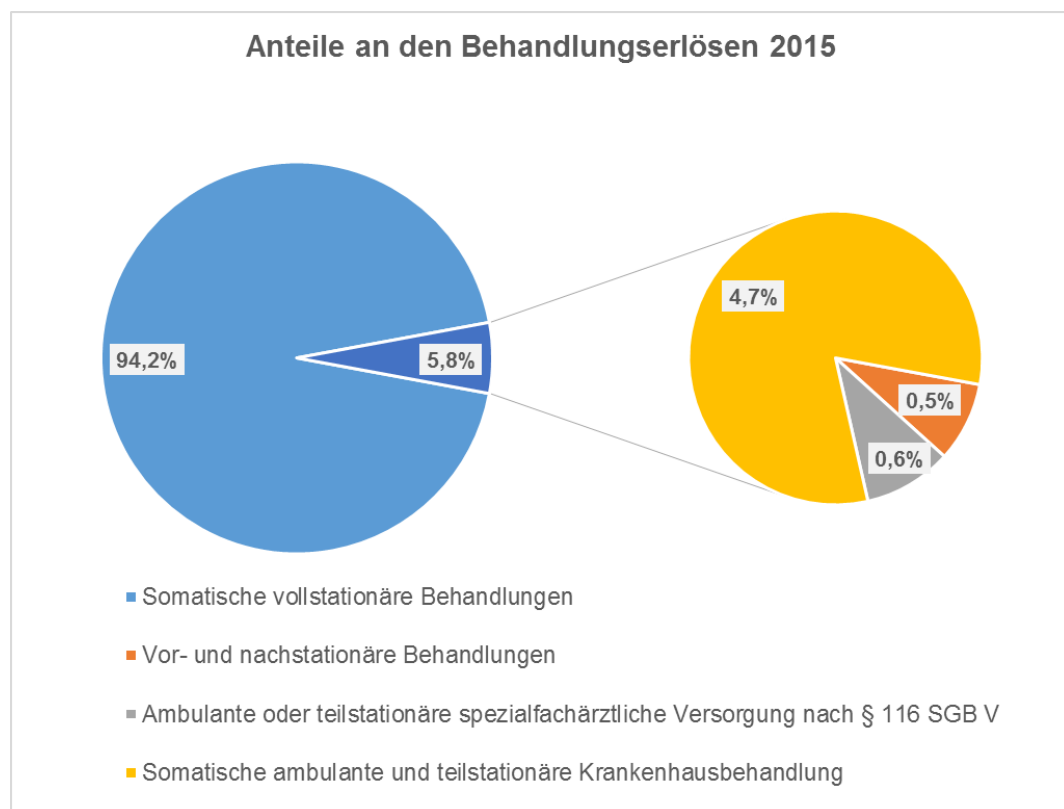
### **b) Ambulante ärztliche Behandlungen im Krankenhaus**

241. Patienten werden nur in den oben<sup>414</sup> dargestellten Fällen durch Ärzte im Krankenhaus ohne stationäre Aufnahme ambulant behandelt. Die von Krankenhäusern mit ambulanten Behandlungen erzielten Erlöse machen mit 5,8 Prozent nur einen geringen Anteil der Krankenhausgesamterlöse der befragten Krankenhäuser aus. Die Verteilung kann der nachfolgenden Abbildung entnommen werden. Sie beruht auf den Antworten von 389 Krankenhäusern mit einem Gesamtbehandlungserlös in Höhe von rd. 20,23 Mrd. Euro.

---

<sup>414</sup> Siehe Rn. 117 ff.

Abbildung 12: Anteil der ambulanten Erlöse 2015



242. Die Krankenhäuser können die Entgelte nicht eigenständig bestimmen. Für die Abrechnung zahlreicher ambulanter Leistungen gilt der EBM, der bundesweit einheitliche Vergütungen vorsieht<sup>415</sup>, darunter für die ambulante und teilstationäre spezialfachärztliche Versorgung. Soweit für die vor- und nachstationären Behandlungen neben den DRG-Erlösen gesonderte Vergütungen anfallen, werden diese nicht von den Krankenhäusern verhandelt, sondern durch Verbändevereinbarungen auf Bundes- bzw. Landesebene bestimmt. Eigenständige wettbewerbliche Handlungsspielräume der Krankenhäuser bestehen insoweit ebenfalls nicht.
243. Im Ergebnis verfügen die Krankenhäuser im Bereich der ambulanten ärztlichen Behandlungen über keinen eigenständigen Preissetzungsspielraum, um Patienten zu akquirieren. Es gibt hier daher keinen Preiswettbewerb.

<sup>415</sup> Ambulantes Operieren (§ 115b SGB V), ambulante Behandlung bei Unterversorgung (§ 116a SGB V), ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b SGB V), geriatrische Institutsambulanzen (§ 118a SGB V), ambulante Versorgung bei Unterversorgung (§ 120 SGB V).

### c) Ergebnis

244. Die Krankenhäuser können den Preis für die stationären Behandlungen allein im Wettbewerb um die Teilnahme an einem Selektivvertrag bzw. einem Integrierten Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen eigenständig als Wettbewerbsparameter nutzen, um über die Vertragsteilnahme zusätzliche Patienten anzuziehen. Die davon ausgehenden Wirkungen auf den Wettbewerb unter den Krankenhäusern sind jedoch begrenzt. Es gibt nur wenige solcher Verträge, und der von ihnen erfasste Umsatz macht selbst bei den Krankenhäusern, die an den Verträgen beteiligt sind, im Betrachtungszeitraum 2015 weniger als 1 Prozent des Gesamtumsatzes aus.
245. Im Übrigen stellt der Preis für die stationären und ambulanten Behandlungen kein Wettbewerbsparameter für die Krankenhäuser dar, weil er von den Krankenhäusern nicht eigenständig beeinflusst werden kann und von den Patienten als Nachfragern bei der Auswahl des behandelnden Krankenhauses auch nicht berücksichtigt wird.

## 2. Bestimmung des Leistungsumfangs

246. Zwischen den zugelassenen Krankenhäusern besteht insoweit Leistungswettbewerb um Patienten, wie sie eigenständig bestimmen können, welche Behandlungsleistungen sie anbieten, und in der Lage sind, auf das Leistungsspektrum konkurrierender Krankenhäuser zu reagieren. Hierzu kommt es auf die Handlungsspielräume an, welche ihnen durch die krankenhausrrechtliche Zulassung und dem damit verbundenen Versorgungsauftrag belassen sind. Außerdem ist relevant, inwieweit die Krankenhausträger den Umfang ihrer Zulassung selbst beeinflussen können.
247. Die Krankenhäuser, die gesetzlich versicherte Patienten behandeln, können nicht frei entscheiden, welche Behandlungen sie anbieten. Vielmehr dürfen sie nur solche stationären Behandlungen erbringen und mit den Krankenkassen abrechnen, die von ihrem Versorgungsauftrag gedeckt sind. Zugleich sind die zugelassenen Krankenhäuser verpflichtet, im Rahmen ihres Versorgungsauftrags Patienten zu behandeln.<sup>416</sup> Außerdem dürfen sie Behandlungen, für die die Mindestmengenvorgaben des G-BA existieren, nur dann erbringen und abrechnen, wenn sie diese Mindestvorgaben in der Prognose erreichen werden (§ 136b Abs. 4 Satz 1 SGB V), sofern nicht ein Ausnahmefall vorliegt.<sup>417</sup>

---

<sup>416</sup> § 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V.

<sup>417</sup> Siehe oben Rn. 177 ff.

**a) Versorgungsauftrag**

248. Grundlage und Umfang des Versorgungsauftrags unterscheiden sich danach, ob das Krankenhaus ein Plankrankenhaus, ein Universitätsklinikum oder ein Vertragskrankenhaus i.S.v. § 109 Abs. 1 Satz 4 SGB V ist.
249. Der Versorgungsauftrag eines **Plankrankenhauses** ergibt sich nach § 8 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 KHEntgG aus den Festlegungen des Krankenhausplans in Verbindung mit den Zulassungsbescheiden zu seiner Durchführung<sup>418</sup> sowie ggf. aus einer ergänzenden Vereinbarung nach § 109 Abs. 1 Satz 4 SGB V. Bei den **Universitätskrankenhäusern** kommt es auf die landesrechtliche Anerkennung, den Krankenhausplan sowie ggf. ergänzende Vereinbarungen nach § 109 Abs. 1 SGB V an<sup>419</sup> und bei den **Vertragskrankenhäusern** auf den zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Verbänden der Ersatzkassen und dem jeweiligen Krankenhausträger vereinbarten Versorgungsvertrag nach §§ 108 Nr. 3, 109 SGB V an.<sup>420</sup>
250. Die meisten Krankenhäuser in Deutschland sind in den Krankenhausplan eines Bundeslandes aufgenommen. Von den 2015 in Deutschland tätigen 1.956 Krankenhäusern waren 1.619 Allgemeinkrankenhäuser. Die Allgemeinkrankenhäuser verfügen nicht ausschließlich über Betten für die stationäre psychiatrische, psychosomatische oder psychotherapeutische Behandlung und stellen keine reinen Tages- oder Nachtkliniken dar.<sup>421</sup> Die Verteilung der Zulassungsarten auf die Allgemeinkrankenhäuser im Jahr 2015 ist aus der nachfolgenden Tabelle erkennbar.<sup>422</sup>

**Tabelle 4: Bedeutung der Zulassungsarten 2015**

Zulassungsart	Anteil der Fälle	Anteil der Einrichtungen
Plankrankenhäuser	89,0%	83,4%
Hochschulkliniken/Universitätsklinika	9,9%	2,2%
Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag	0,6%	4,0%
Krankenhäuser ohne Versorgungsvertrag	0,5%	10,4%

<sup>418</sup> § 6 Abs. 1 KHG i.V.m. § 8 Abs. 1 Satz 3 KHG.

<sup>419</sup> § 8 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 KHEntgG.

<sup>420</sup> § 8 Abs. 1 Satz 4 Nr. 3 KHEntgG.

<sup>421</sup> Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Anzahl und je 100.000 Einwohner) sowie Aufenthalte (Fallzahl, Berechnungs-/Belegungstage und Verweildauer). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Einrichtungsmerkmale (Einrichtungsart / Bettenzahl / Träger / Art der Zulassung), Jahr: 2015, Region: Deutschland, [http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/XWD\\_PROC?XWD\\_102/3/XWD\\_CUBE.DRILL/XWD\\_130/D.922/11848](http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/XWD_PROC?XWD_102/3/XWD_CUBE.DRILL/XWD_130/D.922/11848)

<sup>422</sup> Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Fn. 421, und eigene Berechnung.



## D.Wettbewerb im Krankenhaussektor

251. Die Plankrankenhäuser machten demnach 2015 rd. 83 Prozent der Allgemeinkrankenhäuser aus und behandelten 89 Prozent der Fälle. Die ebenfalls in die Krankenhauspläne der Bundesländer aufgenommenen Universitätskliniken machten rd. 2,2 Prozent der Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland aus. Sie behandelten rd. 10 Prozent der Fälle. Die Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag bzw. die reinen Privatkliniken ohne Abrechnungsbefugnis mit den Krankenkassen spielen hingegen mit jeweils weniger als 1 Prozent der behandelten Fälle der Allgemeinkrankenhäuser keine für die stationäre Versorgung bedeutsame Rolle.
252. Zuerst wurde für die Plankrankenhäuser und Universitätskliniken untersucht, welche Handlungsspielräume sie innerhalb des ihnen erteilten Versorgungsauftrags haben, selbstständig zu entscheiden, welche Behandlungsleistungen sie anbieten. Der Versorgungsauftrag ergibt sich dabei aus den Zulassungsbescheiden, die auf der Krankenhausplanung des jeweiligen Bundeslandes beruhen (sog. Planfeststellungsbescheide).
253. Die Planung erfolgt nach den jeweiligen Regelungen der Landeskrankenhausgesetze. Die Mehrzahl der Bundesländer hat mittlerweile ihre Planungstiefe zurückgefahren und legt den Versorgungsauftrag der Krankenhäuser nicht mehr im Detail fest. In 9 Bundesländern ist die Krankenhausplanung als Rahmenplanung ausgelegt bzw. den Krankenhäusern die Möglichkeit belassen, ihre innere Struktur frei festzulegen. Damit soll der Handlungsspielraum der Krankenhäuser erweitert und ihnen eine größere Flexibilität eingeräumt werden.<sup>423</sup> In Sachsen wird zudem eine Verschärfung des Wettbewerbs zwischen den Krankenhäusern durch zunehmende Angebotstransparenz und Mündigkeit des Patienten bei wachsendem Bedarf erwartet.<sup>424</sup> Die unterschiedlichen Planungskriterien sind aus Tabelle A-1 im Anhang erkennbar.
254. Gegenstand der Krankenhausplanung sind der Standort und die Fachabteilungen sowie je nach Bundesland die Versorgungsstufe, die Gesamtplanbettenzahl des Krankenhauses, die Planbettenzahl je Fachrichtung des Krankenhauses, Vorgaben zur Qualität bzw. die Zuweisung besonderer Aufgaben. Ferner legen die Bundesländer im Krankenhausplan bzw. auf andere gleichartige Weise gegenüber den Krankenhäusern auch besondere Aufgaben und Zentren fest.

---

<sup>423</sup> So explizit der Krankenhausplan des Freistaats Bayern 2017, Teil I.5.6; Krankenhausplan des Landes Brandenburg 2013, Kap. 9.1, ABl. 2013, S. 2128; Hessischer Krankenhausrahmenplan 2009, Kap. 3.1.1, S. 12; Krankenhausplan des Landes Rheinland-Pfalz 2010, Kap. 11.1, S. 56.

<sup>424</sup> Krankenhausplan des Freistaats Sachsen, Teil I Allgemeine Grundsätze, Kap. 3, S. 18, [https://www.gesunde.sachsen.de/download/Download\\_Gesundheit/Krankenhausplan\\_2014-2015\\_Teil\\_I.pdf](https://www.gesunde.sachsen.de/download/Download_Gesundheit/Krankenhausplan_2014-2015_Teil_I.pdf).

## D.Wettbewerb im Krankenhaussektor

255. Der wettbewerbliche Handlungsspielraum der Krankenhäuser wird sowohl durch die Einzelfestlegungen als auch durch die Gesamtwirkung aller Zuweisungen in ihrer Gesamtschau bestimmt. Der Umfang des Verhaltensspielraums wird nachfolgend dargestellt.

### aa) Bedeutung der Fachrichtungsplanung

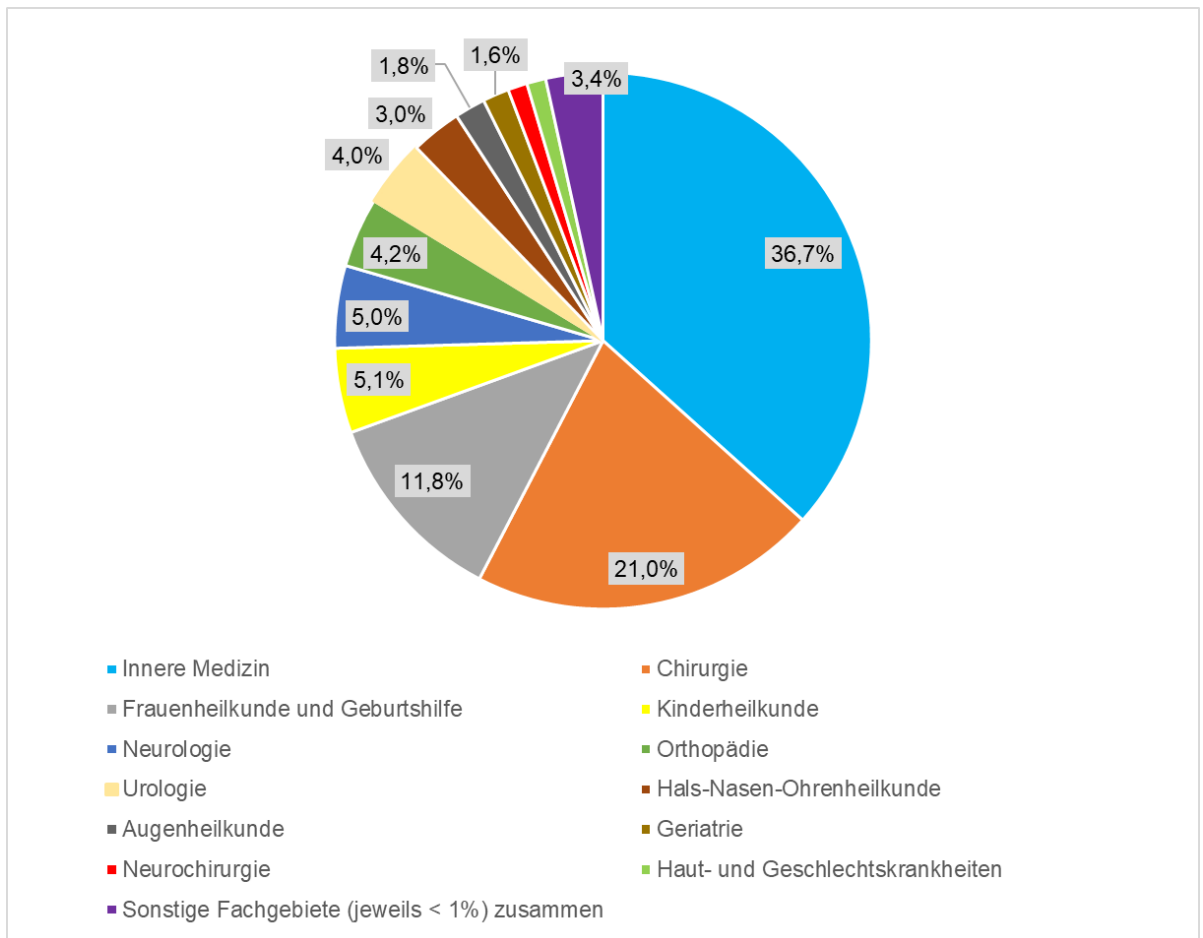
256. Alle Bundesländer legen in ihren Krankenhausplänen den Standort der einzelnen Krankenhäuser sowie die dort vorzuhaltenden Fachrichtungen fest. 2015 wurden in Deutschland rd. 58 Prozent aller stationären somatischen Fälle in den Fachrichtungen für Innere Medizin (36,7 Prozent) und Chirurgie (21 Prozent) behandelt, 11,8 Prozent in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie 5,1 Prozent in der Kinderheilkunde.<sup>425</sup> In allen übrigen Fachabteilungen wurden 2015 nicht mehr als 5 Prozent aller stationären somatischen Fälle in Deutschland behandelt.

257. Die Bedeutung der einzelnen Fachrichtungen für die Krankenhäuser wird aus der nachfolgenden Abbildung erkennbar.

---

<sup>425</sup> Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Fälle, Berechnungs- und Belegungstage, durchschnittliche Verweildauer), [http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd\\_init?gbe.isgbe-tol/xs\\_start\\_neu/&p\\_aid=i&p\\_aid=24456028&nummer=545&p\\_sprache=D&p\\_indsp=-&p\\_aid=26079203](http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbe-tol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=24456028&nummer=545&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=26079203).

Abbildung 13: Bedeutung der Fachgebiete nach Fallzahlen 2015



258. Bei den in Abbildung 13 zusammengefasst dargestellten sonstigen Fachabteilungen handelt es sich um die folgenden Fachgebiete:

Tabelle 5: Zusammengefasst dargestellte Fachabteilungen nach Fallanteil 2015

Fachgebiet	Fallanteil
Sonstige Fachbereiche/Allgemeinbetten	0,7%
Kinderchirurgie	0,6%
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	0,6%
Herzchirurgie	0,5%
Plastische Chirurgie	0,4%
Strahlentherapie	0,4%
Nuklearmedizin	0,2%

**(1) Grundlagen und Umfang der Fachrichtungsplanung**

259. Die Fachrichtungen im Krankenhausplan bestimmen sich anhand der im jeweiligen Bundesland geltenden ärztlichen Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer

## D. Wettbewerb im Krankenhaussektor

(Landes-WBO). Die Landes-WBO beruhen auf einer von der Bundesärztekammer erarbeiteten Musterweiterbildungsordnung.<sup>426</sup> Fachlich gliedern sich die Landes-WBO in Gebiete, die in der Fachabteilungssystematik der Krankenhausplanung den Hauptdisziplinen entsprechen<sup>427</sup>, z.B. der Chirurgie oder der Inneren Medizin. Die Gebiete nach der Landes-WBO sind ein definierter Teil in einer Fachrichtung der Medizin<sup>428</sup> und in Abschnitt B der Landes-WBO aufgelistet.

260. Für jedes Gebiet sehen die Landes-WBO bestimmte Facharztkompetenzen vor, deren Nachweis zum Führen einer Facharztbezeichnung berechtigt. Die für die Facharztkompetenz vorgeschriebenen Weiterbildungsinhalte stellen dabei nur Mindestanforderungen an die Ausbildung dar<sup>429</sup>, beschränken aber nicht die Ausübung der fachärztlichen Tätigkeiten im jeweiligen Gebiet.<sup>430</sup> Vielmehr bestimmt allein die Gebietsdefinition die Grenzen für die Ausübung der fachärztlichen Tätigkeit.<sup>431</sup>
261. Im Gebiet der **Neurologie** benötigen Patienten mit Hirnschädigungen regelmäßig eine möglichst frühzeitige medizinische Rehabilitation, um eine dauerhafte Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Daher existiert eine sehr enge Verzahnung der stationären Akutbehandlung mit der Rehabilitation. Die neurologische Behandlung wird nach den Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation in die Phasen A bis F unterteilt, wobei die Phasen vom Genesungszustand und den Fähigkeiten der Patienten abhängen.<sup>432</sup> Phase A umfasst die Akutbehandlung im Krankenhaus, die Phasen B und C die neurologische Frührehabilitation und Phase D die medizinische Rehabilitation nach Ende der Frühmobilisation. Der Phase E sind nachgelagerte Rehabilitationsmaßnahmen sowie die berufliche Rehabilitation zugeordnet. Phase F ist eine ggf. erforderliche Langzeitpflege. Die neurologische Frührehabilitation Phase B steht zwischen der Akutbehandlung der Phase A im Krankenhaus und der Behandlung in Rehabilitationskliniken in den Phasen C und D. Die Kooperationsfähigkeit der Patienten ist in Phase B noch stark eingeschränkt, so dass sie der Pflege bedürfen. Zudem müssen auch

---

<sup>426</sup> (Muster-) Weiterbildungsordnung 2003 in der Fassung vom 23.10.2015, [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/MWBO.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/MWBO.pdf).

<sup>427</sup> Krankenhausplan 2016 des Landes Berlin, Kap. 5.2, S. 18, <http://www.berlin.de/sen/gesund-heit/themen/stationaere-versorgung/krankenhausplan/>.

<sup>428</sup> § 2 Abs. 2 Satz 1 Landes-WBO.

<sup>429</sup> *Sodan*, Der Versorgungsauftrag des Plankrankenhauses, GesR 2012, S. 645 mwN.

<sup>430</sup> § 2 Abs. 2 Satz 4 Landes-WBO.

<sup>431</sup> § 2 Abs. 2 Satz 2 Landes-WBO.

<sup>432</sup> Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C; Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, veröffentlicht unter: [https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/Rahmenempfehlung\\_neurologische\\_Reha\\_Phasen\\_B\\_und\\_C.pdf](https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/Rahmenempfehlung_neurologische_Reha_Phasen_B_und_C.pdf).

## D. Wettbewerb im Krankenhaussektor

noch intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten bestehen, so dass in dieser Phase die akutmedizinische und rehabilitative Behandlung kombiniert werden. Nach § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V ist die neurologische Frührehabilitation leistungsrechtlich der Krankenhausbehandlung zugeordnet und unterliegt damit wie die Akutphase A der Krankenhausplanung der Bundesländer. Die Rehabilitationsphasen C und D werden hingegen als Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V vereinbart und vergütet.<sup>433</sup>

262. Die **Fachgebiete für Chirurgie, Innere Medizin sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie die Kinder- und Jugendmedizin und die HNO-Heilkunde** untergliedern sich nach den Landes-WBO weiter nach Facharztkompetenzen in mehrere Subdisziplinen bzw. in mehrere Schwerpunkte. Dabei beschreibt ein Schwerpunkt eine Spezialisierung in einem Gebiet, die auf der Facharztweiterbildung aufbaut.<sup>434</sup> Außerdem gibt es verschiedene Zusatzbezeichnungen.
263. Die Krankenhauspläne der Bundesländer sehen für die meisten medizinischen Fachrichtungen eine Festlegung allein auf der Ebene der Landes-WBO-Gebiete als Hauptdisziplinen vor. In einigen Bundesländern sind auch bestimmte Subdisziplinen nach der Landes-WBO Gegenstand der krankenhauserischen Festlegungen.
264. Zur **Chirurgie** gehören nach den Landes-WBO die Allgemeinchirurgie, die Gefäßchirurgie, die Herzchirurgie, die Kinderchirurgie, die Orthopädie und Unfallchirurgie, die plastische und ästhetische Chirurgie, die Thoraxchirurgie sowie die Viszeralchirurgie.<sup>435</sup> Die **Innere Medizin** umfasst danach die Angiologie, die Endokrinologie und Diabetologie, die Gastroenterologie, die Hämatologie und Onkologie, die Kardiologie, die Nephrologie, die Pneumologie und die Rheumatologie.<sup>436</sup> Im Gebiet der **Gynäkologie und Geburtshilfe** sehen die Landes-WBO die Schwerpunkte gynäkologische Endokri-

---

<sup>433</sup> Krankenhausplan 2017 des Landes Schleswig-Holstein, 7.5, S. 33.

<sup>434</sup> Siehe als Beispiel § 2 Abs. 3 WBO der Landesärztekammer Baden-Württemberg (WBO 2006), Stand: 01.05.2018, <http://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/30weiterbildung/09/wbo.pdf>.

<sup>435</sup> Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Nordrhein vom 1.10.2005 in der Fassung vom 1.04.2017, Abschnitt B, Nr. 7, <https://www.aekno.de/downloads/aekno/wbo-nordrhein-2017.pdf>; Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 15.08.2005, zuletzt geändert am 13.09.2017, Abschnitt B, Nr. 7, [https://www.laekh.de/images/Aerzte/Weiterbildung/WBO\\_2005\\_10.pdf](https://www.laekh.de/images/Aerzte/Weiterbildung/WBO_2005_10.pdf); Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Thüringen vom 14.07.2011 in der Fassung vom 11.11.2016, Teil B, Nr. 7, [https://www.laek-thueringen.de/files/15F0ACABC7B/Weiterbildungsordnung\\_vom\\_14\\_Juli\\_2011\\_zuletzt\\_geaendert\\_am\\_11\\_November\\_2016.pdf](https://www.laek-thueringen.de/files/15F0ACABC7B/Weiterbildungsordnung_vom_14_Juli_2011_zuletzt_geaendert_am_11_November_2016.pdf).

<sup>436</sup> Siehe die Landes-WBO in Fn. 267, Abschnitt B, Nr. 13.

## D.Wettbewerb im Krankenhaussektor

nologie und Reproduktionsmedizin, Gynäkologische Onkologie sowie Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin vor.<sup>437</sup> Im Gebiet der **Kinder- und Jugendmedizin** gibt es die Schwerpunkte Kinder-Hämatologie und -Onkologie, Kinder-Kardiologie, Neonatologie und Neuropädiatrie.<sup>438</sup>

265. Die Planungstiefe der Subdisziplinen ist in den Krankenhausplänen der einzelnen Bundesländer sehr unterschiedlich ausgestaltet. Während die Planung in Sachsen-Anhalt alle Subdisziplinen der Chirurgie, der Inneren Medizin, der Gynäkologie und Geburtshilfe sowie der Kinderheilkunde erfasst und damit den höchsten Detailgrad erreicht, weisen andere Bundesländer nur bestimmte Subdisziplinen der Chirurgie bzw. der Inneren Medizin im Krankenhausplan zu. Einige Bundesländer legen demgegenüber allein die Fachgebiete ohne Subdisziplinen in Krankenhausplan und Feststellungsbescheiden fest.
266. Hierzu im Einzelnen: Das Bundesland Sachsen-Anhalt hat den höchsten Detaillierungsgrad der Fachrichtungszuweisung. Hier werden die Subdisziplinen der Chirurgie, der Inneren Medizin, der Gynäkologie und Geburtshilfe sowie der Kinderheilkunde jeweils auf Antrag als Planungsschwerpunkte den Krankenhäusern der Versorgungsstufen Schwerpunktversorgung, Spezialversorgung oder universitäre Versorgung zuerkannt.<sup>439</sup> Die Krankenhäuser der Basisversorgung können in Sachsen-Anhalt die Behandlungen in den Subdisziplinen der Chirurgie und der Inneren Medizin auch ohne krankenhauserplanerische Ausweisung erbringen. Dort sind die Subdisziplinen aber nicht als Schwerpunkte anerkannt.<sup>440</sup> Gleiches gilt für die Subgebiete der Inneren Medizin.<sup>441</sup> In der Kinder- und Jugendmedizin bedürfen auch Krankenhäuser der Basisversorgung einer krankenhauserplanerischen Anerkennung in Sachsen-Anhalt, wenn sie einen der 6 Schwerpunkte nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt vorhalten wollen: Kinderhämatologie und -onkologie, Kinderkardiologie, Neonatologie, Neuropädiatrie, Kinderneurologie und Kinderpneumologie.<sup>442</sup> Die Schwerpunkte Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, Gynäkologische

---

<sup>437</sup> Siehe die Landes-WBO in Fn. 267, Abschnitt B, Nr. 8.

<sup>438</sup> Siehe die Landes-WBO in Fn. 267, Abschnitt B, Nr. 14.

<sup>439</sup> Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt gemäß § 3 (2) KHG LSA, Kap. 4.3, S. 15 f., [https://ms.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik\\_und\\_Verwaltung/MS/MS/2\\_Krankenhaeuser/Rahmenvorgaben\\_Stand\\_01\\_03\\_13.pdf](https://ms.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/MS/MS/2_Krankenhaeuser/Rahmenvorgaben_Stand_01_03_13.pdf).

<sup>440</sup> Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt gemäß § 3 (2) KHG LSA, Kap. 5.2.2, S. 26, Fn. 439.

<sup>441</sup> Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt gemäß § 3 (2) KHG LSA, Kap. 5.2.6, S. 36, Fn. 439.

<sup>442</sup> Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt gemäß § 3 (2) KHG LSA, Kap. 5.2.7, S. 37 f., Fn. 439; Weiterbildungsordnung der Ärztekammer

## D.Wettbewerb im Krankenhaussektor

Onkologie sowie spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin im Fachgebiet Gynäkologie und Geburtshilfe werden in Sachsen-Anhalt auf Antrag nur Krankenhäusern der Versorgungsstufen Schwerpunktversorgung oder universitäre Versorgung zuerkannt.<sup>443</sup>

267. Dagegen weisen die meisten Bundesländer den Krankenhäusern gemäß Stand Mai 2018 nur aus den Fachgebieten der Chirurgie und der Inneren Medizin bestimmte Subdisziplinen zu, die aus den nachfolgenden Übersichten zu erkennen sind.

**Tabelle 6: Planung von Subdisziplinen im Fachgebiet Chirurgie**

Bundesland	Allgemeinchirurgie/Chirurgie	Herzchirurgie	Kinderchirurgie	Orthopädie und Unfallchirurgie	Orthopädie	plastische und ästhetische Chirurgie bzw. Handchirurgie	Thoraxchirurgie	Gefäßchirurgie	Viszeralchirurgie	Rheumachirurgie	Summe Subdisziplinen
Saarland	X	X	X	X	0	X	X	X	X	0	8
Sachsen-Anhalt	X	X	X	X	0	X	X	X	X	0	8
Bremen	X	X	X	X	0	X	X	X	0	X	8
Rheinland-Pfalz	X	X	0	X	0	X	X	0	0	0	5
Brandenburg	X	X	X	X	0	0	0	0	0	0	4
Thüringen	X	X	X	X	0	0	0	0	0	0	4
Bayern	X	X	X	0	X	0	0	0	0	0	4
Mecklenburg-Vorpommern	X	X	X	X	0	0	0	0	0	0	4
Niedersachsen	X	X	X	X	0	0	0	0	0	0	4
Sachsen	X	X	X	0	0	0	0	0	0	0	3
Baden-Württemberg	X	X	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Berlin	X	X	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Hessen	X	X	0	0	0	0	0	0	0	0	2
NRW	X	X	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Schleswig-Holstein	X	X	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Hamburg	X	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Summe	16	15	9	8	1	4	4	3	2	1	63
Anteil	100,0%	93,8%	56,3%	50,0%	6,3%	25,0%	25,0%	18,8%	12,5%	6,3%	

268. Im Fachgebiet der Chirurgie erreichen die Bundesländer Saarland<sup>444</sup>, Sachsen-Anhalt und Bremen<sup>445</sup> mit 8 festgelegten Subdisziplinen einschließlich der Gebietszuweisung

Sachsen-Anhalt vom 16.04.2005 in der Fassung vom 01.01.2011, Abschnitt B Nr. 14, S. 63 ff., <http://www.aeksa.de/files/1465CEF5B21/7%20WBO%20ab%2001.01.2017-7.%20Satzung.pdf>.

<sup>443</sup> Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt gemäß § 3 (2) KHG LSA, Kap. 5.2.3, S. 28, Fn. 439.

<sup>444</sup> Krankenhausplan für das Saarland 2011-2015, Kap. 2.4.2, S. 19, [https://www.saarland.de/dokumente/res\\_gesundheit/Krankenhausplan.pdf](https://www.saarland.de/dokumente/res_gesundheit/Krankenhausplan.pdf).

<sup>445</sup> Fortschreibung des Landes-Krankenhausplans 2010-2015, Anlage 1 zum Krankenhausplan des Landes Bremen 2010 bis 2015 (beschlossen von der Deputation für Gesundheit am 06.12.2011), Tabellen 2.1 bis 2.8, [https://www.gesundheit.bremen.de/gesundheitskrankenhauswesen/krankenhausplanung\\_im\\_land\\_bremen-2166](https://www.gesundheit.bremen.de/gesundheitskrankenhauswesen/krankenhausplanung_im_land_bremen-2166).

## D.Wettbewerb im Krankenhaussektor

den höchsten Detailgrad der Planung. Rheinland-Pfalz folgt mit 5 Subdisziplinen einschließlich der Gebietszuweisung.<sup>446</sup> An Stelle der Thoraxchirurgie wird seit Inkrafttreten des Krankenhausplans 2019-2025 dort die konservative Orthopädie als separate Subdisziplin geplant.<sup>447</sup>

269. In den übrigen Bundesländern werden maximal 4 Subgebiete festgelegt.
270. Fachlich sind die Herzchirurgie, die Kinderchirurgie sowie die Orthopädie bzw. die Orthopädie und Unfallchirurgie diejenigen Subdisziplinen, die von den meisten Bundesländern krankenhauserplanerisch zugewiesen werden.
271. Besonderheiten gelten für Berlin und Hamburg: In Berlin werden zwar verschiedene Subdisziplinen der Chirurgie im Krankenhausplan ausgewiesen - die Herzchirurgie, die Kinderchirurgie, die Orthopädie und Unfallchirurgie, sowie die Thoraxchirurgie.<sup>448</sup> Diese Ausweisungen erfolgen aber bis auf die der Herzchirurgie nicht abschließend und sind deshalb in Tabelle 3 nicht aufgeführt. Vielmehr können die Krankenhäuser bei entsprechendem Bedarf und gegebenen Eignungsvoraussetzungen mit den Krankenkassen ergänzend spezifische Leistungen einer Subdisziplin vereinbaren, soweit dieser Standort mit der zugehörigen Hauptdisziplin im Plan ausgewiesen ist.<sup>449</sup>
272. In Hamburg erfolgt keine krankenhauserplanerische Zuweisung von Subgebieten.<sup>450</sup> Soweit in der vorangegangenen Zwischenfortschreibung des Krankenhausplans Subdisziplinen enthalten waren, hatte die Ausweisung eines Teilgebiets zur Folge, dass nicht nur Leistungen des Teilgebiets erbracht werden durften, sondern auch Leistungen der sonstigen Teilgebiete des übergeordneten Fachgebiets. Ferner führte die Ausweisung eines Teilgebiets nicht dazu, dass andere Krankenhäuser ohne Ausweisung dieses

---

<sup>446</sup> Landeskrankenhausplan Rheinland-Pfalz 2010, Kap. 2.4, S. 19 und Kap. 15.7, S. 133 ff., [https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Gesundheit\\_und\\_Pflege/GP\\_Dokumente/Landeskrankenhausplan\\_2010-2016.pdf](https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Gesundheit_und_Pflege/GP_Dokumente/Landeskrankenhausplan_2010-2016.pdf).

<sup>447</sup> Krankenhausplan des Landes Rheinland-Pfalz 2019-2025, Kap. 2.2.3.2, S. 19, [https://kcgeriatrie.de/Info-Service\\_Geriatrie/Documents/khp\\_rlp\\_2019.pdf](https://kcgeriatrie.de/Info-Service_Geriatrie/Documents/khp_rlp_2019.pdf).

<sup>448</sup> Krankenhausplan 2016 des Landes Berlin, Tab. 5.2-1: Fachabteilungssystematik des Krankenhausplans 2016, S. 20, Fn. 427.

<sup>449</sup> Krankenhausplan 2016 des Landes Berlin, Kap. 5.3, S. 21, Fn. 427.

<sup>450</sup> Krankenhausplan 2020 der Freien und Hansestadt Hamburg, Kap. 7.2.1, S. 51, <https://www.hamburg.de/krankenhausplanung/4659140/krankenhausplan2020/>.



## D.Wettbewerb im Krankenhaussektor

Teilgebiets von der Leistungserbringung ausgeschlossen waren.<sup>451</sup> Der Versorgungsauftrag für das Gesamtgebiet blieb daher durch die Aufnahme der Subdisziplinen unberührt.

273. Aus dem **Bereich der Inneren Medizin** wird abweichend von den Landes-WBO in 11 Bundesländern die Geriatrie krankenhauserplanerisch als Hauptdisziplin ausgewiesen. Nach den Landes-WBO ist die Geriatrie eine Facharztkompetenz innerhalb der Inneren Medizin. Ferner planen 4 Bundesländer einzelne Subdisziplinen der Inneren Medizin:

**Tabelle 7: Planung von Subdisziplinen im Fachgebiet Innere Medizin**

Bundesland	Innere Medizin	Kardiologie	Pneumologie	Rheumatologie	Nephrologie	Endokrinologie/ Diabetologie	Gastroenterologie	Hämatologie/ Onkologie	Angiologie	Summe Subdisziplinen
Sachsen-Anhalt	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9
Saarland	X	X	X	X	X	X	X	X	0	8
Berlin	X	X	X	X	X	0	0	0	0	5
Bremen	X	X	X	X	0	0	0	0	0	4
Brandenburg	X	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Baden-Württemberg	X	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Bayern	X	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Hamburg	X	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Hessen	X	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Mecklenburg-Vorpommern	X	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Niedersachsen	X	0	0	0	0	0	0	0	0	1
NRW	X	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Rheinland-Pfalz	X	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Sachsen	X	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Schleswig-Holstein	X	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Thüringen	X	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Summe	16	4	4	4	3	2	2	2	1	38
Anteil	100,0%	25,0%	25,0%	25,0%	18,8%	12,5%	12,5%	12,5%	6,3%	

274. **Sachsen-Anhalt** verfügt wie im Bereich der Chirurgie mit einer Planung aller Subdisziplinen der Inneren Medizin<sup>452</sup> über den höchsten Detailgrad der Planung, gefolgt vom Saarland, das bis auf die Angiologie alle Subdisziplinen der Inneren Medizin im Krankenhausplan zuweist.<sup>453</sup> Bremen folgt an dritter Stelle mit der Inneren Medizin sowie drei Subdisziplinen.

<sup>451</sup> Zwischenfortschreibung 2017 des Krankenhausplans 2020 der Freien und Hansestadt Hamburg, Kap. 7.3, S. 32, <http://www.hamburg.de/content-blob/10663602/1416e8e597d9363618923686746bd84f/data/krankenhausplan2020-zwischenfortschreibung-broschuere.pdf>.

<sup>452</sup> Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt gemäß § 3 (2) KHG LSA, Kap. 5.2.6, S. 36, Fn. 439.

<sup>453</sup> Krankenhausplan für das Saarland 2011-2015, Kap. 2.4.2, S. 19, [https://www.saarland.de/dokumente/res\\_gesundheit/Krankenhausplan.pdf](https://www.saarland.de/dokumente/res_gesundheit/Krankenhausplan.pdf).

## D.Wettbewerb im Krankenhaussektor

275. In **Berlin** werden zwar die Kardiologie, die Nephrologie, die Pneumologie und die Rheumatologie im Krankenhausplan ausgewiesen.<sup>454</sup> Diese Ausweisungen erfolgen aber nicht abschließend. Vielmehr können die Krankenhäuser bei entsprechendem Bedarf und gegebenen Eignungsvoraussetzungen mit den Krankenkassen ergänzend spezifische Leistungen einer Subdisziplin vereinbaren, soweit dieser Standort mit der zugehörigen Hauptdisziplin im Plan ausgewiesen ist.<sup>455</sup>
276. In den anderen 12 Bundesländern gibt es gar keine krankenhauserische Festlegung zu den Subdisziplinen (Bayern, Baden-Württemberg, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Schleswig-Holstein, Thüringen).
277. Das Bundesland Nordrhein-Westfalen beabsichtigt, auf der Grundlage eines Gutachtens zur Reform der Krankenhausplanung die Planung von Betten und Fachgebieten durch eine differenzierte Versorgungsplanung auf der Grundlage von Leistungsgruppen und Leistungsbereichen unter Berücksichtigung von Qualitätsindikatoren zu ersetzen.<sup>456</sup>

### (2) Verhaltensspielräume im Rahmen der Fachrichtungsplanung

278. Die Festlegungen zu den Hauptfachrichtungen im Krankenhausplan bzw. im Feststellungsbescheid erfassen jeweils alle medizinischen Behandlungen, die von der Landes-WBO abgedeckt sind<sup>457</sup> und damit ein ganzes Bündel an Behandlungsleistungen. Das gleiche gilt, wenn in einem Bundesland neben der Hauptfachrichtung bestimmte Teilgebiete geplant werden, aber im Feststellungsbescheid nur die Hauptfachrichtung einem Krankenhaus zugewiesen wurde.<sup>458</sup> In diesen Fällen ist auch der Versorgungsauftrag entsprechend weit, so dass die Krankenhäuser bereits im Rahmen der zugewiesenen Hauptfachrichtung über einen Spielraum verfügen, eigenständig den Umfang der von ihnen im zugewiesenen Fachgebiet angebotenen Behandlungsleistungen zu bestimmen. Der nordrhein-westfälische Gesundheitsminister hat es wie folgt formuliert:

---

<sup>454</sup> Krankenhausplan 2016 des Landes Berlin, Tab. 5.2-1: Fachabteilungssystematik des Krankenhausplans 2016, S. 20, Fn. 427.

<sup>455</sup> Krankenhausplan 2016 des Landes Berlin, Kap. 5.3, S. 21, Fn. 427.

<sup>456</sup> Sprechzettel des Ministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen Karl-Josef Laumann anlässlich der Landespressekonferenz am 12.09.2019 zum Thema: „Gutachten zur Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen“ Seite 4 f., [https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/2019-09-12\\_sprechzettel.pdf](https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/2019-09-12_sprechzettel.pdf).

<sup>457</sup> *Sodan*, Der Versorgungsauftrag des Plankrankenhauses, GesR 2012, S. 644 f.; Krankenhausplan des Landes Rheinland-Pfalz 2019-2025, Kap. 2.2.3.2, S. 10, [https://kcgeriatrie.de/Info-Service\\_Geriatrie/Documents/khp\\_rlp\\_2019.pdf](https://kcgeriatrie.de/Info-Service_Geriatrie/Documents/khp_rlp_2019.pdf).

<sup>458</sup> *Sodan*, Der Versorgungsauftrag des Plankrankenhauses, GesR 2012, S. 645.

## D. Wettbewerb im Krankenhaussektor

„[...] Wenn wir als Land bislang in den Feststellungsbescheiden beispielsweise die Fachdisziplinen Chirurgie und Innere Medizin ausgewiesen haben, konnte ein Krankenhaus damit theoretisch rd. zwei Drittel aller medizinisch möglichen Leistungen anbieten. Welche das in der Praxis tatsächlich waren, hat das Krankenhaus allein entschieden. [...]“<sup>459</sup>

279. Mit dem zugewiesenen Versorgungsauftrag ist zwar de jure die Pflicht des Krankenhauses verbunden, den Versorgungsauftrag umfassend zu erfüllen und alle Patienten in diesem Rahmen zu behandeln<sup>460</sup>, de facto kann ein Krankenhaus aber durch Anstellung von Spezialisten einen Schwerpunkt auf bestimmte Fachgebiete und Subdisziplinen legen und sich hier einen Ruf aufbauen, während es in anderen Gebieten oder Subdisziplinen nur die notwendigsten Behandlungen erbringt. Spezialisierungen werden zur Sicherung hoher Qualität von den Krankenkassen gefordert<sup>461</sup>, von der Krankenhausplanung gewünscht<sup>462</sup> und aus dem Bundeshaushalt gefördert<sup>463</sup>.
280. Auch die Zuweisung von bestimmten Subdisziplinen in den Feststellungsbescheiden führt nicht dazu, dass der Versorgungsauftrag der Krankenhäuser soweit begrenzt würde, dass ihnen keine relevanten wettbewerblichen Spielräume zur Bestimmung eines eigenständigen Behandlungsspektrums mehr verblieben.
281. In den meisten Bundesländern sind nicht alle Subdisziplinen Gegenstand der Krankenhausplanung. Wird dann im Feststellungsbescheid ein Fachgebiet ohne gesondert geplante Subdisziplinen zugewiesen, verbleibt den Krankenhäusern insoweit die Möglichkeit zur Spezialisierung und internen Strukturierung der Fachabteilungen, um bedarfsnotwendige und zweckmäßige Leistungsangebote vorzuhalten.<sup>464</sup>
282. Soweit im Feststellungsbescheid Untergebiete separat ohne das Hauptfachgebiet oder zusammen mit dem entsprechenden Hauptfachgebiet zugewiesen wurden, erstreckt

---

<sup>459</sup> Sprechzettel des Ministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen vom 12.09.2019, S. 4, Fn. 456.

<sup>460</sup> § 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V.

<sup>461</sup> „Krankenhausstrukturen in Deutschland müssen zentralisiert werden“, Pressekonferenz zum Krankenhaus-Report 2018, AOK-Bundesverband und WIdO, 19.03.2018, [https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/2018/02\\_pressemitteilung\\_pk\\_khr\\_2018.pdf](https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/2018/02_pressemitteilung_pk_khr_2018.pdf).

<sup>462</sup> Krankenhausplan 2020 des Bundeslandes Hessen, Kap. 6.2, S. 24; Krankenhausrahmenplan des Landes Bremen 2018-2021, Kap. 3, S. 5.

<sup>463</sup> Formulierungshilfe für die Koalitionsfraktionen für einen aus der Mitte des Deutschen Bundestages einzubringenden Entwurf eines Gesetzes für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser (Krankenhaus-zukunftsgesetz – KHZG), Zu § 19 Abs. 1 Nummer 7, S. 28, [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/K/KHZG\\_RefE.PDF](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/K/KHZG_RefE.PDF).

<sup>464</sup> So ausdrücklich für Brandenburg: Fortschreibung des Dritten Krankenhausplans des Landes Brandenburg, Kap. 13.1, ABl. 2013, S. 2130, [http://www.masgf.brandenburg.de/media\\_fast/4055/abl\\_34\\_2013.pdf](http://www.masgf.brandenburg.de/media_fast/4055/abl_34_2013.pdf).

## D. Wettbewerb im Krankenhaussektor

sich der Versorgungsauftrag auf die betreffenden Untergebiete in der ganzen Tiefe und Breite bzw. im zweiten Fall auch auf das Hauptfachgebiet. Alle Leistungen, die in den Landes-WBO eines Untergebiete ausgewiesen sind, gehören auch zum Versorgungsauftrag.<sup>465</sup> Mit ihrer Festlegung erfolgt keine weitere Regelung zur Leistungsstruktur oder zum Leistungsangebot des Krankenhauses. Auch die Subdisziplinen erfassen verschiedene Behandlungsleistungen und nicht allein einzelne Krankheitsbilder.

283. Hinzu kommt, dass die in den Feststellungsbescheiden enthaltenen Fachgebiete und Subdisziplinen nach den Landes-WBO nicht trennscharf voneinander abgegrenzt sind und die Behandlungen anhand von leistungsbezogenen DRG abgerechnet werden, die nicht auf bestimmte Fachgebiete bezogen sind. Hieraus ergeben sich weitere Spielräume für die Krankenhäuser, eigene Behandlungsschwerpunkte im Rahmen ihres Versorgungsauftrags herauszubilden, die auch tatsächlich genutzt werden.
284. Für die Zuordnung bestimmter ärztlicher Leistungen zu den Fachgebieten der Landes-WBO ergeben sich Anhaltspunkte insbes. daraus, ob sie mehr methodenbezogen oder mehr körperbezogen, d.h. auf eine Körperregion bzw. auf ein Organ bezogen, sind. Ist ein Fachgebiet im Schwerpunkt körperbezogen umschrieben (z.B. Augenheilkunde, Gynäkologie, Orthopädie), so ist für die Frage der Fachgebietszugehörigkeit vor allem relevant, ob die diagnostische und therapeutische Maßnahme eine dem Fachgebiet zugeordnete Körperregion bzw. ein ihm zugeordnetes Organ betrifft. Ist das Fachgebiet indessen schwerpunktmäßig oder vollständig methodenbezogen (z.B. Radiologie, Nuklearmedizin, Laboratoriumsmedizin, Pathologie), so ergibt sich die Fachgebietszugehörigkeit im Allgemeinen schon aus der Anwendung einer bestimmten Untersuchungs- oder Behandlungsmethode. Soweit die Methodik nicht teilweise anderen Fachgebieten zugeordnet ist (z.B. bei den sog. Teilradiologie-Zuständigkeiten spezieller Fachgebiete), begründet ihre Anwendung die Zugehörigkeit zu dem methodenbezogenen Fachgebiet, gleichgültig, in welchem Körperbereich sie angewendet wird.<sup>466</sup>
285. Selbst wenn die WBO positiv den Inhalt eines bestimmten Fachgebiets beschreibt, wird dadurch nicht ausgeschlossen, dass (insbes. beim Zusammentreffen mit rein diagnostischen ärztlichen Fachdisziplinen) einzelne ärztliche Aufgaben kraft expliziter Regelung gleichermaßen in die Zuständigkeit anderer Fachgebiete fallen können.<sup>467</sup> Auf

---

<sup>465</sup> *Sodan*, Der Versorgungsauftrag des Plankrankenhauses, GesR 2012, S. 645 f.

<sup>466</sup> BSG Urt. v. 08.09.2004, B 6 KA 32/03 R, juris-Rn. 14 mwN; LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 01.03.2006, L 3 KA 175/04, juris-Rn. 26.

<sup>467</sup> BSG, Urt. v. 12.09.2001, B 6 KA 89/00 R, juris-Rn. 18; LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 01.03.2006, L 3 KA 175/04, juris-Rn. 27.

## D. Wettbewerb im Krankenhaussektor

diese Weise gibt es aus übergeordneten medizinischen Gründen Gebietsüberschneidungen und Mehrfachzuständigkeiten. Angesichts der Vielgestaltigkeit der Behandlungsfälle gibt es keine starre Grenze zwischen den einzelnen ärztlichen Fachgebieten. Vielmehr wird dem Arzt eine gewisse Toleranzbreite zugestanden.<sup>468</sup> Zudem richten die Krankenhäuser ihre Versorgungskonzepte zunehmend indikationsbezogen aus und setzen fach-, sektoren- und professionsübergreifende Behandlungsteams ein.<sup>469</sup>

286. Aus krankenhauserplanerischer Sicht sind die Behandlungen, die berufsrechtlich zu mehreren Fachgebieten nach den Landes-WBO zählen, wie folgt den Plangebieten zuzuordnen: Führen die Überschneidungen der Fachgebiete versorgungsbezogen zu Verwerfungen, so ist festzustellen, ob die Leistung für eines der beiden Fachgebiete zum Kernbereich zählt. Betrifft die Leistung in einem der Fachgebiete dessen Kernbereich in dem anderen aber nicht, so ist die Leistung dem Fachbereich vorbehalten, dessen Kernbereich betroffen ist. Fallen die Leistungen aber in beiden oder aber in keinem der Fachgebiete in den Kernbereich, so sind beide Fachgebiete zur Versorgung berechtigt.<sup>470</sup>
287. Die Bedeutung der stationären Behandlungen, die in mehreren Fachgebieten erbracht werden dürfen, ist erheblich. Bereits 2004 hat das Bundeskartellamt anhand der Auswertung der Patientendaten aller Akutkrankenhäuser in Bayern festgestellt, dass die exakte Zuordnung einer erbrachten stationären DRG-Behandlungsleistung zu einer bestimmten Fachrichtung kaum möglich ist.<sup>471</sup> Im Rahmen der Sektoruntersuchung hat das Bundeskartellamt für das bundeslandübergreifende Erhebungsgebiet<sup>472</sup> empirisch überprüft, ob es weiterhin erhebliche Überschneidungen der in den einzelnen Fachrichtungen der Krankenhäuser abgerechneten stationären Behandlungsleistungen gibt und die untersuchten Krankenhäuser die überwiegende Zahl der Behandlungen in unterschiedlichen Fachabteilungen erbringen können.
288. Hierzu hat das Bundeskartellamt die von den befragten Krankenhäusern übermittelten Krankenhausdaten aus dem Datensatz nach § 21 Abs. 2 KHEntgG ausgewertet. Dabei handelt es sich um folgende Angaben für das Jahr 2015:

---

<sup>468</sup> LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 01.03.2006, L 3 KA 175/04, juris-Rn. 27 mwN.

<sup>469</sup> Krankenhausplan des Landes Rheinland-Pfalz 2019-2025, Kap. 4.1, S. 31.

<sup>470</sup> BSG, Urt. v. 27.11.2014, B 3 KR 1/13 R, juris-Rn. 29 mwN.

<sup>471</sup> Hierauf wird Bezug genommen in: BGH, Beschl. v. 16.01.2008, KVR 26/07, WuW/E DE-R 2327/2333 f., Rn. 52 f.

<sup>472</sup> Das Gebiet ergibt sich oben aus Karte 1, Rn. 10.

## D. Wettbewerb im Krankenhaussektor

- Institutionskennzeichen, Name und Adresse des Krankenhauses, Art des Krankenhauses und der Trägerschaft sowie Anzahl der aufgestellten Betten, Anzahl der insgesamt behandelten Fälle, Umsatz des Krankenhauses in Mio. Euro (netto)
- Postleitzahl des Wohnorts des Patienten, entlassender Standort, DRG, aufnehmende Fachabteilung, Aufnahmeanlass und Höhe der Fallpauschale (effektives Entgelt).

289. Die übermittelten Datensätze wurden für jeden einzelnen Behandlungsfall des Jahres 2015 danach ausgewertet, in welche Fachabteilungen die Fälle mit ein und derselben Leistung (DRG) in den Krankenhäusern aufgenommen worden sind. Hierdurch kann festgestellt werden, ob es zu relevanten Überschneidungen zwischen den aufnehmenden Fachabteilungen für ein und dieselbe Leistung kommt oder nicht. Krankenhausinterne Verlegungen zwischen verschiedenen Fachabteilungen spielen eine eher geringe Rolle. Hierauf entfielen im Jahr 2015 im Durchschnitt über alle Fachabteilungen 7,5 Prozent der Patientenzugänge.<sup>473</sup>

290. Um empirisch Überschneidungen zwischen den verschiedenen Fachabteilungen ermitteln und anschließend deren Ausmaß bewerten zu können, wurde für jede einzelne vergleichbare Leistung festgestellt, in welche Abteilung die Fälle aufgenommen wurden. Als vergleichbare Leistung wurde hier jede Leistung angesehen, die unter einer DRG abgerechnet wurde. Ist beispielsweise von einem Krankenhaus angegeben worden, dass es einen Fall mit der DRG D30B (Tonsillektomie) in die Abteilung für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde aufgenommen hat, wurde dieser konkrete Fall dort als Behandlungsfall erfasst. Hat das gleiche oder ein anderes Krankenhaus in einem anderen Behandlungsfall die gleiche Leistung in die Chirurgie oder in die Kinderabteilung aufgenommen, wurde er entsprechend dort erfasst. Für alle befragten Krankenhäuser wurden insgesamt 25.070.561 Datensätze nach DRG und Fachabteilung zugeordnet und für jede einzelne DRG berechnet, mit welchem Anteil sie in jede der in Betracht kommenden Fachabteilungen aufgenommen wurde. Da in den untersuchten Krankenhausstandorten nur in einer sehr geringen Anzahl von Fällen eine DRG stets in der gleichen

---

<sup>473</sup> Eigene Berechnung anhand der Angaben zu den Patientenaufnahmen für die allgemeinen Krankenhäuser in: Tabelle 2.2.3 – Krankenhäuser 2015, aufgestellte Betten, Berechnungs- und Belegungstage und Patientenbewegung nach Fachabteilungen, Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, 2015, S. 23, veröffentlicht unter: [https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft\\_derivate\\_00031178/2120611157005.xlsx](https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00031178/2120611157005.xlsx).

## D.Wettbewerb im Krankenhaussektor

Fachabteilung aufgenommen wurde und damit eindeutig einer Fachabteilung zugeordnet werden konnte, war zu entscheiden, unter welchen Bedingungen DRG-Leistungen (noch) als fachabteilungsspezifisch anzusehen waren und ab welcher Größenordnung eine eindeutige Zuordnung zu dieser Fachabteilung nicht mehr als sachgerecht anzusehen war.

291. Das Bundeskartellamt hat zunächst anhand der Daten festgestellt, in welchen Abteilungen ein und dieselbe DRG-Leistung aufgenommen wurde. Für das unterschiedliche Ausmaß der Überschneidungen wurden folgende sechs Stufen definiert:

- Stufe 1 (S1):  
Liegt die Behandlungsquote einer Fachabteilung für eine DRG über 80 Prozent wird die DRG ausnahmslos als fachabteilungsspezifisch angesehen.
- Stufe 2 (S2):  
Liegt die Behandlungsquote einer Fachabteilung unter 80 Prozent aber mindestens bei 50 Prozent, so wird die DRG dann der Fachabteilung zugeordnet und damit als (noch) fachabteilungsspezifisch angesehen, wenn keine andere Fachabteilung für die gleiche DRG eine Behandlungsquote von 20 Prozent erreicht oder überschreitet, m.a.W. sich die Restquote auf eine Reihe unterschiedlicher Fachabteilungen verteilt.
- Stufe 3 (S3):  
Liegt dagegen die Behandlungsquote einer Fachabteilung unter 80 Prozent aber mindestens bei 50 Prozent, so wird die DRG nicht mehr der Fachabteilung zugeordnet, wenn zumindest eine andere Fachabteilung alleine - und nicht mehrere andere Fachabteilungen gemeinsam - für die gleiche DRG eine Behandlungsquote von 20 Prozent oder höher erreicht. Grund hierfür ist, dass das Bundeskartellamt in einem solchen Fall annimmt, dass hier kein irrelevanter Unschärfbereich mehr im Sinne der Rechtsprechung vorliegt.
- Stufe 4 (S4):  
Liegt die Behandlungsquote einer Fachabteilung unter 50 Prozent, erreicht aber noch die höchste Behandlungsquote im Vergleich zu allen anderen Fachabteilungen, so wird diese Leistung (DRG) nicht mehr als fachabteilungsspezifisch angesehen.
- Stufe 5 (S5):  
Die Behandlungsquote einer Fachabteilung liegt bei einer Leistung zwischen 50 Prozent und 5 Prozent und erreicht nicht mehr die höchste Behandlungsquote; die DRG wird nicht der Fachabteilung zugeordnet.
- Stufe 6 (S6)  
Die Behandlungsquote einer Fachabteilung liegt bei einer Leistung unter 5 Prozent; die DRG wird nicht der Fachabteilung zugeordnet.

292. Auf Grundlage der vorgenannten Kriterien ergab die Auswertung die in der folgenden Tabelle dargestellte Verteilung von Behandlungsquoten entsprechend den vorbeschriebenen Stufen 1 bis 6 auf die Fachabteilungen. Zusätzlich ist in der Tabelle das

## D.Wettbewerb im Krankenhaussektor

Gewicht der Abteilungen an allen Fällen dargestellt. Darüber hinaus wurde für die Leistungen, die grundsätzlich einer Fachrichtung (noch) zugeordnet werden können (Erfüllung der Stufen 1+2), der prozentuale Anteil der Fälle angegeben, der für diese Leistungen noch auf andere Fachrichtungen entfällt. Denn auch wenn bestimmte Leistungen einer Abteilung als fachspezifisch zugeordnet wurden, wird ein gewisser Prozentsatz dieser Leistungen auch in anderen Fachabteilungen erbracht.

**Tabelle 8: Überschneidungen der in den Fachabteilungen behandelten stationären Fälle nach DRG 2015**

Fachabteilung	Anteil an Gesamtfallzahl in %	S1	S2	Summe S1 und S2	Durchschnittlicher Anteil anderer Fachabteilungen	S3	S4	S5	S6
AUG	2,0	86,1	3,1	89,2	9,0	8,5	0,1	0,4	1,8
CHI	20,8	32,9	12,0	44,9	22,3	24,4	11,9	16,4	2,4
HCH	0,7	23,7	4,3	28,0	13,4	16,4	9,0	23,3	23,3
KCH	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	4,0	38,4	56,6
ORT	3,8	0,0	0,3	0,3	38,5	1,6	4,3	88,1	5,7
GUG	12,4	88,6	1,2	89,8	8,6	4,1	0,1	3,6	2,3
GER	1,0	0,0	32,1	32,1	25,2	21,0	6,8	7,0	33,2
HNO	3,3	49,4	10,6	60,0	14,7	8,0	9,0	15,6	7,4
HUG	1,3	17,8	15,8	33,6	18,1	18,5	6,7	29,1	12,1
INN	37,4	60,9	13,6	74,5	14,1	9,6	3,0	12,0	0,9
KIN	5,2	13,3	0,4	13,7	10,7	7,7	3,2	60,6	14,8
MKG	0,5	9,7	20,0	29,7	20,8	17,5	0,0	29,4	23,4
NCH	1,1	8,0	11,9	19,9	27,4	1,1	6,0	57,4	15,6
NEU	4,6	19,0	16,0	35,0	20,7	25,3	2,3	28,8	8,5
NUK	0,2	54,4	25,5	79,9	18,1	4,2	0,0	8,2	7,7
STR	0,3	4,2	12,8	17,1	28,9	20,3	19,1	23,8	19,7
URO	4,7	60,6	12,2	72,8	12,2	10,6	0,8	10,8	4,9

293. Aufgrund der in der *Tabelle 8* dargestellten Ermittlungsergebnisse – und ohne Berücksichtigung sonstiger qualitativer Gesichtspunkte – ist das Bundeskartellamt der Auffassung, dass sich allenfalls in den beiden gelb unterlegten Fachabteilungen **Gynäkologie und Geburtshilfe** und **Augenheilkunde** das Leistungsspektrum klar von den übrigen Fachabteilungen unterscheidet. In diesen beiden Fachabteilungen werden rd. 90 Prozent der dort behandelten Fälle mit Leistungen (DRG) erzielt, die weit überwiegend nur dort (S1+S2) behandelt werden. Soweit bei diesen Leistungen Überschneidungen mit anderen Fachabteilungen bestehen, bleiben sie mit 9 Prozent für die Augenheilkunde bzw. 8,6 Prozent für die Gynäkologie und Geburtshilfe relativ gering.
294. Bei den in der *Tabelle 8* orange unterlegten Fachabteilungen entfällt – im Durchschnitt über die untersuchten Krankenhäuser – die Mehrheit der dort behandelten Fälle auf Leistungen (DRG), die weit überwiegend auch in anderen Fachabteilungen behandelt werden. Den Extremfall bildet hier die Fachrichtung Orthopädie. Hier entfallen im Durchschnitt über die untersuchten Krankenhäuser 90 Prozent aller Fälle (S5+S6) auf



## D.Wettbewerb im Krankenhaussektor

Leistungen (DRG), in denen die Fachabteilung Orthopädie nicht die höchste Behandlungsquote erreicht. Soweit die Orthopädie die höchste Behandlungsquote bei einzelnen DRG erreicht (S3), liegen sie jedenfalls nicht über 50 Prozent, so dass der Überschneidungsbereich mit anderen Fachabteilungen (hier insbes. zur Chirurgie) erheblich ist. In Bayern und in Nordrhein-Westfalen gehört beispielsweise die Implantation von Knie-Totalendoprothesen sowohl zum Versorgungsauftrag eines Krankenhauses, dem das Fachgebiet der Chirurgie zugewiesen wurde, als auch zum Versorgungsauftrag eines Krankenhauses mit dem Fachgebiet der Orthopädie.<sup>474</sup>

295. In den Fachabteilungen **Innere Medizin, Chirurgie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Urologie** und **Nuklearmedizin** entfallen im Durchschnitt über die untersuchten Krankenhäuser zwischen 45 Prozent und 80 Prozent der Fälle auf Leistungen (DRG), die überwiegend in ihrer jeweiligen Fachabteilung behandelt werden (S1+S2). Dieser Anteil ist zwar gewichtig, verdeutlicht aber gleichzeitig auch, dass in diesen Abteilungen mit Anteilen zwischen 20 Prozent und 55 Prozent auch Fälle behandelt werden, die überwiegend zum Leistungsbereich anderer Fachabteilungen zählen. Darüber hinaus wird der Überschneidungsbereich zu anderen Fachabteilungen zusätzlich dadurch erhöht, dass in der Gegenrichtung auch andere Fachabteilungen Leistungen erbringen, die nach der gewählten Definition (S1+S2) jedenfalls weit überwiegend den hier betrachteten Fachabteilungen zuzuordnen wären. Für die Innere Medizin liegt der Überschneidungsbereich für diese Leistungen bei ca. 14 Prozent (von 74,5 Prozent) der Fälle, bei der Chirurgie sogar bei über 20 Prozent (von 44,9 Prozent). Insoweit geht das Bundeskartellamt davon aus, dass es sich jedenfalls nicht nur um wettbewerbsrechtlich irrelevante Unschärfebereiche zwischen verschiedenen Fachabteilungen handelt.
296. Im Ergebnis können allenfalls die Fachrichtungen der Gynäkologie und Geburtshilfe sowie der Augenheilkunde hinsichtlich ihres Leistungsspektrums klar von den übrigen Fachabteilungen abgegrenzt werden, weil sich – unbeachtlich anderer zu berücksichtigender Umstände – die dort erbrachten Behandlungen nur geringfügig mit denen anderer Fachrichtungen überschneiden. Bei der Mehrheit der Fachabteilungen ist das berechnete Ausmaß der Überschneidung des Leistungsspektrums der Fachabteilungen dagegen eher hoch.

---

<sup>474</sup> Für Bayern: Bayerisches LSG, Urt. v. 19.12.2017, L 4 KR 138/17, juris-Leitsatz Nr. 4; für Nordrhein-Westfalen: LSG für das Land Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 29.06.2017, L 16 KR 711/15, juris-Rn. 28 ff.

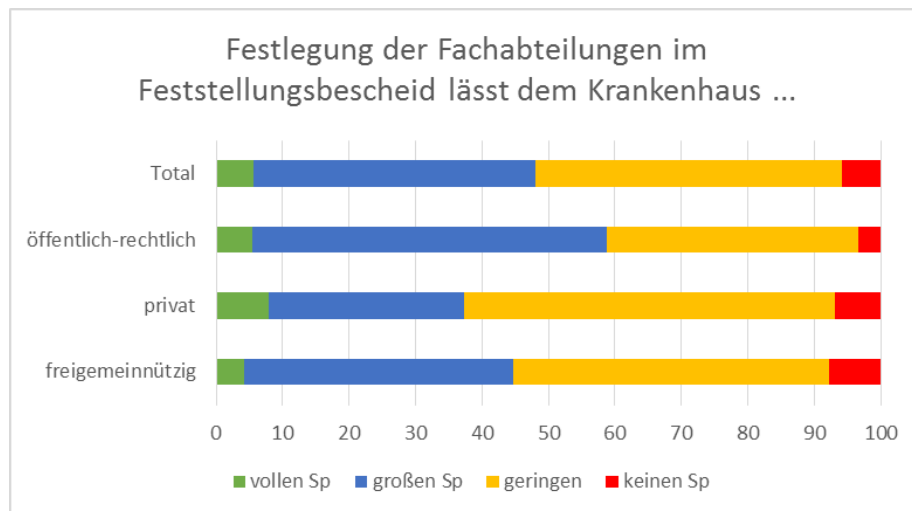
## D. Wettbewerb im Krankenhaussektor

297. Die empirische Überprüfung ergab, dass rd. 85 Prozent der von den Krankenhäusern tatsächlich erbrachten stationären Behandlungsleistungen in unterschiedlichen Fachabteilungen erbracht werden und nicht eindeutig einer Fachrichtung zuzuordnen sind. Dies gilt insbes. für die vom Fallgewicht bedeutendsten Abteilungen für Innere Medizin und Chirurgie. Daher werden einem Krankenhaus mit der Zuweisung einer Fachrichtung bzw. einer Subdisziplin im Versorgungsauftrag nicht zugleich auch bestimmte Leistungen zugewiesen. Dies unterstreicht, dass eine Einschränkung der Fachabteilungsstruktur im Versorgungsauftrag nur eine geringe begrenzende Wirkung auf das tatsächliche Leistungsspektrum entfalten kann. Vielmehr entscheiden die Krankenhäuser in erheblichem Umfang selbst, welche Behandlungen sie tatsächlich erbringen und welche Schwerpunkte sie aufbauen. Schließlich steht es den Krankenhäusern offen, bei den Krankenhausplanungsbehörden einen Antrag auf Zuweisung neuer Fachrichtungen bzw. Subdisziplinen zu stellen, wenn sie einen entsprechenden Bedarf für die Behandlungen darlegen können. Sie haben dann zwar im Regelfall keinen Anspruch darauf, dass ihnen die entsprechende Disziplin zugewiesen wird, aber einen Anspruch auf ermessensfehlerfreie Entscheidung über ihren Antrag. Zudem können sie auch in Abstimmung mit der Krankenhausplanungsbehörde bestimmte Fachrichtungen ganz aufgeben.
298. Die im Rahmen der Sektoruntersuchung durchgeführte Befragung der Krankenhäuser hat ihren Verhaltensspielraum zur Bestimmung des eigenen Leistungsspektrums im Rahmen der krankenhauserplanerischen Zuweisung von Fachabteilungen bestätigt.
299. Im Fragebogen der Sektoruntersuchung wurden die Krankenhäuser um ihre Einschätzung gebeten, welche Bedeutung die Festlegung der Fachabteilungen im Feststellungsbescheid für den Umfang ihres tatsächlichen Behandlungsspektrums hat. Die Krankenhäuser konnten zwischen den Optionen wählen, dass der Feststellungsbescheid ihnen vollständig die Bestimmung des Leistungsspektrums überlässt, dass sie über einen großen Spielraum zur Bestimmung des Leistungsspektrums verfügen, dass sie über einen geringen Spielraum zur Bestimmung des Leistungsspektrums verfügen oder dass sie über keinen Spielraum des Leistungsspektrums verfügen.<sup>475</sup> Von den 405 Krankenhäusern, die den Fragebogen beantwortet haben, haben 12 keine Angaben zu dieser Frage gemacht. 9 davon sind nicht im Krankenhausplan des jeweiligen Bundeslandes ausgewiesen, sondern verfügen als Vertragskrankenhäuser nach § 108 Nr. 3 SGB V über einen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen.

---

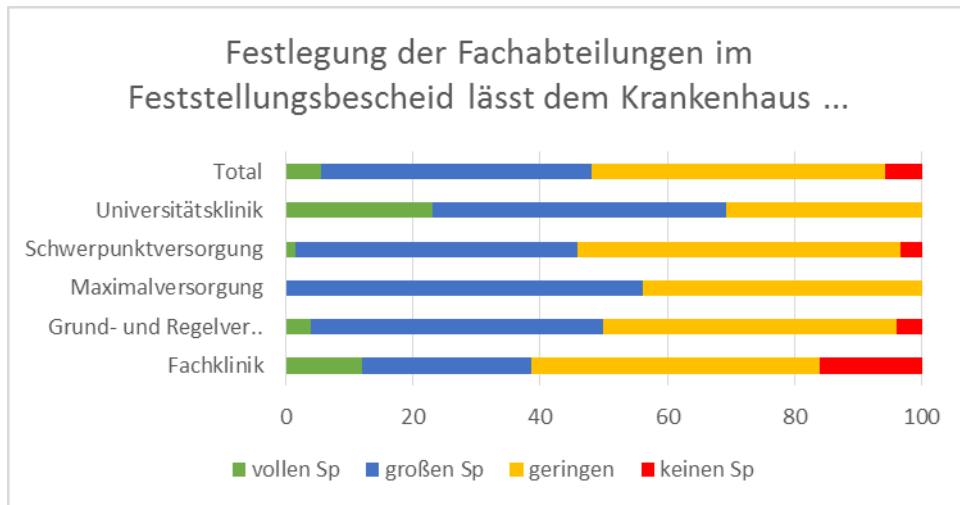
<sup>475</sup> Krankenhausfragebogen, Frage II.6 a).

**Abbildung 14: Bedeutung der Festlegung der Fachabteilungen im Feststellungsbescheid für das tatsächliche Behandlungsspektrum nach Trägergruppen (N=393)**



300. Über alle Krankenhäuser gesehen ist knapp die Hälfte der Häuser der Ansicht, die Festlegungen der Fachrichtungen im Feststellungsbescheid ließen ihnen einen vollen oder einen großen Spielraum, das eigene Behandlungsspektrum zu bestimmen. Über 90 Prozent der Krankenhäuser sehen hier einen Spielraum für sich, auch wenn rd. 46 Prozent ihn für gering erachten. Weniger als 10 Prozent sehen gar keinen Spielraum, den Umfang des tatsächlichen Behandlungsspektrums im Rahmen des Feststellungsbescheids zu bestimmen.
301. Nach einzelnen Trägergruppen unterschieden fällt auf, dass rd. 59 Prozent der befragten öffentlich-rechtlichen Krankenhäuser meinen, über einen vollen bzw. einen großen Spielraum zur Bestimmung des Behandlungsspektrums zu verfügen, bei den privaten Trägern aber nur rd. 37 Prozent diese Einschätzung teilen. Bei den Krankenhäusern in freigemeinnütziger Trägerschaft sind dies rd. 45 Prozent.
302. Keinen Spielraum im Rahmen des Feststellungsbescheids sehen weniger als 5 Prozent der Krankenhäuser in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft, aber rd. 8 Prozent der freigemeinnützigen Häuser.
303. Werden die Antworten nach Versorgungsstufen unterteilt, ergibt sich das aus der nachfolgenden Abbildung erkennbare Ergebnis.

**Abbildung 15: Bedeutung der Festlegung der Fachabteilungen im Feststellungsbescheid für das tatsächliche Behandlungsspektrum nach Versorgungsstufen (N=393)**



304. Den größten Handlungsspielraum zur Bestimmung des eigenen Behandlungsspektrums im Rahmen der Fachrichtungsplanung sehen bei den befragten Krankenhäusern die Universitätskliniken, die Maximalversorger und die Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung. Knapp 70 Prozent der Universitätskliniken, rd. 56 Prozent der Maximalversorger und 50 Prozent der Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung gaben an, die Festlegung von Fachabteilungen im Feststellungsbescheid überlasse ihnen vollständig die Bestimmung des tatsächlichen Behandlungsspektrums oder gewähre ihnen zumindest einen großen Spielraum. Jeweils über 95 Prozent der Krankenhäuser dieser Versorgungsstufen meinten, mindestens über einen geringen Handlungsspielraum zu verfügen.
305. Während bei den befragten Universitätskliniken, Schwerpunktversorgern, Maximalversorgern sowie Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung jeweils weniger als 5 Prozent angaben, die Festlegung der Fachabteilungen im Feststellungsbescheid lasse ihnen keinen Spielraum zur Bestimmung des eigenen Behandlungsspektrums, lag dieser Wert bei den befragten Fachkliniken bei rd. 16 Prozent.
306. 2017 hat das Beratungsunternehmen Roland Berger die Vorstände und Geschäftsführer der 500 größten Krankenhäuser im Rahmen der Roland-Berger Krankenhausstudie 2017 befragt. Auf die Frage, in welchen Bereichen die größten Potenziale für Optimierungen liegen, benannten 78 Prozent der Krankenhausmanager die strategische Ausrichtung im Hinblick auf ihr Medizinportfolio und den Standort.<sup>476</sup>

<sup>476</sup> Roland Berger Krankenhausstudie 2017, Teil B, S. 18, veröffentlicht unter [https://www.rolandberger.com/de/Publications/pub\\_german\\_hospitals\\_2017.html](https://www.rolandberger.com/de/Publications/pub_german_hospitals_2017.html).

## D.Wettbewerb im Krankenhaussektor

307. Die Befragungen zeigen, dass auch die Krankenhäuser selbst davon ausgehen, im Rahmen der krankenhauserplanerischen Festlegungen zu den Fachgebieten über Verhaltensspielräume zu verfügen, den Umfang ihres tatsächlichen Behandlungsspektrums zu bestimmen.

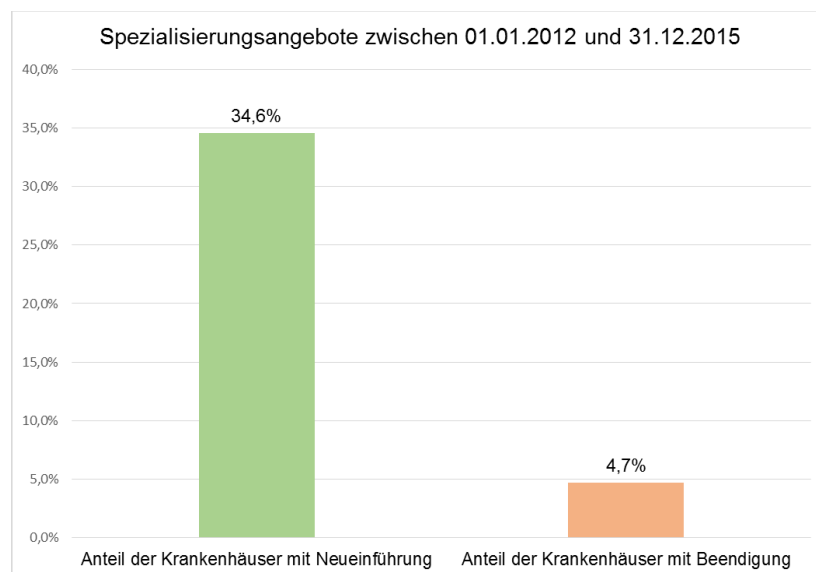
### (3) Tatsächliche Nutzung der Verhaltensspielräume

308. Die Krankenhäuser nutzen die oben dargestellten Spielräume auch tatsächlich, um ihr Behandlungsangebot nach eigenen wirtschaftlichen Erwägungen zu optimieren.

309. Im Fragebogen zur Sektoruntersuchung wurden die Krankenhäuser gebeten anzugeben, in welchen Fachabteilungen und Kliniken sie zwischen 01. Januar 2012 und 31. Dezember 2015 neue Spezialisierungsangebote eingeführt<sup>477</sup> bzw. welche Spezialisierungsangebote sie in dieser Zeit beendet haben<sup>478</sup>.

310. Die Auswertung zeigt, dass in dieser Zeit rd. 35 Prozent der erfassten Krankenhäuser ein neues Spezialisierungsangebot eingeführt und etwa 5 Prozent ein bereits eingeführtes Spezialisierungsangebot wieder beendet haben.

**Abbildung 16: Einführung und Beendigung von Spezialisierungsangeboten in der Zeit vom 01.01.2012 bis 31.12.2015 (N=405)**



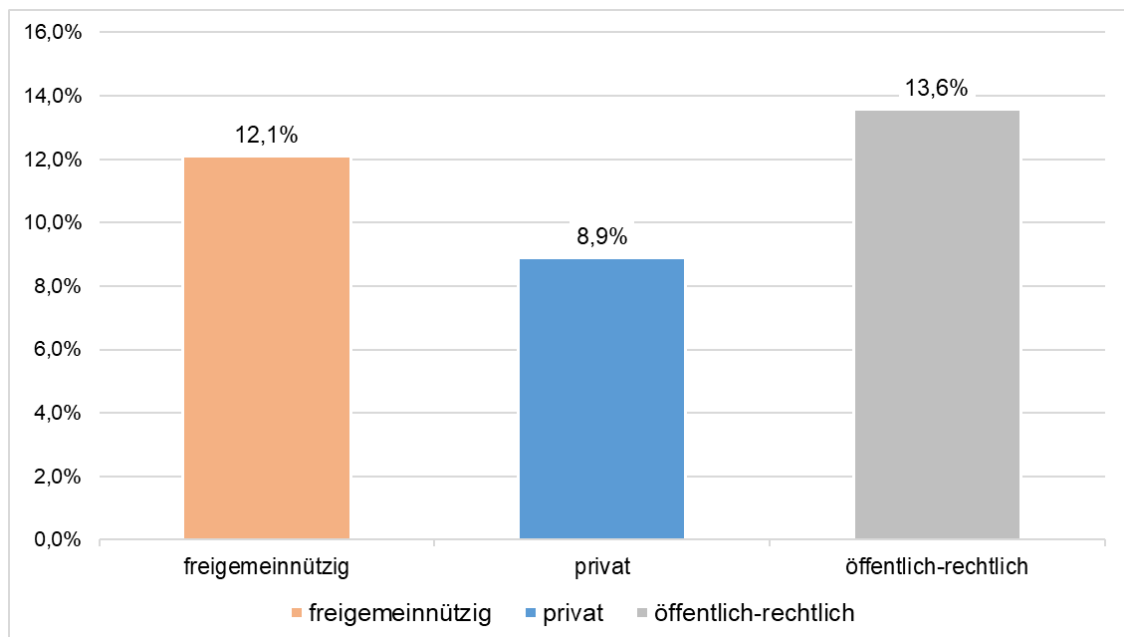
311. Die Einführung der Spezialisierungsangebote verteilte sich dabei annähernd gleichmäßig auf öffentlich-rechtliche und freigemeinnützige Träger, die privaten Träger lagen bei der Einführung dieser Angebote etwas zurück.

<sup>477</sup> Krankenhausfragebogen, Frage II.5 d).

<sup>478</sup> Krankenhausfragebogen, Frage II.5 c).

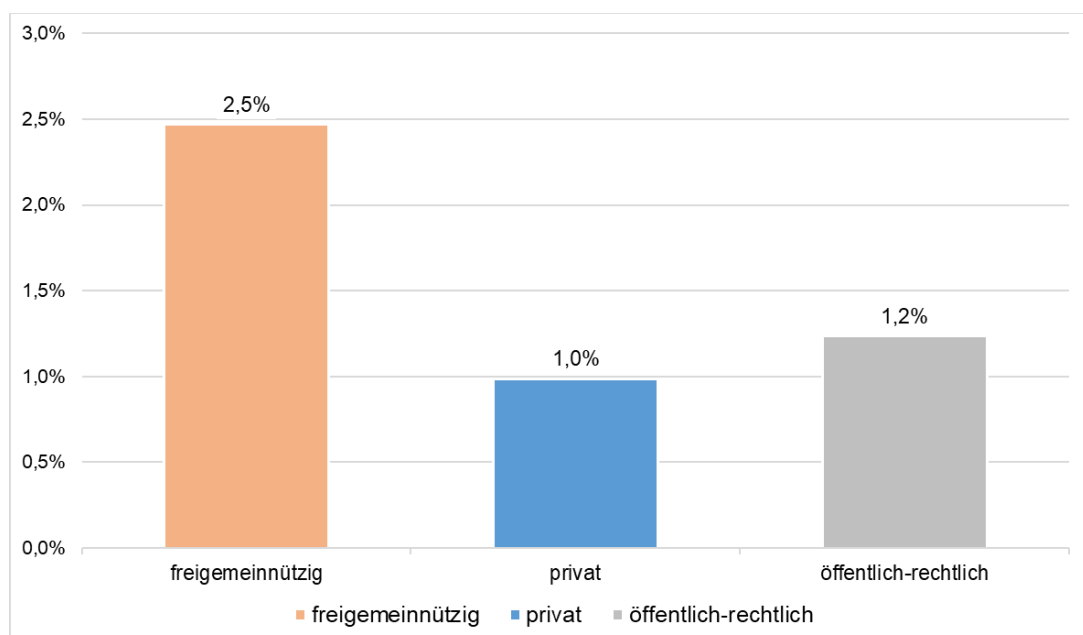
## D.Wettbewerb im Krankenhaussektor

**Abbildung 17: Anteil der Krankenhäuser, die vom 01.01.2012 bis 31.12.2015 ein Spezialisierungsangebot neu eingeführt haben, an der Gesamtzahl der Krankenhäuser nach Trägergruppen (N=405)**



312. Demgegenüber beendeten von den im Rahmen der Sektoruntersuchung erfassten Krankenhäusern doppelt so viele Krankenhäuser freigemeinnütziger Träger Spezialisierungsangebote wie Krankenhäuser öffentlich-rechtlicher oder privater Träger.

**Abbildung 18: Anteil der Krankenhäuser, die vom 01.01.2012 bis 31.12.2015 ein Spezialisierungsangebot beendet haben, an der Gesamtzahl nach Trägergruppen (N=35)**



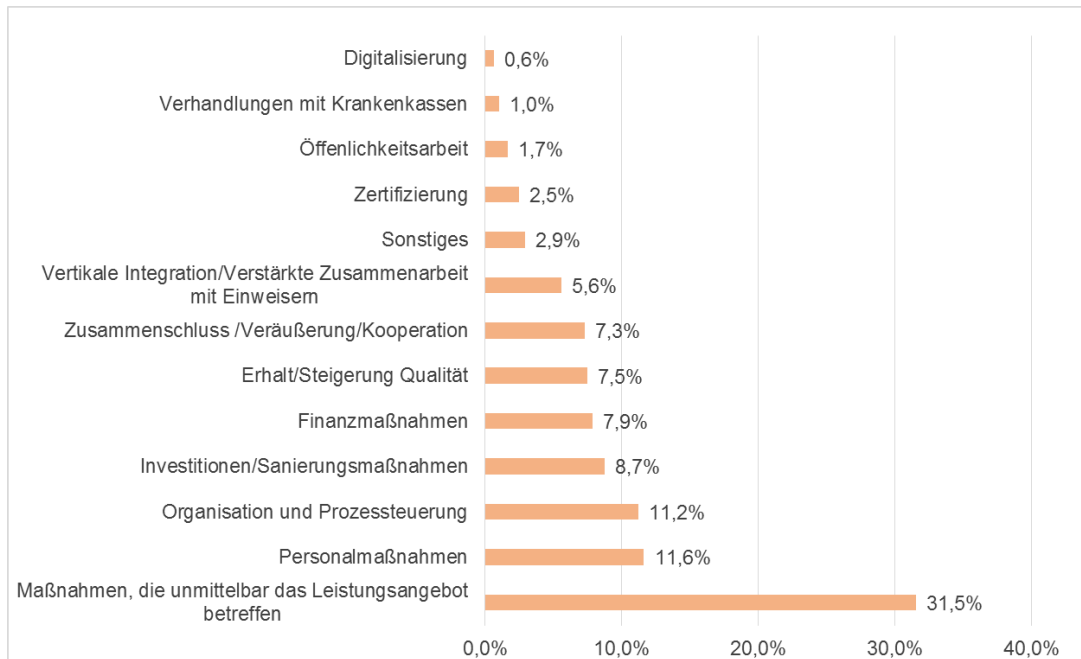
## D.Wettbewerb im Krankenhaussektor

313. Die Krankenhäuser verfügen daher im Rahmen ihres Versorgungsauftrages über einen Spielraum, eigenständig festzulegen, welche der von den zugewiesenen Gebieten und Subdisziplinen erfassten Behandlungsleistungen als Schwerpunktleistungen ausgebildet werden und nutzen diese Spielräume auch tatsächlich.
314. Die tatsächliche Nutzung des Verhaltensspielraums durch die Krankenhäuser ergibt sich auch aus den Freitext-Antworten der befragten Krankenhäuser zu den fünf für den wirtschaftlichen Gesamterfolg des Krankenhauses wichtigsten strategischen Maßnahmen.<sup>479</sup> Dabei waren Mehrfachantworten möglich. Die verschiedenen Antworten wurden im Rahmen der Auswertung zu Kategorien zusammengefasst, wobei die Antworten zum Teil in mehrere Kategorien fallen, wie z.B. Baumaßnahmen mit Leistungsausbau.
315. Die Auswertung zeigt, dass die Maßnahmen, die unmittelbar das Leistungsangebot des Krankenhauses betreffen, wie Erweiterungen des Leistungsspektrums, Spezialisierungen, Ausrichtungen des Angebots auf die Region oder Schließung von Abteilungen, am häufigsten als wichtigste strategische Maßnahmen aufgeführt wurden. Alle übrigen aufgeführten Maßnahmen werden deutlich seltener als wichtigste strategische Maßnahme für den Gesamterfolg des Krankenhauses angegeben. Dies zeigt, dass die Krankenhäuser Veränderungen ihres Leistungsangebots als die deutlich bedeutendste strategische Maßnahme ansehen.

---

<sup>479</sup> Krankenhausfragebogen, Frage VII.2.

**Abbildung 19: Anteil der Antworten nach Kategorien zur wichtigsten strategischen Maßnahme für den Gesamterfolg des Krankenhauses (N=482)**

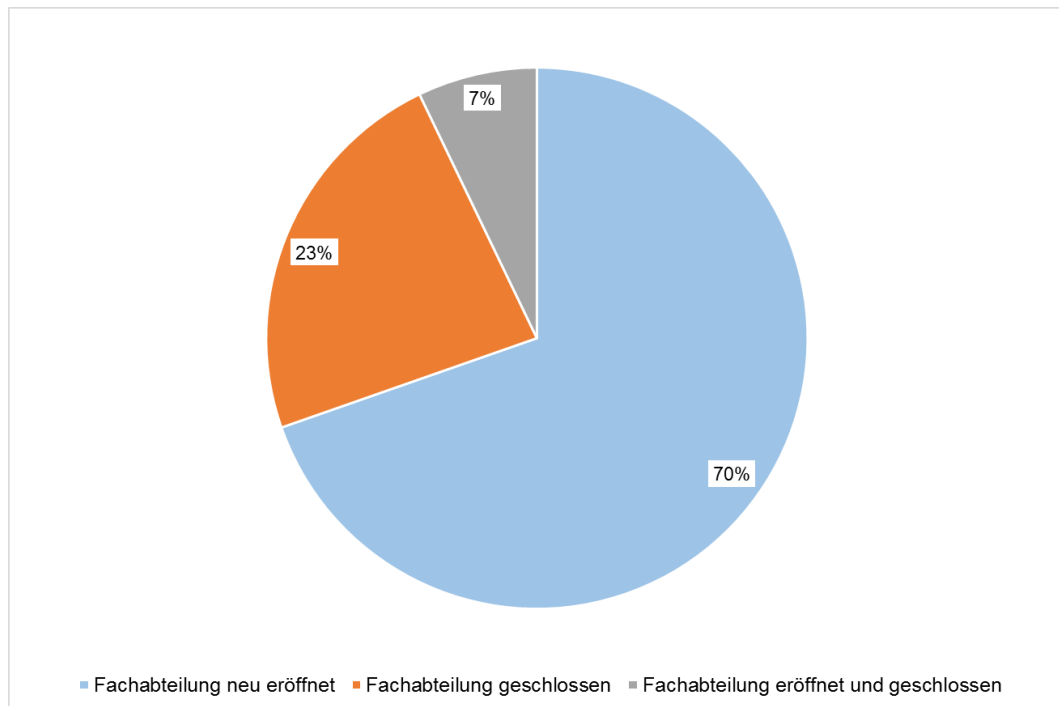


316. Die Krankenhäuser haben außerdem die oben dargestellte Option, bei der zuständigen Krankenhausplanungsbehörde die Zuweisung von zusätzlichen Planbetten in einer bislang nicht vorhandenen Fachrichtung bzw. Subdisziplin zu beantragen. Damit der Antrag erfolgreich ist, muss ein entsprechender Bedarf nachgewiesen werden. Im Rahmen der Sektoruntersuchung wurde geprüft, inwieweit die Krankenhäuser tatsächlich von der oben dargestellten Möglichkeit Gebrauch machen, eine krankenhauplanerische Anpassung der ihnen zugewiesenen Fachrichtungen zu erreichen.
317. Die im Abfragegebiet tätigen Krankenhäuser wurden gebeten, im Fragebogen anzugeben, ob und welche Fachabteilungen sie zwischen dem 01. Januar 2012 und 31. Dezember 2015 neu eröffnet bzw. geschlossen haben.<sup>480</sup> Insgesamt 14 Prozent der erfassten 405 Krankenhäuser haben geantwortet, in diesem Zeitraum eine neue Fachabteilung eröffnet oder geschlossen zu haben. Dabei haben mehr Krankenhäuser Fachabteilungen neu eröffnet als geschlossen, wie aus der nachfolgenden Abbildung erkennbar ist. 7 Prozent der Krankenhäuser schlossen in dieser Zeit mindestens eine Fachabteilung und eröffneten dafür mindestens eine andere.

<sup>480</sup> Krankenhausfragebogen, Frage II.1.

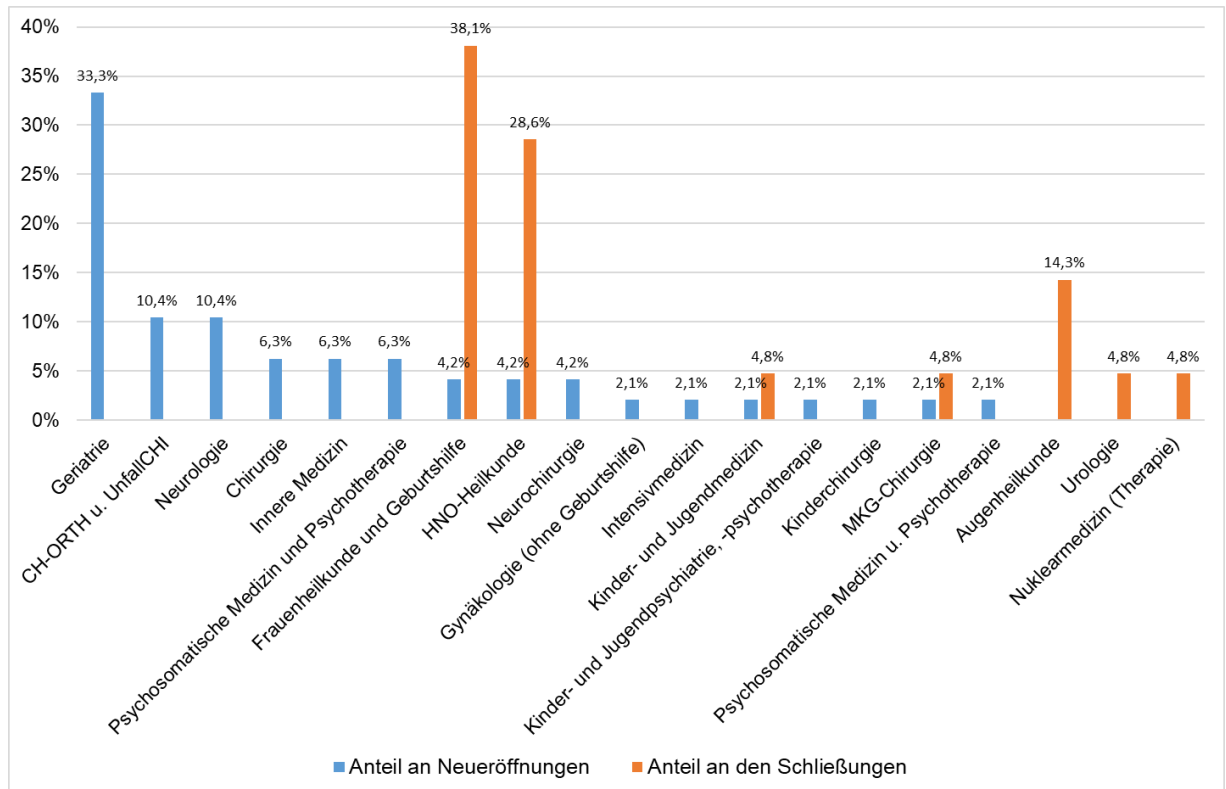


**Abbildung 20: Anteile der Eröffnungen und Schließungen an der Gesamtzahl der Krankenhäuser, die zwischen 01.01.2012 und 31.12.2015 Fachabteilungen eröffnet oder geschlossen haben (N=56)**



318. Welche Fachrichtungen zwischen dem 01. Januar 2012 und 31. Dezember 2015 jeweils Gegenstand von Neueröffnungen bzw. Schließungen der im Abfragegebiet tätigen Krankenhäuser gewesen sind, ergibt sich aus der nachfolgenden Grafik. Dabei wurden im Zeitraum vom 01. Januar 2012 und 31. Dezember 2015 von den erfassten Krankenhäusern insgesamt 49 Fachabteilungen neu eröffnet und 21 geschlossen.

**Abbildung 21: Anteile einzelner Fachrichtungen an den Fachrichtungseröffnungen (N=49) und Fachrichtungsschließungen (N=21) der erfassten Krankenhäuser**



319. Die Abbildung oben zeigt, dass die Geriatrie, die Orthopädie und Unfallchirurgie sowie die Neurologie zwischen 01. Januar 2012 und 31. Dezember 2015 die drei am häufigsten von den befragten Krankenhäusern neu errichteten Fachabteilungen darstellten. Auf sie entfallen zusammen über 50 Prozent der in dieser Zeit neu eingerichteten Fachabteilungen. Keine dieser Fachrichtungen wurde im erfassten Gebiet in dieser Zeit geschlossen. Umgekehrt stellen die Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die HNO-Heilkunde und die Augenheilkunde die drei Fachrichtungen dar, die in der gleichen Zeit am häufigsten von den befragten Krankenhäusern geschlossen wurden. Sie machen über 80 Prozent der erfassten Fachrichtungsschließungen, aber nur rd. 8 Prozent der Fachabteilungsneueröffnungen aus.
320. Dies zeigt, dass die Krankenhäuser ihre Möglichkeiten, eine krankenhauserplanerische Anpassung der ihnen zugewiesenen Fachrichtungen zu erreichen, auch tatsächlich dazu nutzen, ihr Fachrichtungsangebot im Hinblick auf eine sich ändernde Nachfrage oder auch auf eine sich ändernde Profitabilität einzelner Abteilungen anzupassen.

### **(4) Ergebnis**

321. Die krankenhauplanerische Zuweisung von Fachgebieten bzw. von Subdisziplinen im Feststellungsbescheid bestimmt den Versorgungsauftrag der einzelnen Krankenhäuser. Mit dem Versorgungsauftrag werden dem Krankenhaus aber nicht zugleich auch bestimmte Behandlungsleistungen zugewiesen. Vielmehr weisen die einzelnen Fachgebiete und Subdisziplinen jeweils verschiedene Behandlungsbündel auf und sind zudem nicht trennscharf voneinander abgrenzbar. Die Krankenhäuser entscheiden daher in erheblichem Umfang selbst, welche Behandlungen (DRG) sie tatsächlich erbringen und welche Schwerpunkte sie aufbauen. Die Bedeutung der stationären Behandlungen, die in mehreren Fachgebieten erbracht werden dürfen, ist erheblich. Die empirische Untersuchung ergab, dass rd. 85 Prozent der von den Krankenhäusern tatsächlich erbrachten stationären Behandlungsleistungen in unterschiedlichen Fachabteilungen erbracht werden und nicht eindeutig einer Fachrichtung zuzuordnen sind.
322. Die Krankenhäuser verfügen im Ergebnis über einen weiten Spielraum, eigenständig Leistungsschwerpunkte zu entwickeln. Eine derartige Schwerpunktsetzung ist als Spezialisierung zur Qualitätssteigerung gesundheitspolitisch erwünscht. Die Krankenhäuser nutzen ihre Spielräume auch tatsächlich aus. 01. Januar 2012 und 31. Dezember 2015 haben rd. 35 Prozent der befragten Krankenhäuser ein neues Spezialisierungsangebot eingeführt und etwa 5 Prozent ein bereits eingeführtes Spezialisierungsangebot wieder beendet. 14 Prozent der erfassten 405 Krankenhäuser haben geantwortet, in diesem Zeitraum eine neue Fachabteilung eröffnet oder geschlossen zu haben.

### **bb) Bedeutung der Zuweisung von Planbetten**

323. In allen Bundesländern bis auf Sachsen-Anhalt und Berlin werden den Plankrankenhäusern im Krankenhausplan Gesamtbettenzahlen als Kapazitätsmaß vorgegeben. Während Sachsen-Anhalt ganz auf eine Bettenfestlegung verzichtet, plant Berlin nur die Bettenzahl je Fachrichtung. Wie aus *Tabelle A1* im Anhang zu erkennen ist, geben 14 Bundesländer jeweils die Gesamtbettenzahl der Krankenhäuser vor, in 7 Bundesländern (Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Schleswig-Holstein) wird zusätzlich die Planbettenzahl je Fachrichtung im Krankenhausplan festgelegt.
324. Von den 8 Bundesländern, die (auch) eine Planbettenzahl je Fachrichtung ausweisen, gewähren 4 den Krankenhäusern die Möglichkeit, die Gesamtzahl der Planbetten flexibel auf die zugewiesenen Fachrichtungen zu verteilen. Berlin und Hamburg sehen einen Korridor für die Bettenzahl in den Fachabteilungen vor, d.h. die Bettenzahl in den einzelnen Fachgebieten kann von der Festlegung abweichen. In Berlin liegt die Spanne

## D.Wettbewerb im Krankenhaussektor

bei 15 Prozent<sup>481</sup>, in Hamburg bei bis zu 10 Prozent<sup>482</sup>. In Bremen gibt es einen Korridor anhand der Abteilungsauslastung. Rheinland-Pfalz belässt den Krankenhäusern die Entscheidung, wie sie die insgesamt zugewiesenen Planbetten im Rahmen des Versorgungsauftrags auf die einzelnen Fachrichtungen aufteilen.

### (1) Grundlagen und Umfang der Planbettenuzuweisung

325. Wichtiges Indiz für die Bedarfsgerechtigkeit eines Krankenhauses und die Kapazitäten seiner Fachabteilungen und Funktionseinheiten ist für die Planungsbehörde der Grad der Inanspruchnahme durch die Patienten. Deshalb wird die Bettenkapazität der Fachabteilungen in den einzelnen Bundesländern gemessen an dem tatsächlich zu versorgendem Bedarf gesteuert.
326. Die Bettenbedarfsplanung der Bundesländer beruht überwiegend auf der sog. Hill-Burton-Formel und wird teilweise durch weitere Methoden ergänzt bzw. ersetzt.<sup>483</sup> Danach bemisst sich der rechnerische Bettenbedarf einer Region aus der Einwohnerzahl (EW), der Fallzahl (FZ), dem Bettennutzungsgrad (BNG) und der durchschnittlichen Verweildauer (VD), die sich errechnet, indem die Zahl der Belegungstage durch die Fallzahl geteilt wird. Die Bundesländer geben jeweils einen anzustrebenden Bettennutzungsgrad je Fachrichtung als Normauslastung vor. Dabei liegen die vorgesehenen Bettennutzungsgrade in den somatischen Fachrichtungen zwischen 75 Prozent und 85 Prozent.<sup>484</sup>
327. Der Bettenbedarf (B) einer Planungsregion ergibt sich dann aus der Formel<sup>485</sup>

$$B = EW * \frac{FZ}{EW} * \frac{VD}{365} * \frac{1}{BNG}$$

---

<sup>481</sup> Krankenhausplan 2016 des Landes Berlin, Kap. 5.3, S. 21, Fn. 427.

<sup>482</sup> Krankenhausplan 2020 der Freien und Hansestadt Hamburg, Kap. 7.2.1, S. 51, Fn. 450.

<sup>483</sup> Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Stand: Dezember 2019, 3.1, S. 23, [https://www.dkgev.de/media/file/47471.2017-04-18\\_PM-Anlage-DKG-Bestandsaufnahme\\_Krankenhausplanung\\_Investitionsfinanzierung.pdf](https://www.dkgev.de/media/file/47471.2017-04-18_PM-Anlage-DKG-Bestandsaufnahme_Krankenhausplanung_Investitionsfinanzierung.pdf).

<sup>484</sup> Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Stand: März 2017, 3.3, S. 39 ff., Fn.483.

<sup>485</sup> Über- und Fehlversorgung in deutschen Krankenhäusern: Gründe und Reformoptionen, Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen, 2018, 3.3, S. 24, [https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Ministerium/Geschaeftsbe-reich/Wissenschaftlicher\\_Beirat/Gutachten\\_und\\_Stellungnahmen/Ausgewaehlte\\_Texte/2018-06-19-Fehlversorgung-in-deutschen-Krankenhaeusern.html](https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Ministerium/Geschaeftsbe-reich/Wissenschaftlicher_Beirat/Gutachten_und_Stellungnahmen/Ausgewaehlte_Texte/2018-06-19-Fehlversorgung-in-deutschen-Krankenhaeusern.html), siehe auch Krankenhausplan des Freistaates Bayern, 43. Fortschreibung (Stand: 01.01.2018), Teil I Nr. 6 Grundlagen der Krankenhausplanung, <https://www.bkg-online.de/media/file/20371.khplan18.pdf>.

### (2) Verhaltensspielräume im Rahmen der Planbettenzuweisung

328. Wie oben erläutert wird in 7 Bundesländern krankenhauserplanerisch allein die Gesamtbettenzahl der Krankenhäuser und in einem Bundesland sogar gar keine Bettenzahl festgelegt. Die Träger haben hier einen Spielraum, eigenständig zu entscheiden, wie sie die Bettenzahl, d.h. die Behandlungskapazitäten über die ihnen zugewiesenen Fachrichtungen verteilen und wo sie Schwerpunkte ihres Behandlungsangebotes ausbilden. Das gleiche gilt für die 4 Bundesländer, die im Rahmen der Ausweisung von Planbetten nach Fachrichtungen eine flexible Verteilung der Bettenzahl über die Fachabteilungen vorsehen.
329. In den 4 übrigen Bundesländern Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Saarland und Schleswig-Holstein wird im Rahmen der Krankenhausplanung sowohl eine Gesamtbettenzahl als auch die Bettenzahl je zugewiesener Fachrichtung festgelegt. Auch hier sind die Krankenhäuser nicht in ihren Möglichkeiten beschränkt, im Rahmen der fachabteilungsbezogenen Planbettenfestsetzung selbstständig Behandlungsschwerpunkte herauszubilden und dort Leistungen zu konzentrieren.
330. Die in den Krankenhausplan aufgenommene Bettenzahl bestimmt auch den Versorgungsauftrag eines Krankenhauses. Setzt ein Krankenhaus zusätzlich zu den genehmigten Planbetten weitere Betten ein, um seine Kapazitäten zu erweitern, überschreitet es nach der Rechtsprechung seinen Versorgungsauftrag mit der Folge, dass die entsprechenden Leistungen von den Krankenkassen nicht zu vergüten sind.<sup>486</sup>
331. Dieser bettenbezogenen Auslegung des Versorgungsauftrags steht aber die Abrechnung der stationären Behandlungsleistungen nach DRG-Fallpauschalen mit den Krankenkassen gegenüber. Die Krankenhäuser müssen den Krankenkassen für jeden Behandlungsfall nach § 301 Abs. 1 Nr. 3 und Nr. 7 SGB V den Tag der Aufnahme und der Entlassung des Patienten mitteilen, so dass sich für die Krankenkasse für jeden Fall die Behandlungsdauer errechnen lässt. Zusammen mit der Bezeichnung der aufnehmenden Fachabteilung nach § 301 Abs. 1 Nr. 5 SGB V lässt sich für jede Fachabteilung die Summe der Gesamtbehandlungsdauer aller abgerechneten Fälle feststellen und anhand der Gesamtfallzahl mit der Hill-Burton-Formel der rechnerische Bettenbedarf für diese Behandlungsfallzahl errechnen. Da im Rahmen der Landeskrankenhausplanung für die Bettenzuweisung eine Normauslastung zwischen 75 Prozent und 85 Prozent angesetzt wird<sup>487</sup>, steht den Krankenhäusern ein Spielraum von mindestens 15

---

<sup>486</sup> BVerwG, Urt. v. 20.12.2007, 3 C 53/06, juris-Rn. 30.

<sup>487</sup> Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Stand: Dezember 2019, 3.3, S. 39 ff., Fn. 483.

## D. Wettbewerb im Krankenhaussektor

Prozent bis 25 Prozent der möglichen Gesamtauslastung für zusätzliche Behandlungen zur Verfügung, bis die über die Planbetten festgelegte Kapazitätsgrenze erreicht ist. Zudem wird an eine jahresdurchschnittliche Belegung angeknüpft, so dass praktisch kaum zu ermitteln ist, welcher Patient außerhalb des vorhandenen Planbettenkontingents behandelt wird.<sup>488</sup> Bereits dieser Spielraum ermöglicht eine Schwerpunktbildung innerhalb der zugewiesenen Fachabteilungsstruktur.

332. Hinzu kommt, dass der Versorgungsauftrag bei Notfällen keine Rolle spielt: Jedes Krankenhaus ist entsprechend der Regelung in § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V zur Notfallbehandlung verpflichtet. Ein Notfall in diesem Sinne liegt dann vor, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen so dringlich ist, dass es bereits an der Zeit für die Auswahl eines geeigneten Therapeuten und dessen Behandlung fehlt.<sup>489</sup> Die Krankenkassen dürfen die Bezahlung der entsprechenden akutstationären Krankenhausbehandlungen nach § 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG nicht unter Hinweis auf den Versorgungsauftrag ablehnen. Daher müssen derartige Notfälle bei der Bettenauslastung unberücksichtigt bleiben.
333. Ferner gibt es für die Krankenkassen Schwierigkeiten, die Einhaltung der Bettenvorgaben durch die Krankenhäuser anhand der DRG-Abrechnungsdaten zu überprüfen und durchzusetzen. Die einzelne Krankenkasse kann nur eine Prüfung für die jeweils bei ihr abgerechneten Fälle durchführen, ohne auf Abrechnungsdaten anderer Krankenkassen zugreifen zu können. Hinzu kommt, dass die Krankenhäuser nicht allein die Fälle der Patienten, die mit dem Rettungsdienst antransportiert werden, als Notfälle in den Krankenhausdaten verschlüsseln, sondern auch Fälle von Patienten, die sich selbst mit Erkrankungen in die Notfallaufnahme begeben haben (sog. Selbsteinweiser) oder im Krankenhaus keinen ärztlichen Einweisungsschein vorlegen können.<sup>490</sup>
334. Schließlich steht es den Krankenhäusern offen, im Rahmen der Krankenhausplanung für bestimmte Fachrichtungen zusätzliche Planbetten zu beantragen und hierfür einen zusätzlichen Bedarf aufzuzeigen. Sie haben dann zwar im Regelfall keinen Anspruch darauf, dass ihnen die entsprechende Bettenzahl zugewiesen wird, aber einen Anspruch auf ermessensfehlerfreie Entscheidung über ihren Antrag. Zudem können sie auch in Abstimmung mit der Krankenhausplanungsbehörde die Bettenzahl in bestimmten Fachrichtungen reduzieren.

---

<sup>488</sup> *Vollmöller* in: Dettling/Gerlach, Krankenhausrecht, 2. Aufl., § 8 KHEntgG, Rn. 8 mwN.

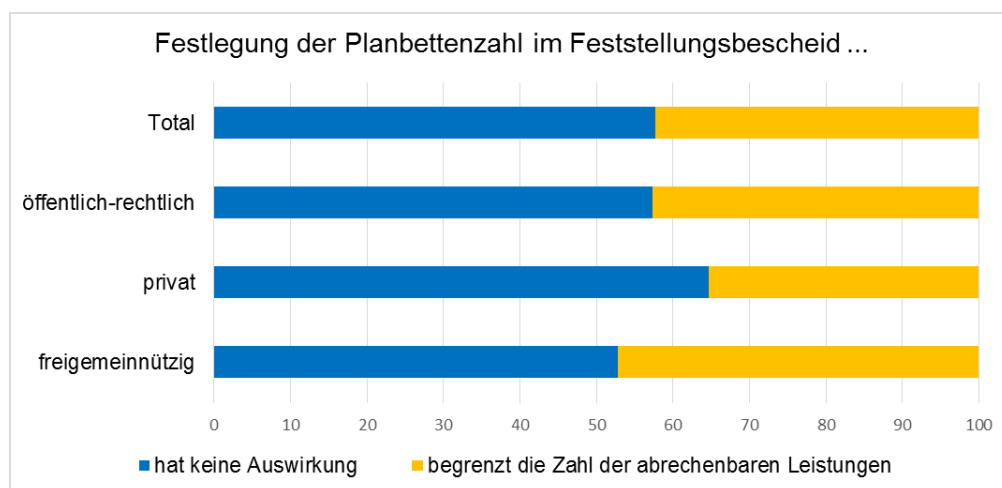
<sup>489</sup> BSG, Urt. v. 23.06.2015, B 1 KR 20/14 R, juris-Rn. 13 mwN.

<sup>490</sup> Hierzu siehe unten Rn. 674. sowie BKartA, Beschl. v. 30.07.2020; B 3-33/20 – *Zentralklinikum Flensburg*, Rn. 323.

## D. Wettbewerb im Krankenhaussektor

335. Die Krankenhäuser wurden im Rahmen der Sektoruntersuchung danach gefragt, welche Bedeutung sie der Festlegung der Planbettenzahl im Feststellungsbescheid für die Abrechnung der im Krankenhaus erbrachten DRG-Leistungen mit den Krankenkassen beimessen.<sup>491</sup>

**Abbildung 22: Antworten auf Frage II.6 b) des Krankenhaus-Fragebogens (N=405)**



336. Mehr als die Hälfte der erfassten Krankenhäuser meinte, dass die Festlegung der Planbettenzahl im Feststellungsbescheid keine Auswirkung auf die Abrechnung der DRG-Leistungen mit den Krankenkassen hat. Dabei sahen rd. zwei Drittel der erfassten Krankenhäuser in privater Trägerschaft keine Auswirkungen.

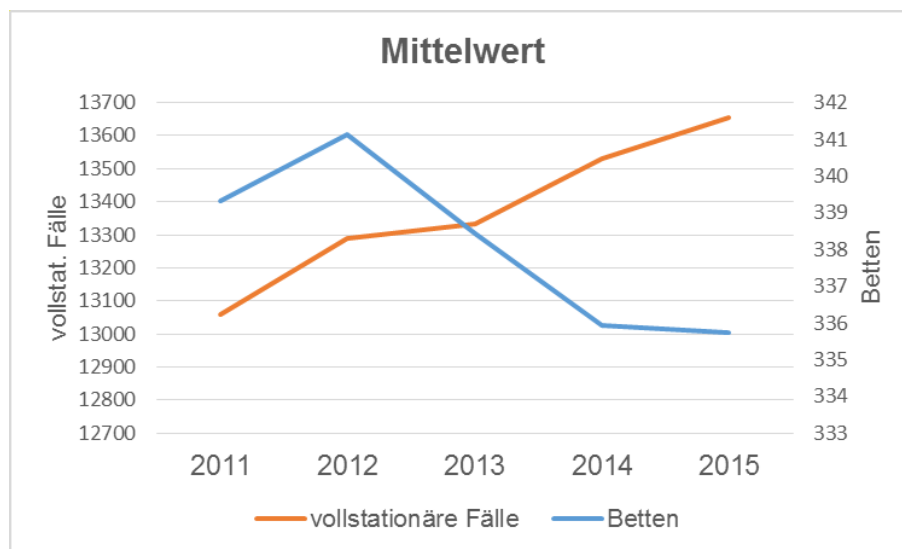
### (3) Tatsächliche Nutzung der Verhaltensspielräume

337. Auch tatsächlich hat die Ausweisung der Planbettenzahl keine begrenzende Wirkung im Hinblick auf die Zahl der erbrachten stationären Behandlungen, wie aus der nachfolgenden Grafik erkennbar wird.
338. Von den Krankenhäusern wurden die Zahl der aufgestellten Betten, die Summe der Belegungstage und die Summe ihrer stationären Behandlungsfälle in den Jahren 2011 bis 2015 abgefragt.<sup>492</sup> Während die durchschnittliche Zahl der Betten je Krankenhaus seit 2012 deutlich zurückgegangen ist, ist die durchschnittliche Zahl der vollstationären Fälle je Krankenhaus seit 2011 kontinuierlich gestiegen. In dieser Zeit ging die durchschnittliche Verweildauer der Patienten im Krankenhaus von rd. 7,26 Tage/Fall auf rd. 6,86 Tage/Fall zurück.

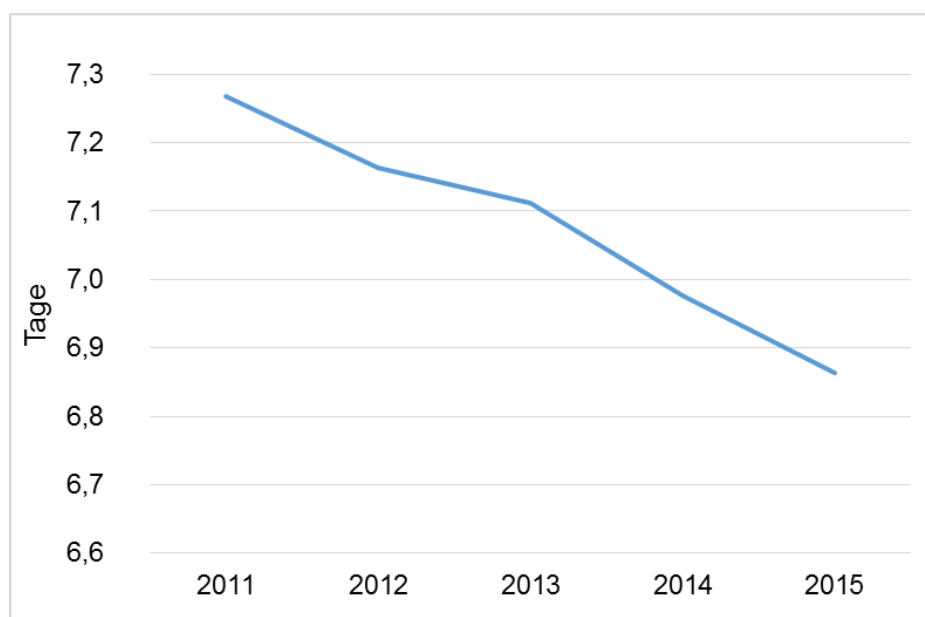
<sup>491</sup> Krankenhaus-Fragebogen, Frage II.6 b).

<sup>492</sup> Krankenhaus-Fragebogen, Frage II.3.

**Abbildung 23: Entwicklung der durchschnittlichen Fall- und Bettenzahlen je Krankenhaus 2011 bis 2015 (N=405)**



**Abbildung 24: Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer in Tagen je Krankenhaus 2011 bis 2015 (N=405)**



339. Zudem hat die Zuweisung von Planbetten in den Feststellungsbescheiden nicht dazu geführt, dass die Krankenhäuser von der Bildung von Schwerpunkten abgehalten worden wären. Zwischen 01. Januar 2012 und 31. Dezember 2015 haben rd. 35 Prozent der befragten Krankenhäuser ein neues Spezialisierungsangebot eingeführt und etwa 5 Prozent ein bereits eingeführtes Spezialisierungsangebot wieder beendet.<sup>493</sup>

<sup>493</sup> Siehe oben Rn. 310.



## D. Wettbewerb im Krankenhaussektor

340. Die Planbettenzahl ist nach § 8 Abs. 1 KHG relevant für die öffentliche Förderung der Krankenhäuser durch die Bundesländer. Das Fördervolumen ist jedoch beständig zurückgegangen. Während es 1991 noch 8,9 Prozent der Gesamtkosten der Krankenhäuser abdeckte, sank es bis 2015 auf 3,2 Prozent ab. Auch die Einführung der Investitionspauschalen, die die Bundesländer seit 2012 leistungsorientiert auszahlen können, hat daran nichts geändert.<sup>494</sup> Zwar gab es von 2015 bis 2018 nominal einen leichten Anstieg der Fördermittel der Bundesländer<sup>495</sup>, diese erreichten 2019 jedoch nach dem Verbraucherpreisindex zur Beurteilung der Geldwertentwicklung nur 52,5 Prozent der Fördermittel des Jahres 1991.<sup>496</sup> Mit dem Rückgang der öffentlichen Förderung hat auch die Bedeutung der Planbettenzahl für die Krankenhäuser abgenommen. Für die Abrechnung der erbrachten stationären Leistungen ist allein erforderlich, dass die Leistung vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses und von dessen Budget gedeckt ist.

### (4) Ergebnis

341. Die Ausweisung von Planbetten im Krankenhausplan und deren Zuweisung an die Krankenhäuser mit dem Feststellungsbescheid belässt den Krankenhäusern einen hinreichend großen Spielraum, eigenständig Leistungsschwerpunkte zu entwickeln und Patienten anzuwerben.

### cc) Bedeutung der Versorgungsstufen

342. Von den 16 Bundesländern weisen 7 in den Krankenhausplänen Versorgungsstufen zu. Dies sind Bayern, Brandenburg, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen. Von den im Rahmen der Sektoruntersuchung befragten Krankenhäusern liegen 59 Prozent in insgesamt 6 Bundesländern mit Versorgungsstufen, die in der folgenden Abbildung blau markiert sind. Bundesländer ohne Versorgungsstufen sind orange gefärbt.

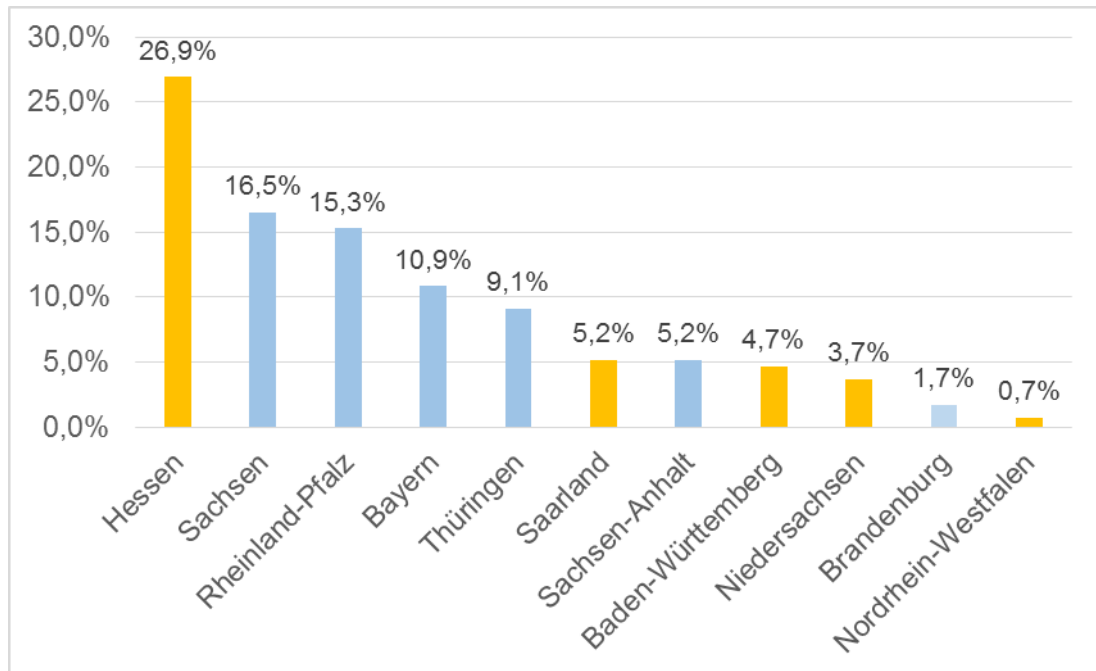
---

<sup>494</sup> Über- und Fehlversorgung in deutschen Krankenhäusern: Gründe und Reformoptionen, Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen, 2018, 3.4, S. 26 f., Fn. 485.

<sup>495</sup> Deutsche Krankenhausgesellschaft, Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern – Stand: Dezember 2019, Anhang, Tabelle 5.1, S. 110, [https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2\\_Themen/2.2\\_Finanzierung\\_und\\_Leistungskataloge/2.2.3\\_Investitionsfinanzierung/2.2.3.1\\_Investitionsfoerderung\\_der\\_Krankenhaeuser/2019\\_DKG\\_Bestandsaufnahme\\_KH-Planung\\_Investitionsfinanzierung.pdf](https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.2_Finanzierung_und_Leistungskataloge/2.2.3_Investitionsfinanzierung/2.2.3.1_Investitionsfoerderung_der_Krankenhaeuser/2019_DKG_Bestandsaufnahme_KH-Planung_Investitionsfinanzierung.pdf).

<sup>496</sup> Deutsche Krankenhausgesellschaft, Fn. 495, Abbildung 4.3, S. 79.

**Abbildung 25: Verteilung der Antworten nach Bundesländern mit und ohne Versorgungsstufen**



343. Obwohl nur 59 Prozent der befragten Krankenhäuser in Bundesländern mit Versorgungsstufen liegen, waren auch alle übrigen befragten Krankenhäuser in der Lage, ihre Versorgungsstufe anzugeben.
344. Die Versorgungsstufen werden in den einzelnen Bundesländern anhand verschiedener Kriterien festgelegt, die in der folgenden Übersicht<sup>497</sup> aufgeführt sind.

<sup>497</sup> Quellen für **Bayern**: Krankenhausplan des Freistaates Bayern, Stand: 01.01.2020 (45. Fortschreibung), Teil I, 5.2, S. 5 f., <https://www.bkg-online.de/media/file/54771.05-2020-071-dl.pdf>; **Brandenburg**: Fortschreibung des Dritten Krankenhausplanes des Landes Brandenburg vom 18.06.2013, geändert durch Beschluss der Landesregierung vom 16.02.2016, A.10.3 Versorgungsstufen, <https://bravors.brandenburg.de/verwaltungsvorschriften/krankenhausplan2013#10.3>; **Rheinland-Pfalz**: Krankenhausplan des Landes Rheinland-Pfalz 2019-2025, 2.3.1 Versorgungsstufen, S. 23 f., [https://kcgeriatrie.de/Info-Service\\_Geriatrie/Documents/khp\\_rlp\\_2019.pdf](https://kcgeriatrie.de/Info-Service_Geriatrie/Documents/khp_rlp_2019.pdf); **Sachsen**: § 4 Abs. 2 SächsKHG; **Sachsen-Anhalt**: Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt gemäß § 3 (2) KHG LSA, Stand: 01.03.2013, [https://ms.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik\\_und\\_Verwaltung/MS/MS/2\\_Krankenhaeuser/Rahmenvorgaben\\_Stand\\_01\\_03\\_13.pdf](https://ms.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/MS/MS/2_Krankenhaeuser/Rahmenvorgaben_Stand_01_03_13.pdf); für **Thüringen**: 7. Thüringer Krankenhausplan 3.2.5 Versorgungsauftrag, Seite 10 ff., [https://www.thueringen.de/mam/th7/tmsfg/gesundheit/krankenhauswesen/krankenhausplan\\_thueringen.pdf](https://www.thueringen.de/mam/th7/tmsfg/gesundheit/krankenhauswesen/krankenhausplan_thueringen.pdf); **Schleswig-Holstein**: Krankenhausplan 2017 des Landes Schleswig-Holstein, Allgemeiner Teil A.6.2 Versorgungsstufen, S. 25 f., [https://www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/K/krankenhaeuser/Downloads/Krankenhausplan\\_2017\\_Teil\\_A.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=1](https://www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/K/krankenhaeuser/Downloads/Krankenhausplan_2017_Teil_A.pdf?__blob=publicationFile&v=1).

**Tabelle 9: Versorgungsstufen und Kriterien nach Bundesländern**

Bundesland	Versorgungsstufen	Kriterien
Bayern	1. Versorgungsstufe 2. Versorgungsstufe 3. Versorgungsstufe Fachkrankenhäuser	Versorgungsaufgaben der Krankenhäuser Klinikstandorte (Ober- bzw. Mittelzentren)
Brandenburg	Grundversorgung Regelversorgung und qualifizierte Regelversorgung Schwerpunktversorgung Fachkrankenhäuser	Zahl und Spezialisierungen der Fachabteilungen
Rheinland-Pfalz	Grundversorgung (bis 250 Betten) Regelversorgung (251 - 500 Betten) Schwerpunktversorgung (501 - 800 Betten) Maximalversorgung (über 800 Betten) Fachkrankenhäuser	Anzahl der Betten Art und Zahl der Fachabteilungen
Sachsen	Regelversorgung Schwerpunktversorgung Maximalversorgung Fachkrankenhäuser	Art und Anzahl der Fachrichtungen (Fachgebiete nach WBO)
Sachsen-Anhalt	Basisversorgung Schwerpunktversorgung Spezialversorgung Universitäre Versorgung	Art und Zahl der Fachabteilungen Vorhaltung von Facharzt- bzw. Schwerpunktcompetenzen
Thüringen	Regionale Versorgung Regional intermediäre Versorgung Überregionale Versorgung Fachkrankenhäuser	Anzahl der Betten Art und Zahl der Fachabteilungen
Schleswig-Holstein	begrenzte Regelversorgung Regelversorgung Schwerpunktversorgung Maximalversorgung und Hochschulmedizin	Art und Zahl der Fachabteilungen und abgedeckten Behandlungsgebiete

345. Im Freistaat Bayern sind die Kriterien Standort und Aufgabe maßgeblich für die Zuweisung zu einer Versorgungsstufe. Demgegenüber stellen die übrigen Bundesländer bei den Versorgungsstufen auf die Kriterien Betten und Fachgebiete bzw. Behandlungsmöglichkeiten ab, so dass der Versorgungsstufe insoweit nur eine rein beschreibende, aber keine zusätzlich begrenzende Wirkung für den Leistungsumfang eines Krankenhauses zukommt.

**dd) Bedeutung der Zuweisung von Zentren und Schwerpunkten**

346. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz wurde in § 2 Abs. 2 Satz 4 KHEntgG 2016 bestimmt, dass die zuständigen Landesbehörden auch Zentren und Schwerpunkte nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG im Krankenhausplan bzw. auf andere geeignete Weise gegenüber den Krankenhäusern festlegen und insoweit einen speziellen Versorgungsauftrag erteilen. Bei den Zentren und Schwerpunkten handelt es sich um Einrichtungen eines Krankenhauses, die sich in ihrer Leistungsstruktur von anderen Plankrankenhäusern ohne Zentrumsfunktion abheben und patientenübergreifende Leistungen und spezielle Behandlungen erbringen, die nur von Zentren und Schwerpunkten

## D.Wettbewerb im Krankenhaussektor

erbracht werden. Ihre besonderen Aufgaben liegen jenseits des Spektrums einer zugewiesenen Fachrichtung oder eines Fachgebiets.<sup>498</sup> Als Beispiele nennt § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG die Aufgaben von Tumorzentren oder geriatrischen Zentren.

347. Die zunächst von den Vertragspartnern auf Bundesebene zur Konkretisierung abgeschlossene Zentrumsvereinbarung<sup>499</sup> erwies sich letztlich als nicht umsetzbar.<sup>500</sup> Hierauf hat der G-BA auf der Grundlage von § 136c Abs. 5 SGB V bundeseinheitliche Kriterien festgelegt: Zentren und Schwerpunkte müssen danach eine besondere Aufgabe und bestimmte Qualitätsanforderungen erfüllen und nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG Teil des Versorgungsauftrags sein.<sup>501</sup>
348. Zu den Kriterien des § 136c Abs. 5 Satz 2 SGB V für die besonderen Aufgaben hat der G-BA Grundsätze bestimmt<sup>502</sup>, sie von den sonstigen Aufgaben abgegrenzt<sup>503</sup> und für insgesamt 10 verschiedene Arten von Zentren die besonderen Aufgaben konkretisiert.<sup>504</sup> Ebenso hat der G-BA die grundsätzlichen Qualitätsanforderungen festgelegt, die zur Wahrnehmung einer besonderen Aufgabe erfüllt sein müssen<sup>505</sup> und diese Anforderungen im Hinblick auf personelle, fachliche und organisatorische Voraussetzungen für verschiedene Arten von Zentren ausgestaltet.<sup>506</sup>
349. Zentren und besondere Aufgaben sind derzeit festgelegt für folgende Gebiete:
- Seltene Erkrankungen,
  - Onkologische Zentren,

---

<sup>498</sup> BVerwG, Urt. v. 08.09.2016, 3 C 13.15, Rn. 14 mwN.

<sup>499</sup> Vereinbarung gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 2 KHEntgG zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG (Zentrumsvereinbarung) zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem PKV-Verband gemeinsam und der Deutschen Krankenhausgesellschaft, im Schiedsverfahren durch die Bundesschiedsstelle nach § 18a KHG am 08.12.2016 festgesetzt, [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/krankenhaeuser/abrechnung/zu\\_abschlaege/2016\\_08\\_12\\_Zentrumsvereinbarung.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/abrechnung/zu_abschlaege/2016_08_12_Zentrumsvereinbarung.pdf); zur Kündigung siehe: „Krankenkassen kündigen Vertrag zur Zentrenförderung“, [aerzteblatt.de](https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/79444/Krankenkassen-kuendigen-Vertrag-zur-Zentrenfoerderung) vom 21.09.2017, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/79444/Krankenkassen-kuendigen-Vertrag-zur-Zentrenfoerderung>.

<sup>500</sup> G-BA beschließt bundeseinheitliche Qualitätsanforderungen für die Übernahme von besonderen Aufgaben durch Krankenhäuser der Spitzenmedizin, Pressemitteilung des G-BA vom 05.12.2019, <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen/828/>.

<sup>501</sup> § 2 Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) vom 05.12.2019, [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4072/2019-12-05\\_Zentrums-Regelungen\\_Erstfassung\\_BAnz.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4072/2019-12-05_Zentrums-Regelungen_Erstfassung_BAnz.pdf).

<sup>502</sup> § 3 Zentrums-Regelungen, Fn. 501.

<sup>503</sup> § 4 Zentrums-Regelungen, Fn. 501.

<sup>504</sup> § 2 der Anlagen 1 bis 10 zu den Zentrums-Regelungen, Fn. 501.

<sup>505</sup> § 5 Zentrums-Regelungen, Fn. 501.

<sup>506</sup> § 1 der Anlagen 1 bis 10 zu den Zentrums-Regelungen, Fn. 501.

## D.Wettbewerb im Krankenhaussektor

- Traumazentren,
  - Rheumatologische Zentren und Zentren für Kinder- und Jugendrheumatologie,
  - Herzzentren,
  - Schlaganfallzentren/neurovaskuläre Zentren,
  - Lungenzentren,
  - Nephrologische Zentren,
  - Kinderonkologische Zentren,
  - Sonstige ausgewiesene Zentren.
350. Die Regelungen über die Zuweisung von Zentren und Schwerpunkten schließen kein Krankenhaus ganz oder teilweise davon aus, bestimmte Behandlungsleistungen im Wettbewerb zu erbringen. Vielmehr führen sie allein dazu, dass für die als Zentren ausgewiesenen Krankenhäuser neben den Fallpauschalen Zentrumszuschläge gezahlt werden. Diese sollen nach § 5 Abs. 3 KHEntgG die über die Standardversorgung hinausgehenden Kosten abdecken, die nicht von den Fallpauschalen erfasst sind.<sup>507</sup> Hierzu zählen z.B. interdisziplinäre Fallkonferenzen für stationäre Patienten anderer Krankenhäuser oder regelmäßige zentrumsbezogene Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen für Mitarbeitende anderer Krankenhäuser oder die Umsetzung qualitätsverbessernder Maßnahmen, mit denen die Ergebnisse des Zentrums und seines Netzwerks dargestellt und bewertet werden.<sup>508</sup>
351. Die Krankenhäuser können selbst entscheiden, ob sie die regulatorischen Anforderungen des G-BA an ein bestimmtes Zentrum erfüllen wollen, um einen Zuschlag zu erhalten oder nicht. Die von ihnen durchgeführte Patientenversorgung bleibt davon unberührt. Zudem bleibt es ihnen unbenommen, das Krankenhaus als Zentrum zertifizieren zu lassen, ohne dass hierfür Zuschläge gezahlt werden.
352. Zertifizierungen spezieller Behandlungen spielen aus Sicht der Krankenhäuser für den Wettbewerb um Patienten jedoch nur eine sehr untergeordnete Rolle. Die Krankenhäuser hatten für verschiedene Kriterien aus Patientensicht einzuschätzen, welche Bedeu-

---

<sup>507</sup> *Vollmöller* in: Dettling/Gerlach, Krankenhausrecht, 2. Aufl., § 5 KHEntgG, Rn. 19.

<sup>508</sup> § 2 Anlage 2 zu den Zentrums-Regelungen, Fn. 501.

## D.Wettbewerb im Krankenhaussektor

tung sie für die Auswahl eines Krankenhauses zur stationären medizinischen Behandlung haben.<sup>509</sup> Dabei stellte sich heraus, dass die Zertifizierung spezieller Behandlungen im Rahmen der Befragung unter den 12 vorgegebenen Kriterien auf den letzten Platz gelangte und 70 Prozent der Krankenhäuser meinte, dieses Kriterium sei wenig bedeutend oder unbedeutend für die Krankenhauswahl des Patienten.<sup>510</sup>

### ee) Gesamtbetrachtung

353. Die Krankenhäuser sind in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich weitgehenden Regeln der Krankenhausplanung unterworfen, die insgesamt ihren Versorgungsauftrag und damit ihren Handlungsspielraum bestimmen. Auch zusammen betrachtet lassen die Regelungen zur Zuweisung von Betten in bestimmten Fachabteilungen einer bestimmten Versorgungsstufe den Krankenhausträgern genügend Spielräume, ihr Leistungsangebot wirtschaftlich zu optimieren.
354. Die Krankenhäuser waren trotz der Regelungen der Krankenhausplanung dazu in der Lage, verschiedene Maßnahmen im Wettbewerb zu ergreifen und hierdurch bei benachbarten Krankenhäusern Fallzahlveränderungen herbeizuführen. Hierauf hat die große Mehrheit der Krankenhäuser reagiert, wobei die Gegenmaßnahmen nur von 12 Prozent nicht als erfolgreich eingeschätzt wurden.
355. Die Krankenhäuser hatten im Fragebogen 5 Veränderungen in anderen Krankenhäusern anzugeben, die aus ihrer Sicht die Fallzahlentwicklung ihres Hauses am stärksten negativ bzw. positiv beeinflusst haben. Hierzu war die von der jeweiligen Veränderung am stärksten betroffene Fachabteilung sowie das Jahr der Maßnahme anzugeben und anhand voreingestellter Antwortoptionen einzuschätzen, in welchem Umfang sie zu Fallzahlveränderungen im eigenen Haus geführt haben. Außerdem war anzugeben, ob das Krankenhaus darauf reagiert hat, welche Reaktion dies ggf. gewesen ist und ob sie als erfolgreich eingeschätzt wurde.<sup>511</sup>
356. 40 Prozent (163 von 405) der antwortenden Krankenhäuser haben Maßnahmen bei anderen Krankenhäusern beobachtet, die Fallzahlverluste beim befragten Krankenhaus zur Folge hatten. Dabei handelte es sich zum größten Teil um Erweiterungen des Leistungsangebots des Krankenhauses, wie die Eröffnung neuer Abteilungen, die Einrichtung neuer Zentren oder der Ausbau des medizinischen Leistungsangebotes. Hierauf entfallen 58 Prozent der Beobachtungen, gefolgt von Personalveränderungen mit

---

<sup>509</sup> Frage IV.1 des Krankenhausfragebogens.

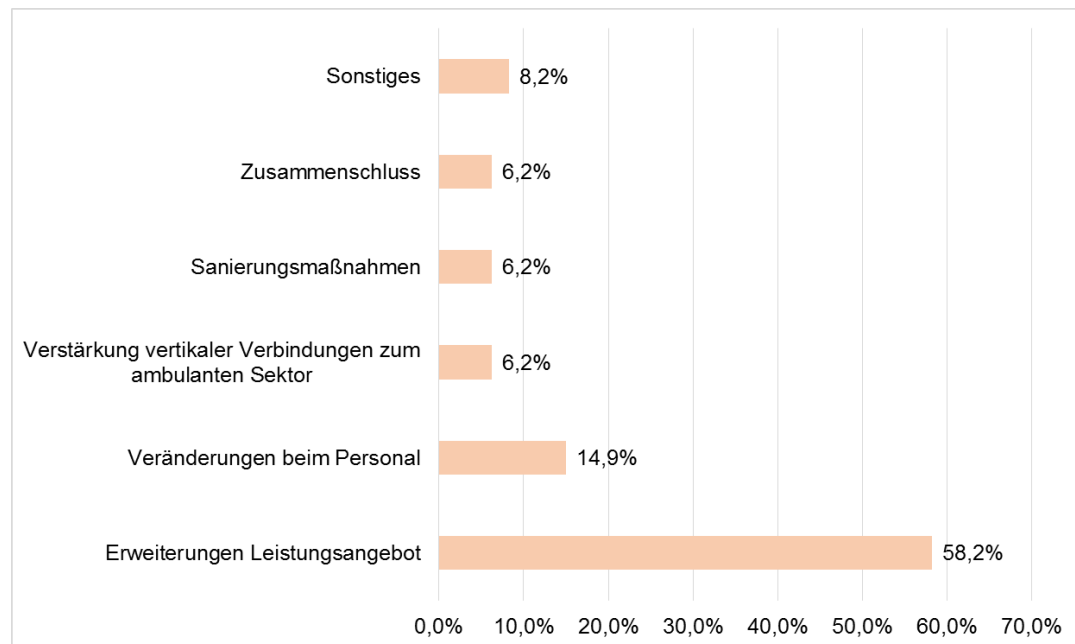
<sup>510</sup> Zu den übrigen Kriterien siehe unten Rn. 511, Abbildung 76.

<sup>511</sup> Fragen IX.1 und IX.2 des Krankenhausfragebogens.

## D. Wettbewerb im Krankenhaussektor

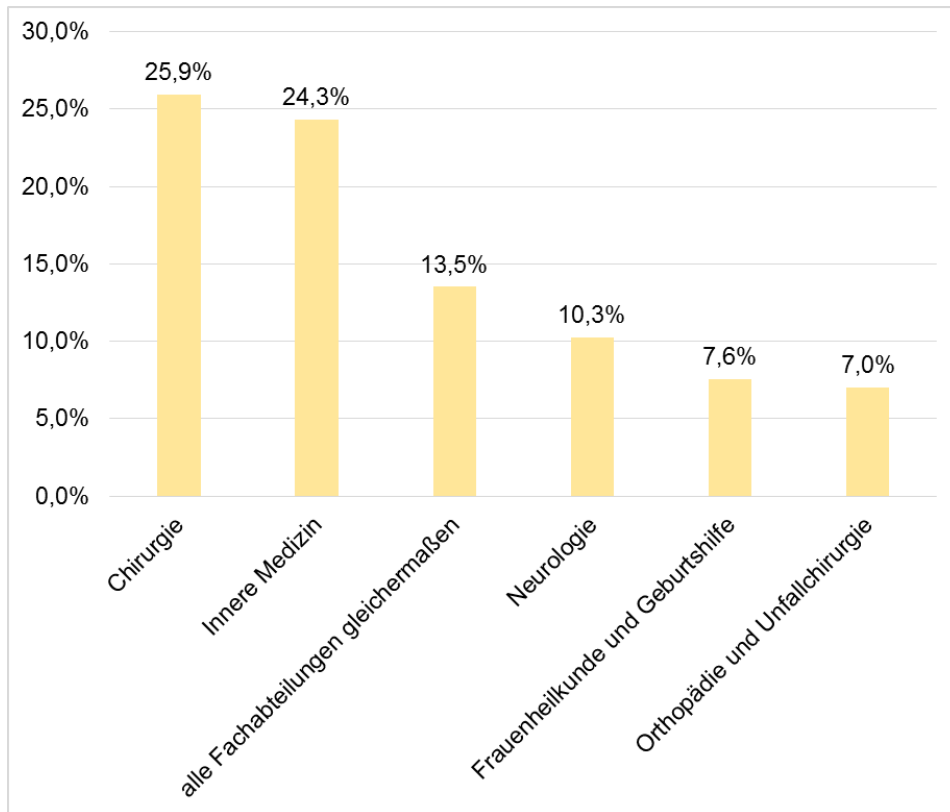
rd. 15 Prozent, Maßnahmen zur Verstärkung der vertikalen Verbindungen zum ambulanten Sektor mit rd. 6 Prozent, wie z.B. durch die Übernahme von Kassenarztsitzen oder den Aufbau einer neuen Kooperation, sowie Sanierungsmaßnahmen und Zusammenschlüsse.

**Abbildung 26: Anteil an den beobachteten Maßnahmen bei Wettbewerbern, die zu Fallzahlverlusten bei den befragten Krankenhäusern führten (N=388)**



357. Die Maßnahmen betrafen bei den befragten Krankenhäusern überwiegend die Fachabteilungen für Chirurgie und für Innere Medizin. Die voreingestellte Antwortoption „alle Fachabteilungen gleichermaßen“ wurde am dritthäufigsten angegeben. Es folgten die Neurologie, die Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie die Orthopädie und Unfallchirurgie. Auf die anderen Fachabteilungen entfielen jeweils Anteile von weniger als 5 Prozent der Beobachtungen.

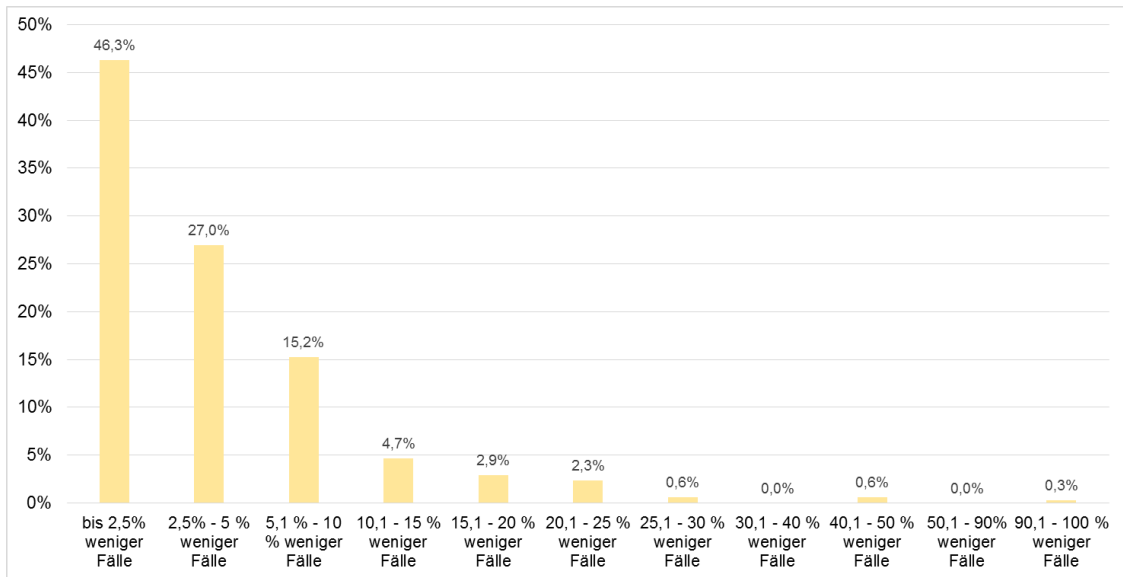
**Abbildung 27: Anteil an den Beobachtungen bei Wettbewerbern mit Fallzahlverlusten bei den befragten Krankenhäusern nach betroffenen Fachabteilungen der befragten Krankenhäuser (N=370)**



358. Die Wahrnehmungen der Krankenhäuser bezogen sich dabei überwiegend auf Maßnahmen der konkurrierenden Krankenhäuser in den Jahren 2013 bis Mitte 2016.
359. Die von den konkurrierenden Krankenhäusern durchgeführten Maßnahmen haben bei rd. 46 Prozent der Krankenhäuser einen Fallzahlrückgang bis 2,5 Prozent bewirkt. Bei 26,5 Prozent der Häuser ging die Fallzahl zwischen 2,5 Prozent und 5 Prozent zurück und bei 15 Prozent um 5,1 Prozent bis 10 Prozent. 13 Prozent der Krankenhäuser gaben an, dass die Maßnahmen der konkurrierenden Krankenhäuser bei ihnen mehr als 10 Prozent Fallzahlrückgang ausgelöst haben. Insgesamt haben knapp 1/3 der Krankenhäuser, die Maßnahmen mit Fallzahlverlusten beobachtet haben, einen Fallzahlrückgang von über 5 Prozent angegeben.

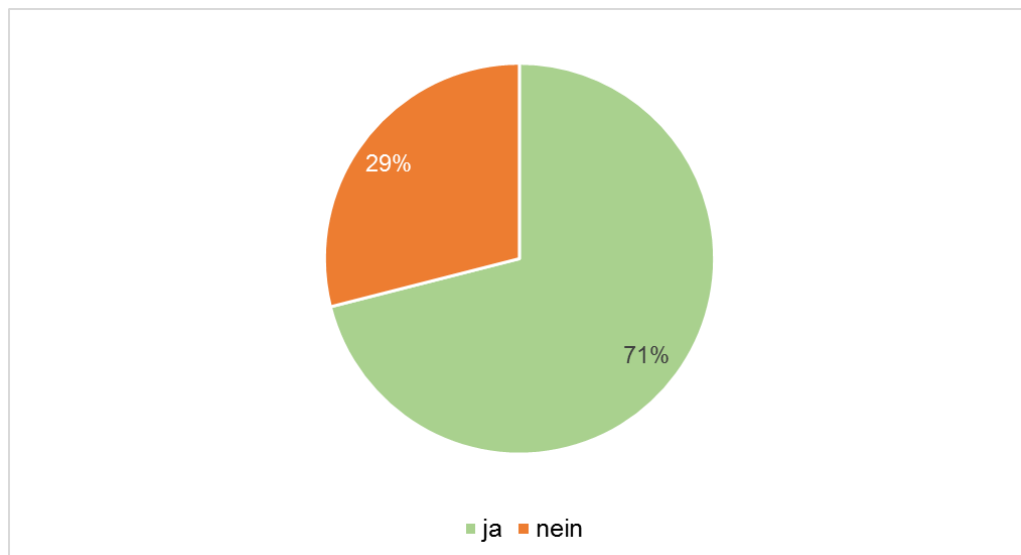


**Abbildung 28: Anteil der Krankenhäuser nach Stufen des Fallzahlrückgangs (N=347)**



360. Die weit überwiegende Mehrheit der Krankenhäuser, die diese Entwicklung beobachtet hat, reagierte hierauf mit eigenen Maßnahmen.

**Abbildung 29: Anteil der Krankenhäuser, die auf die Maßnahmen der konkurrierenden Krankenhäuser und die Fallzahlverluste reagierten (N=366)**

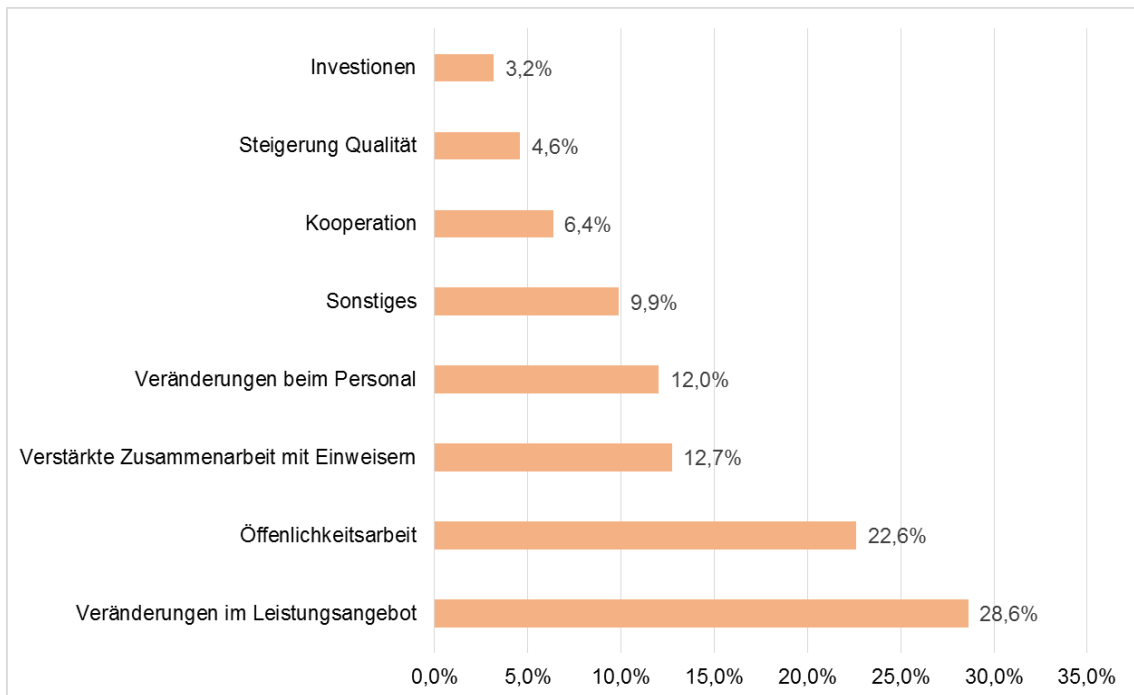


361. Bei den ergriffenen Reaktionen konnten mehrere Antworten gegeben werden. Insgesamt kamen 283 Rückmeldungen. Die meisten Häuser reagierten auf die Vorstöße konkurrierender Krankenhäuser und Fallzahlverluste mit Veränderungen im Leistungsangebot und mit Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit, die sowohl an die Patienten als

## D.Wettbewerb im Krankenhaussektor

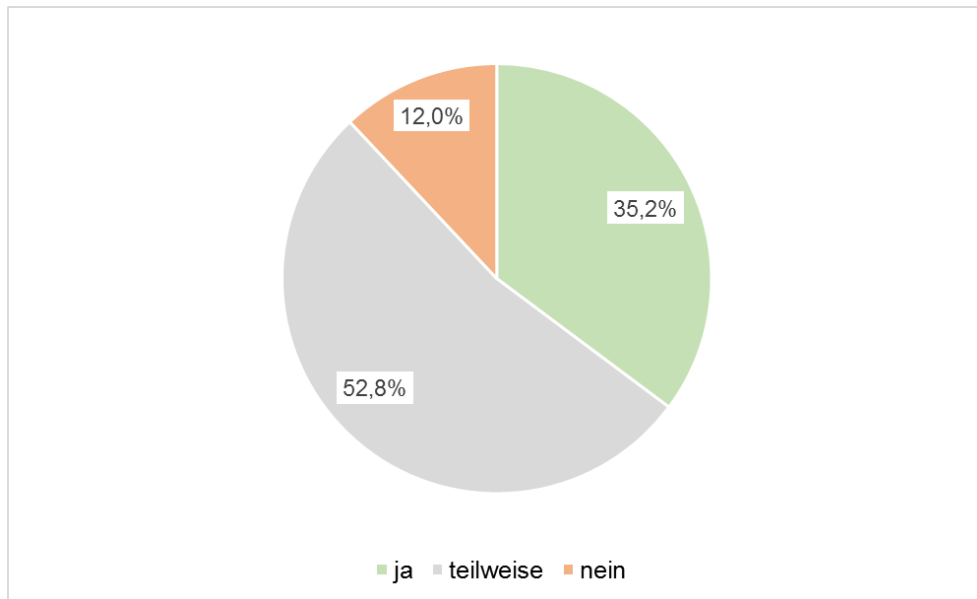
auch an die Einweiser gerichtet waren. Als sonstige Maßnahmen sind insbes. Reaktionen gegenüber der Landesplanungsbehörde sowie nicht näher konkretisierte Kompensationen für die Fallzahlverluste zusammengefasst worden.

**Abbildung 30: Anteil der Reaktionen der Krankenhäuser auf Vorstöße konkurrierender Krankenhäuser und Fallzahlverluste (N=283)**



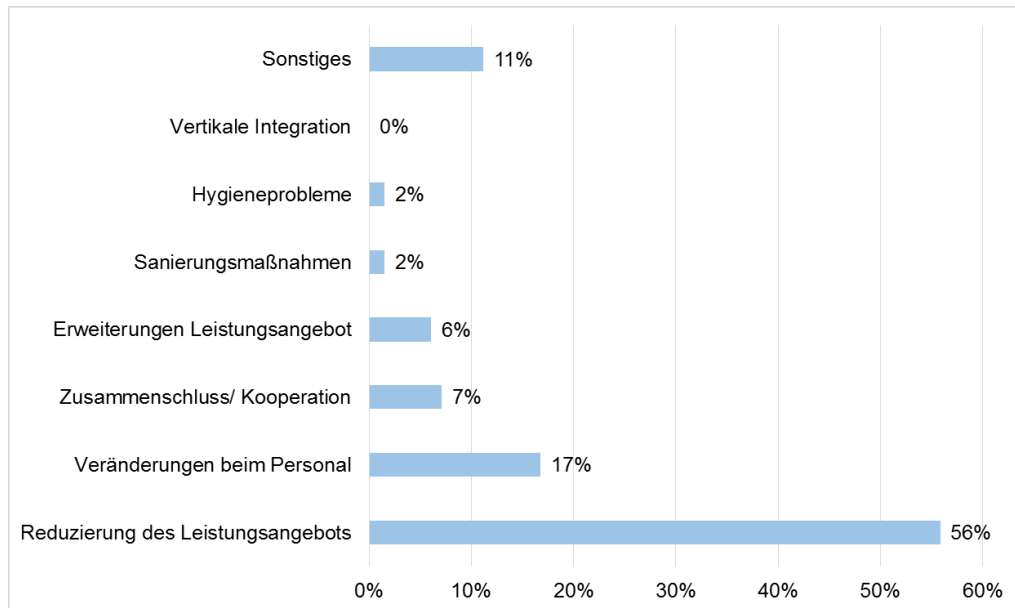
362. Die Frage, ob die als Reaktion getroffenen Maßnahmen erfolgreich waren, verneinte nur eine Minderheit von 12 Prozent der Krankenhäuser. Die Mehrheit gab an, die Maßnahmen seien teilweise erfolgreich gewesen. Aus Sicht von rd. 35 Prozent der Häuser war ihre Maßnahme erfolgreich.

**Abbildung 31: Verteilung der Einschätzungen, wie erfolgreich die Reaktionen der Krankenhäuser gewesen sind (N=250)**



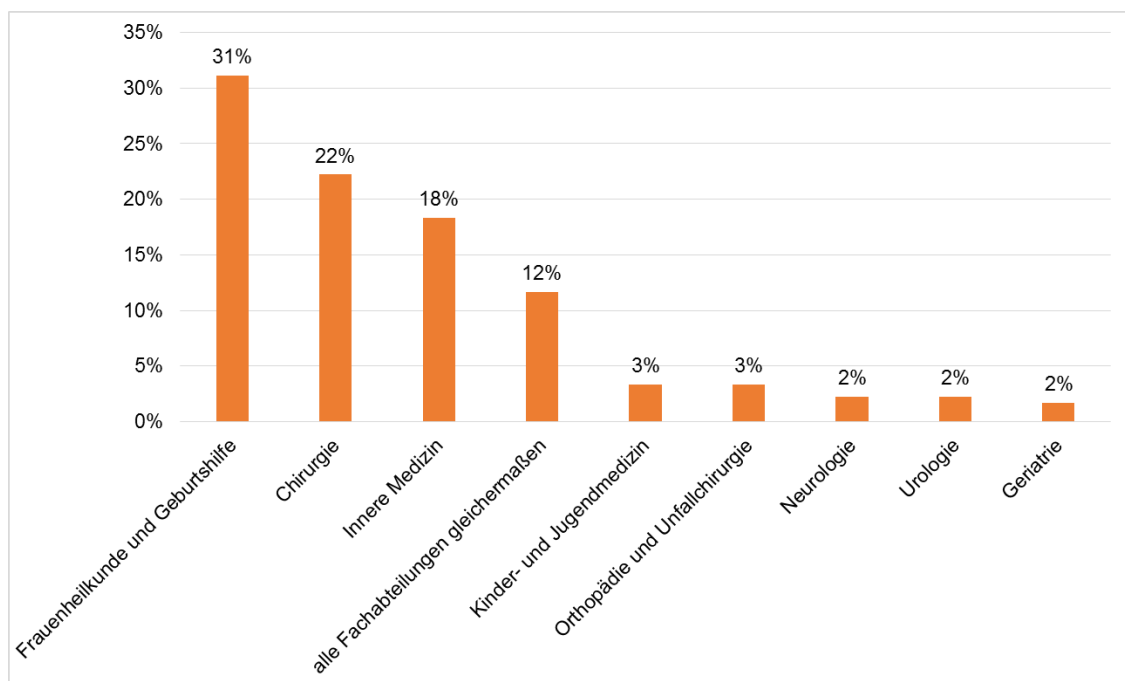
363. 184 der 405 Krankenhäuser, d.h. 45 Prozent, beobachteten Veränderungen bei einem anderen Krankenhaus, die zu **Fallzahlgewinnen** des befragten Krankenhauses führten. Bei den beobachteten Maßnahmen handelte es sich zum größten Teil um eine Reduzierung des Leistungsangebots im anderen Krankenhaus, wie die Schließung von Fachabteilungen bzw. des ganzen Hauses, der Verlust von Zentren oder der Rückzug aus bestimmten medizinischen Leistungsbereichen. Auf das reduzierte Angebot entfallen 56 Prozent der Beobachtungen, gefolgt von Personalveränderungen mit rd. 17 Prozent und Fusionen bzw. Kooperationen mit 7 Prozent der Nennungen.

**Abbildung 32: Anteil der bei anderen Krankenhäusern beobachteten Maßnahmen, die zu Fallzahlgewinnen bei den befragten Krankenhäusern führten (N=197)**



364. Die beobachteten Maßnahmen betrafen überwiegend die Fachabteilungen für Gynäkologie und Geburtshilfe, gefolgt von der Chirurgie und der Inneren Medizin der befragten Krankenhäuser sowie alle Fachabteilungen gleichermaßen. Auf die anderen Fachabteilungen entfielen jeweils Anteile von weniger als 5 Prozent der Beobachtungen.

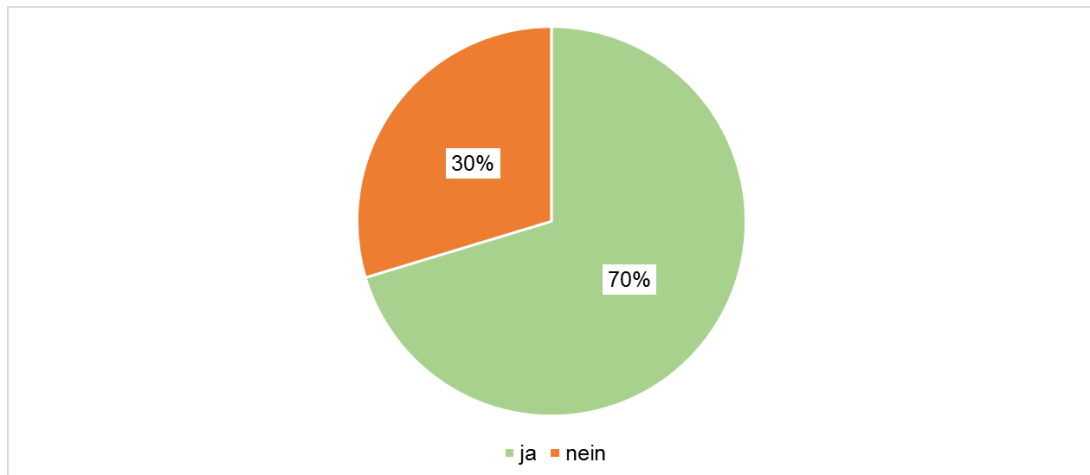
**Abbildung 33: Anteil der Beobachtungen mit Fallzahlgewinnen bei den befragten Krankenhäusern nach betroffenen Fachabteilungen der befragten Krankenhäuser (N=370)**



## D.Wettbewerb im Krankenhaussektor

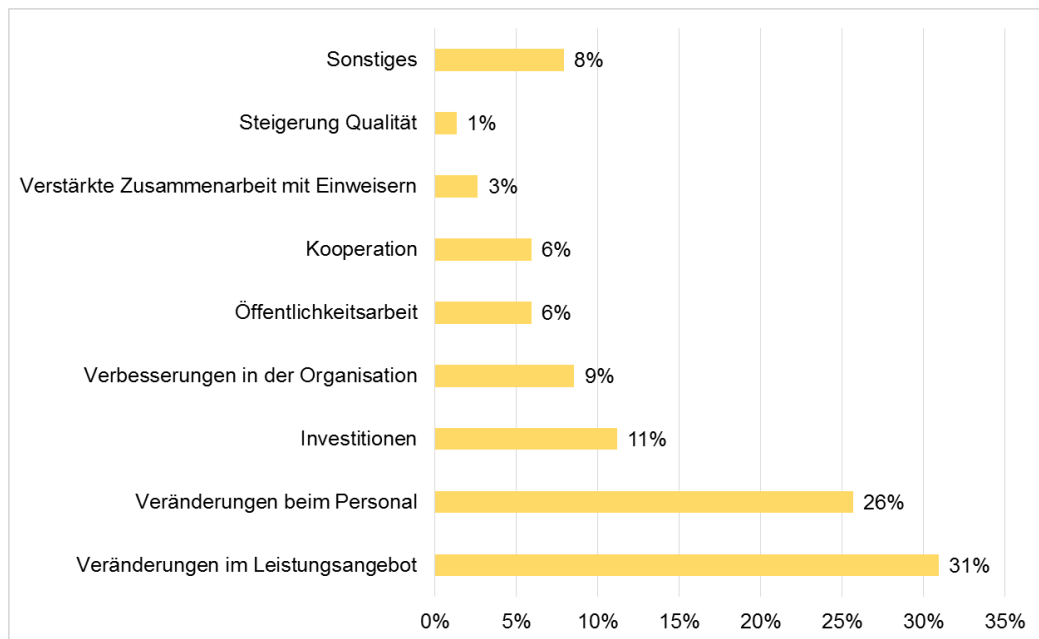
365. Die weit überwiegende Mehrheit der Krankenhäuser, die diese Entwicklung beobachtet hat, reagierte hierauf mit eigenen Maßnahmen.

**Abbildung 34: Anteil der Krankenhäuser, die auf die Maßnahmen der konkurrierenden Krankenhäuser, welche zu Fallzahlgewinnen bei den befragten Krankenhäusern führten, reagiert haben (N=182)**



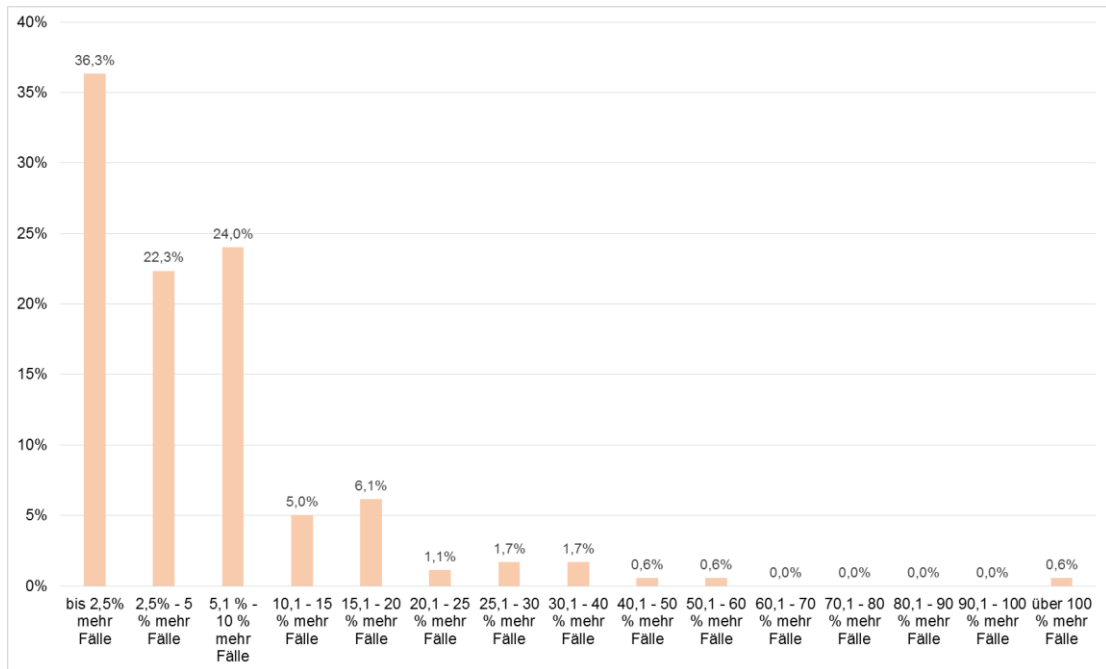
366. Bei den ergriffenen Reaktionen konnten mehrere Antworten gegeben werden. Insgesamt gab es 152 Rückmeldungen. Die meisten Häuser reagierten auf die Maßnahmen der konkurrierenden Krankenhäuser mit Veränderungen im eigenen Leistungsangebot und mit Veränderungen beim Personal, d.h. zusätzlichen Einstellungen, sowie mit Investitionsmaßnahmen, wie bauliche Anpassungen, der Einrichtung zusätzlicher Kreißsäle oder Investitionen in die Infrastruktur. Als sonstige Maßnahmen sind insbes. Anträge an die Landesplanungsbehörde auf Erhöhung der Planbettenzahl sowie nicht näher konkretisierte Angaben zusammengefasst worden.

**Abbildung 35: Anteil der Reaktionen der Krankenhäuser auf Maßnahmen konkurrierender Krankenhäuser, die zu Fallzahlzuwachs beim beobachtenden Krankenhaus führten (N=152)**



367. Die von den konkurrierenden Krankenhäusern durchgeführten Maßnahmen haben bei den befragten Krankenhäusern zu einem Fallzuwachs geführt. Dieser lag bei rd. 36 Prozent der Krankenhäuser bei einem Anstieg von bis zu 2,5 Prozent. Bei 22,3 Prozent der Häuser stieg die Fallzahl zwischen 2,5 Prozent und 5 Prozent an und bei 24 Prozent um 5,1 Prozent bis 10 Prozent. Rd. 17 Prozent der Krankenhäuser gaben an, dass die Maßnahmen der konkurrierenden Krankenhäuser bei ihnen einen Fallzuwachs von mehr als 10 Prozent ausgelöst haben. Insgesamt haben rd. 41 Prozent der Krankenhäuser, die Maßnahmen mit Fallzahlzuwachs beobachtet haben, einen Anstieg der Fallzahl von über 5 Prozent angegeben.

**Abbildung 36: Anteil der Krankenhäuser nach Stufen der Fallzahlzuwächse (N=347)**



368. Im Ergebnis finden wettbewerbliche Vorstöße der Krankenhäuser, die zu Fallzahlverlusten bei ihren Konkurrenten führen, trotz der Regelungen zur Krankenhausplanung weit überwiegend durch Veränderungen des Leistungsspektrums statt. Diese Vorstöße führen bei über der Hälfte der Krankenhäuser zu Fallzahlverlusten von über 2,5 Prozent, bei einem Drittel von mehr als 5 Prozent der Fälle. Hierauf reagieren über 70 Prozent der betroffenen Krankenhäuser und ergreifen Gegenmaßnahmen, die ebenfalls zum größten Teil Veränderungen des Leistungsspektrums betreffen. Daneben setzen die Häuser auf die Information und Öffentlichkeitsarbeit gegenüber den Einweisern und den Patienten, um den Patientenverlust wieder auszugleichen. Die Mehrzahl der Krankenhäuser meint, dass ihre Reaktion nur teilweise erfolgreich war. Der Anteil der Krankenhäuser, die ihre Reaktion als erfolgreich bewertet, ist jedoch dreimal so groß wie der Anteil derjenigen, die sie als nicht erfolgreich bewertete.
369. Auch bei den Maßnahmen anderer Krankenhäuser, die umgekehrt bei den befragten Krankenhäusern zu Fallzahlzuwächsen geführt haben, ist die Veränderung des Leistungsspektrums die bedeutendste Maßnahme. Auf die beobachteten Maßnahmen haben 70 Prozent der Krankenhäuser reagiert und zwar wiederum am häufigsten mit einer Veränderung des eigenen Leistungsangebots. Am zweithäufigsten wurde zusätzliches Personal eingestellt. Es folgten Investitionen und Verbesserungen der Organisation bei den befragten Krankenhäusern. Dies führte bei rd. 41 Prozent der Krankenhäuser zu einem Anstieg der Fallzahl von über 5 Prozent.

## D. Wettbewerb im Krankenhaussektor

370. Dies zeigt, dass die Regelungen der Krankenhausplanung wettbewerblichen Vorstößen und Reaktionen der Krankenhäuser auch im Bereich ihres Leistungsspektrums nicht entgegenstehen.

### b) Mindestmengenvorgaben des G-BA

371. Im Rahmen der Sektoruntersuchung hat das Bundeskartellamt die Bedeutung der Behandlungsleistungen untersucht, für welche die Mindestmengenregelungen des G-BA gelten. Außerdem hat es geprüft, welchen Einfluss diese Regelungen auf die Verhaltensspielräume der Krankenhäuser haben. Der nachfolgend verwendete Begriff der Mindestmenge bezieht sich dabei allein auf die vom G-BA festgelegten Mindestmengenregelungen. Auf die Fragen antworteten insgesamt 405 Krankenhäuser.

#### aa) Bedeutung der Mindestmengenvorgaben

372. Um die Bedeutung der Mindestmengenregelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Tätigkeit der Krankenhäuser abschätzen zu können, wurde der Anteil der Fälle und Umsätze mit Mindestmengen-Leistungen an den Gesamtfallzahlen und Gesamtumsätzen der Krankenhäuser im Jahr 2015 festgestellt. Zu den koronarchirurgischen Eingriffen fehlen bislang eine Mengenvorgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie eine konkrete Definition, welche Behandlungen unter die entsprechende Regelung fallen. Die Befragung der Krankenhäuser zielte insoweit darauf, die maximal möglichen Wirkungen einer möglichen künftigen Mindestmengen-Festlegung in diesem Bereich festzustellen. Deshalb wurden die Krankenhäuser, die nachfragten, welche Behandlungen sie für die Beantwortung zu Grunde legen sollen, gebeten, alle Leistungen zu berücksichtigen, die aus ihrer Sicht möglicherweise von der Mindestmengenregelung erfasst werden. Drei Krankenhäuser legten den Anmerkungen im Fragebogen zufolge ihrer Antwort die unter Ziffer 5-36\* „Operationen an den Koronargefäßen“ des Operationen- und Prozedurenschlüssel (sog. OPS-Schlüssel)<sup>512</sup> fallenden Eingriffe zu Grunde. Ein Krankenhaus sah sich aufgrund der fehlenden Eingrenzung der koronarchirurgischen Eingriffe nach OPS-Schlüssel nicht in der Lage, Fallzahlen bzw. Umsätze für diese Eingriffe anzugeben.<sup>513</sup>

---

<sup>512</sup> Amtliche Klassifikation zum Verschlüsseln von Operationen, Prozeduren und allgemeinen medizinischen Maßnahmen, die vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) jährlich überarbeitet wird, veröffentlicht unter: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/ops/>.

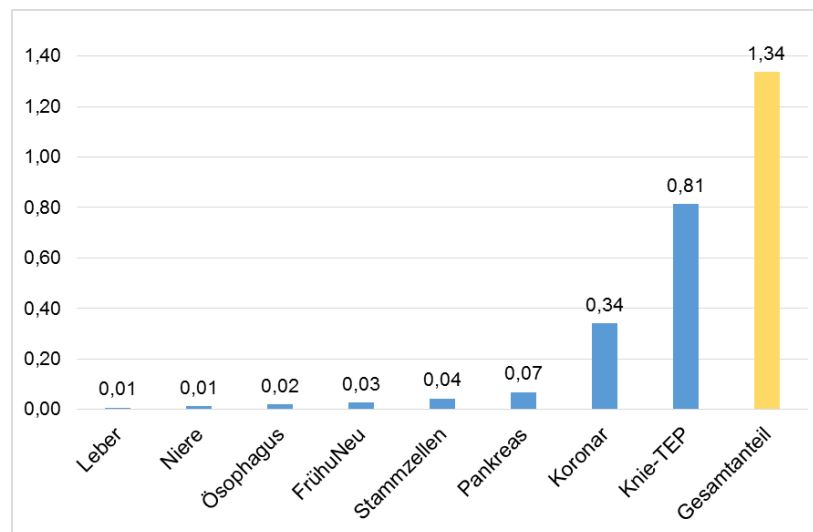
<sup>513</sup> Krankenhausfragebogen, Frage VI.3 – Anmerkungen.



## D. Wettbewerb im Krankenhaussektor

373. Die Auswertung zeigt, dass die Mindestmengenregelungen insgesamt nur einen sehr kleinen Teil der von den Krankenhäusern erbrachten stationären Krankenhausbehandlungen abdecken. Nach dem Ergebnis der Auswertung unterliegen weit über 95 Prozent der stationären Krankenhausbehandlungen nicht den Mindestmengenvorgaben des G-BA. Zudem wird deutlich, dass es innerhalb der Mindestmengen-Behandlungen Abstufungen bei der Bedeutung der Regelung gibt.

**Abbildung 37: Anteil der Fälle mit Mindestmengenvorgaben an der Gesamtfallzahl aller befragten Krankenhäuser 2015 in %**

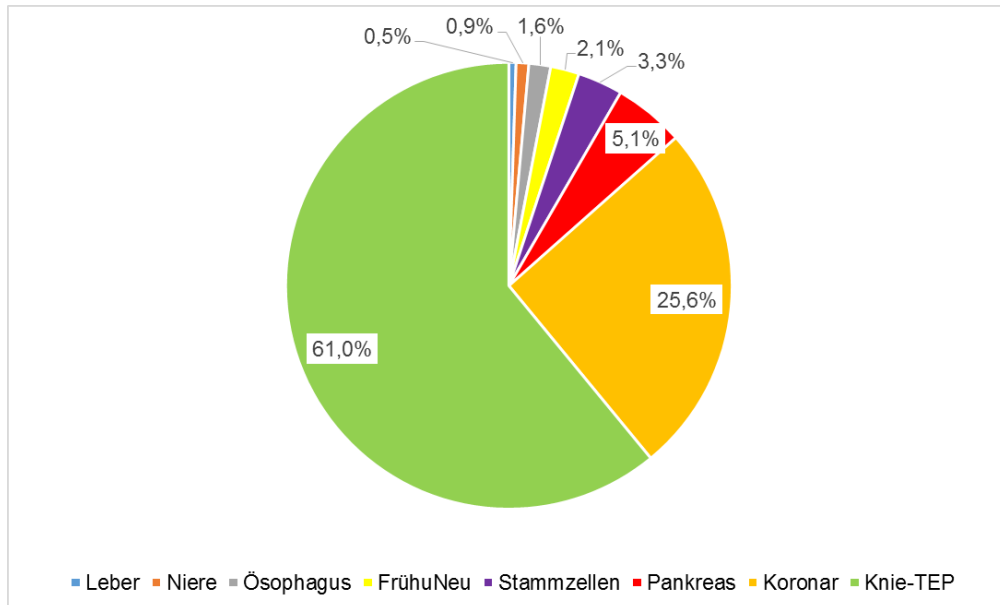


374. Über alle Krankenhäuser gesehen entfallen weniger als 1,4 Prozent der stationären Fälle auf stationäre Behandlungen mit Mindestmengenvorgaben. Den größten Anteil an den Gesamtfallzahlen erreichen die Knie-TEP. Sollten für die koronarchirurgischen Eingriffe Mindestmengenwerte festgelegt werden, erreichen die davon betroffenen Fallzahlen den zweitgrößten Anteil der Leistungen mit Mindestmengenvorgaben an den Gesamtfallzahlen. Aber auch zusammen mit den Knie-TEP machen sie dann nur einen unbedeutenden Anteil von 1,2 Prozent an allen stationären Fällen aus. Die übrigen Mindestmengenleistungen sind sehr seltene Behandlungen. Nur jeweils weniger als 0,1 Prozent aller stationären Behandlungsfälle entfallen auf diese Leistungen.
375. Zugleich zeigt die Grafik, dass auf die Mindestmengen-Behandlungen ganz unterschiedliche Fallzahlen entfallen. Um die Verteilung der einzelnen Behandlungen zu verdeutlichen, wurden die Fallanteile der einzelnen Mindestmengen-Behandlungen mit der Gesamtfallzahl aller Mindestmengen-Behandlungen ins Verhältnis gesetzt. Hieraus ergibt sich, dass der weit überwiegende Teil der von den Mindestmengenregelungen betroffenen Fälle Knie-TEP und bei entsprechender Festlegung koronarchirurgische

## D. Wettbewerb im Krankenhaussektor

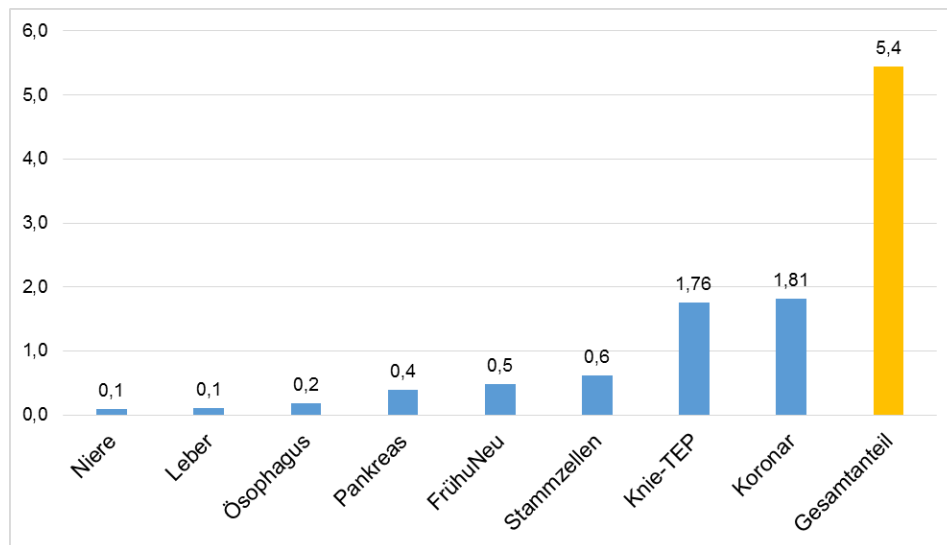
Eingriffe sind. Sie machen zusammen rd. 87 Prozent der Mindestmengen-Behandlungsfälle aus. Die übrigen Behandlungen haben demgegenüber eine vergleichsweise geringe Bedeutung.

**Abbildung 38: Anteil der einzelnen Mindestmengenbehandlungen an der Gesamtzahl aller Mindestmengenfälle 2015 in %**



376. Auch bei Betrachtung der Erlöse für die von den Mindestmengenvorgaben betroffenen stationären Behandlungen zeigt sich deren begrenzte Bedeutung. Rd. 95 Prozent der Krankenhauserlöse werden mit stationären Behandlungen erzielt, die nicht von Mindestmengenvorgaben belegt sind. Die vom Umsatz her bedeutsamsten Mindestmengen-Behandlungen sind die koronarchirurgischen Eingriffe sowie die Knie-TEP, auf die aber gleichwohl jeweils weniger als 2 Prozent der Krankenhaus-Erlöse entfallen. Alle übrigen Mindestmengen-Behandlungen sind nicht nur nach Fallzahl, sondern auch nach Erlös völlig unbedeutend. Ihr Umsatzanteil bleibt jeweils unter 1 Prozent der stationären Krankenhauserlöse. Dabei zeigen die im Vergleich zu den Fallanteilen deutlich höheren Umsatzanteile, dass es sich um spezialisierte Behandlungen mit einem hohen Aufwand und einer vergleichsweise hohen Vergütung je Fall handelt.

**Abbildung 39: Anteil der Erlöse mit Mindestmengen-Behandlungsleistungen am Gesamterlös aller Krankenhäuser 2015 in %**

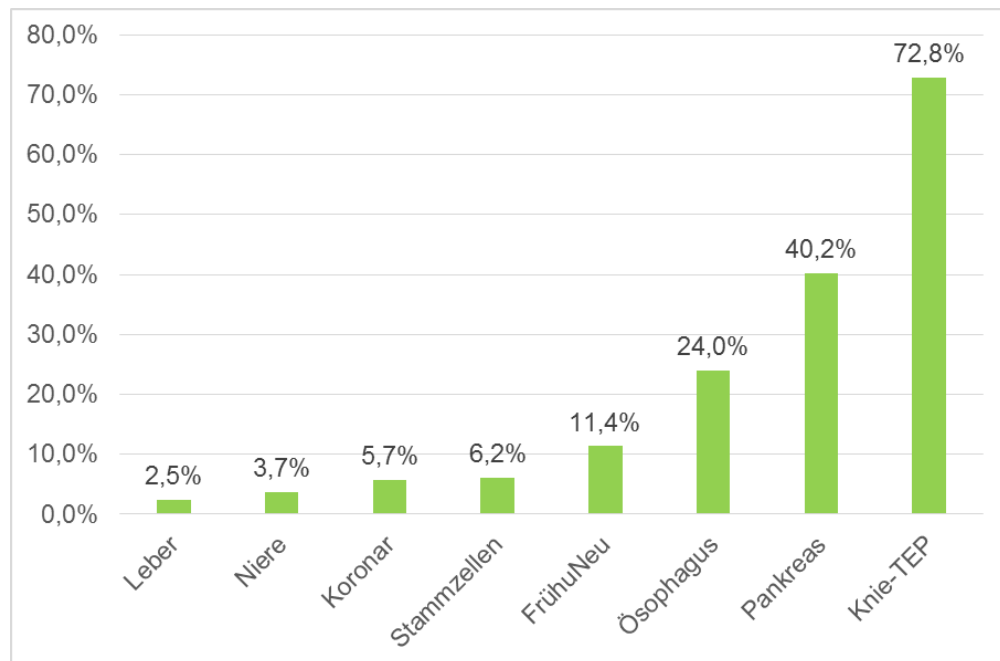


### bb) Einfluss der Mindestmenvorgaben auf den Verhaltensspielraum

377. Ferner wurde untersucht, in welchem Umfang die Mindestmenvorgaben Einfluss auf den Verhaltensspielraum der Krankenhäuser haben, Behandlungsleistungen in den geregelten Bereichen zu erbringen. Hierzu hat das Bundeskartellamt die Krankenhäuser nach den Fallzahlen und Umsätzen ihrer einzelnen stationären Behandlungsleistungen in den Jahren 2011 bis 2015 befragt, für die der G-BA eine Mindestmenvorgabe aufgestellt hat (nachfolgend bezeichnet als Mindestmengen-Leistungen). Zudem sollten die Krankenhäuser anhand einer Skala von 1 (sehr einfach) bis 5 (nicht möglich) ihre Möglichkeit einschätzen, die Mindestmenvorgaben zu erfüllen bzw. zu halten.<sup>514</sup>
378. Die Antworten wurden zunächst über alle Krankenhäuser hinweg ausgewertet, unabhängig davon, ob die Krankenhäuser die Mindestmenvorgaben erfüllt haben oder nicht. Anhand der angegebenen Falldaten wurde zuerst ausgewertet, wie viele Krankenhäuser 2015 stationäre Behandlungen erbracht haben, für die Mindestmengen-Vorgaben gelten. Dabei ergab sich eine sehr unterschiedliche Verteilung der Leistungen über die Krankenhäuser.

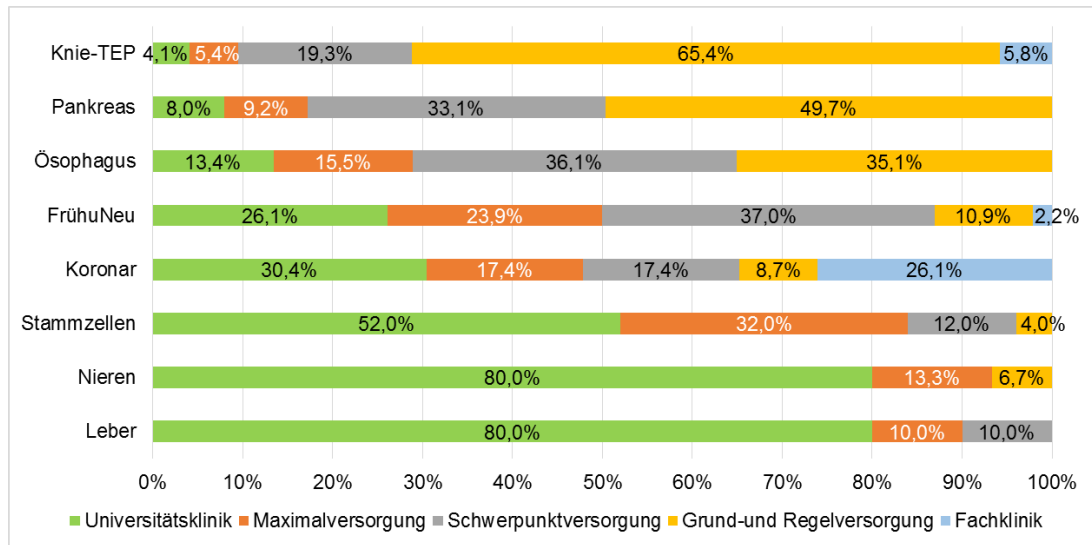
<sup>514</sup> Krankenhausfragebogen, Frage VI.2.

**Abbildung 40: Anteil der Krankenhäuser, die 2015 stationäre Behandlungen erbracht haben, für die Mindestmengen-Vorgaben galten, Anteile in % (N=405)**



379. Die Abbildung zeigt, dass die Transplantationsleistungen für Leber, Niere oder Stammzellen ebenso wie die koronarchirurgischen Eingriffe von nur deutlich weniger als 10 Prozent der Krankenhäuser erbracht werden. Das beruht schon auf der erforderlichen Spezialisierung der Kliniken. Organtransplantationen dürfen grds. nur von zugelassenen Transplantationszentren erbracht werden, und diese sind bei ausgewählten Universitätskliniken oder entsprechenden Fachkliniken (Herzzentren) eingerichtet. Die Behandlung von Früh- und Neugeborenen bis 1.250g ist im Vergleich dazu weiter verbreitet, wird aber nur von etwa jedem 10. Krankenhaus erbracht. Am weitesten verbreitet sind demgegenüber die Knie-TEP, die von rd. 73 Prozent der Krankenhäuser erbracht werden, vor den komplexen Eingriffen am Organ Pankreas mit einem Anteil von rd. 40 Prozent und den komplexen Eingriffen am Organ Ösophagus, die von 24 Prozent der Krankenhäuser vorgenommen werden.
380. Aus der folgenden Abbildung ergibt sich die Verteilung der Krankenhäuser, welche 2015 Mindestmengenleistungen erbracht haben, nach den einzelnen Versorgungsstufen.

**Abbildung 41: Verteilung der Krankenhäuser, die 2015 stationäre Behandlungen mit Mindestmengenvorgaben erbracht haben, auf die einzelnen Versorgungsstufen**



381. Die vorstehende Abbildung zeigt, dass sich die stationären Behandlungen, für die Mindestmengenvorgaben gelten, auf unterschiedliche Versorgungsstufen konzentrieren.
382. Die Transplantationen von Leber, Niere und Stammzellen werden weit überwiegend von Universitätskliniken, Maximalversorgern und Schwerpunktversorgern erbracht. Auf sie entfallen über 80 Prozent der Krankenhäuser, die 2015 diese Behandlungen durchgeführt haben. Demgegenüber erbrachte kein Fachkrankenhaus diese Behandlungen.
383. Soweit bei den Nieren- und den Stammzellentransplantationen Anteile für Grund- und Regelversorger ausgewiesen sind, entfallen diese auf Sonderkonstellationen, die letztlich der universitären Maximalversorgung zuzurechnen sind: Bei den Nierentransplantationen entfällt der in der Abbildung ausgewiesene Anteil der Grund- und Regelversorgung auf das Transplantationszentrum Süd-Niedersachsen. Es ist Teil des Klinikums Hann. Münden und wird in Kooperation mit der Universitätsmedizin Göttingen betrieben.<sup>515</sup> Der ausgewiesene Anteil der Grund- und Regelversorgung bei den Stammzellen-Transplantationen entfällt auf die DKD Helios Klinik Wiesbaden, die bis zum 1. Dezember 2017 ein Zentrum für Blutstammzell- und Knochenmarktransplantationen betrieben hat. Seitdem ist das Zentrum in den Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken

<sup>515</sup> Näheres zum Transplantationszentrum Süd-Niedersachsen findet sich auf der Internetseite des Klinikums Hann. Münden unter: <https://www.khmue.de/medizin/nierentransplantationszentrum/>.

## D.Wettbewerb im Krankenhaussektor

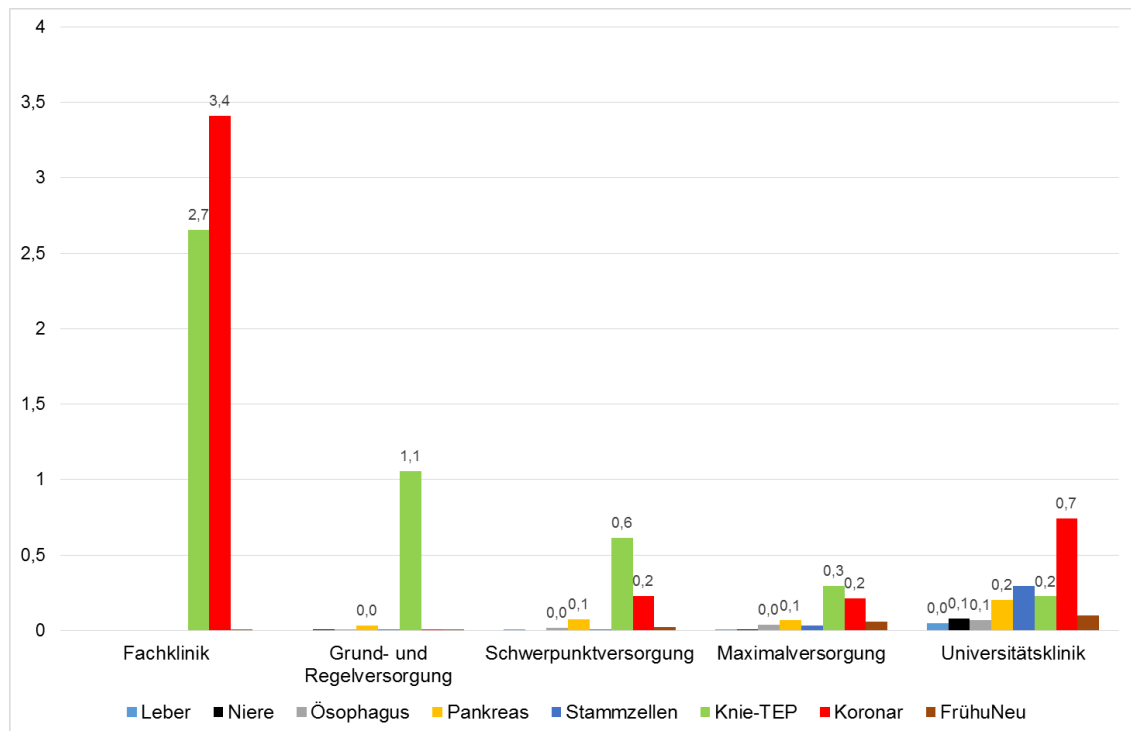
Wiesbaden angesiedelt und mittlerweile Teil des Leukämie- & Stammzellentransplantationszentrums Mainz/Wiesbaden mit der Universitätsmedizin Mainz.<sup>516</sup>

384. Im Vergleich dazu werden Knie-TEP, komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas und am Organsystem Ösophagus überwiegend von Krankenhäusern der unteren Versorgungsstufen, d.h. der Grund- und Regelversorgung bzw. der Schwerpunktversorgung durchgeführt. Rd. zwei Drittel der Krankenhäuser, die Knie-TEP erbracht haben, waren Grund- und Regelversorger, bei den Pankreas-Eingriffen waren es knapp die Hälfte.
385. Die koronarchirurgischen Eingriffe werden hingegen überwiegend von Universitätskliniken und Fachkrankenhäusern erbracht. Ansonsten haben die Fachkrankenhäuser noch bei den Knie-TEP eine gewisse Bedeutung.
386. Bei der Behandlung der Früh- und Neugeborenen mit einem Gesamtgewicht von bis zu 1.250 g sind die Schwerpunktversorger und die Universitätskliniken die hauptsächlichen Leistungserbringer. Sowohl bei den koronarchirurgischen Eingriffen als auch bei der Behandlung von Früh- und Neugeborenen spielen die Grund- und Regelversorger eine nachrangige Rolle.
387. Um die Bedeutung der Behandlungen mit Mindestmengenvorgaben für die Krankenhäuser der unterschiedlichen Versorgungsstufen näher zu erfassen, wurde nach Versorgungsstufen und Mindestmengenvorgaben getrennt ausgewertet, welcher Anteil der Gesamtfallzahlen jeweils auf die Fälle mit Mindestmengenvorgaben entfällt.

---

<sup>516</sup> Zum Wechsel des Transplantationszentrums von Helios DKD zu den Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken siehe: <https://www.helios-gesundheit.de/kliniken/wiesbaden-dkd/unsere-angebote/unsere-fachbereiche/knochenmarktransplantation/>; zur Gründung des Leukämie- & Stammzellentransplantationszentrums Mainz/Wiesbaden siehe: <https://www.helios-gesundheit.de/kliniken/wiesbaden-hsk/unsere-haus/aktuelles/detail/news/uct-mainz-und-helios-dr-horst-schmidt-kliniken-wiesbaden-gruenden-leukaemie-stammzelltransplantati/>.

**Abbildung 42: Anteil der Mindestmengenfälle an der Gesamtfallzahl nach Versorgungsstufen und Mindestmengenleistungen 2015 (N=405)**

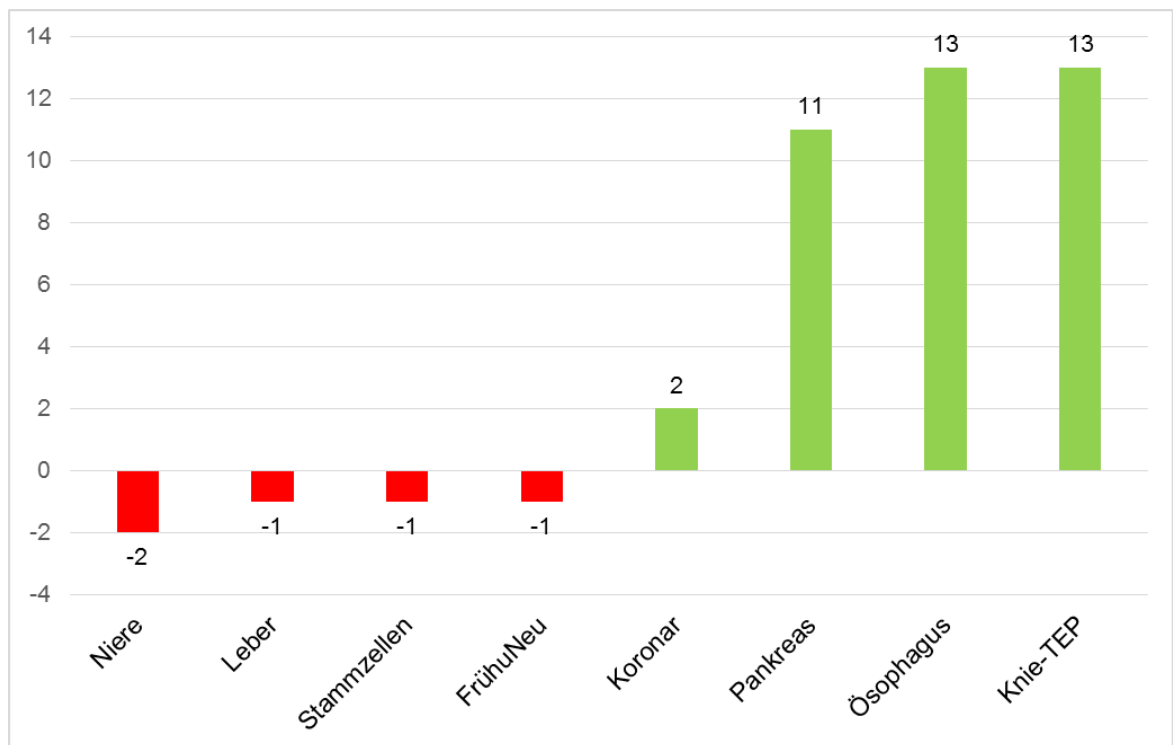


388. Die Auswertung ergab, dass die stationären Behandlungsfälle, für die Mindestmengenvorgaben gelten, unterschiedliche Bedeutung für die Krankenhäuser der einzelnen Versorgungsstufen haben. Über alle Fälle gesehen erreichen die Fachkliniken die höchsten Anteile bei den Mindestmengen-Fällen. Die koronarchirurgischen Leistungen machen dort 3,4 Prozent der Fälle, die Knie-TEP 2,7 Prozent der Fälle aus. Eine gewisse Bedeutung haben noch die Knie-TEP bei den Grund- und Regelversorgern mit einem Anteil von 1,1 Prozent aller Fälle. Im Übrigen liegt der Anteil der Fälle mit Mindestmengenvorgaben bei den Krankenhäusern aller Versorgungsstufen jeweils deutlich unter 1 Prozent.
389. Bezogen auf die Bedeutung der Mindestmengenleistungen ist festzustellen, dass die koronarchirurgischen Fälle die größte Bedeutung aller Mindestmengenleistungen bei den Fachkliniken und den Universitätskliniken aufweisen, ansonsten aber nur eine nachrangige Rolle spielen. Demgegenüber stellen die Knie-TEP bei den Grund- und Regelversorgern sowie den Krankenhäusern der Schwerpunkt- und der Maximalversorgung den größten Anteil unter den Mindestmengenleistungen.
390. Die größte Breite bei der Mindestmengenbehandlung sichern die Universitätskliniken, gefolgt von den Maximalversorgern. Demgegenüber konzentrieren sich die Mindestmengenleistungen bei Schwerpunktversorgern sowie Grund- und Regelversorgern überwiegend auf die Knie-TEP.

## D.Wettbewerb im Krankenhaussektor

391. Ferner wurde die Entwicklung der Zahl der Krankenhäuser betrachtet, die in den Jahren 2011 bis 2015 stationäre Behandlungen mit Mindestmengenvorgaben durchgeführt haben.

**Abbildung 43: Entwicklung der absoluten Zahl der befragten Krankenhäuser, die von 2011 bis 2015 Mindestmengen-Behandlungen durchführten**

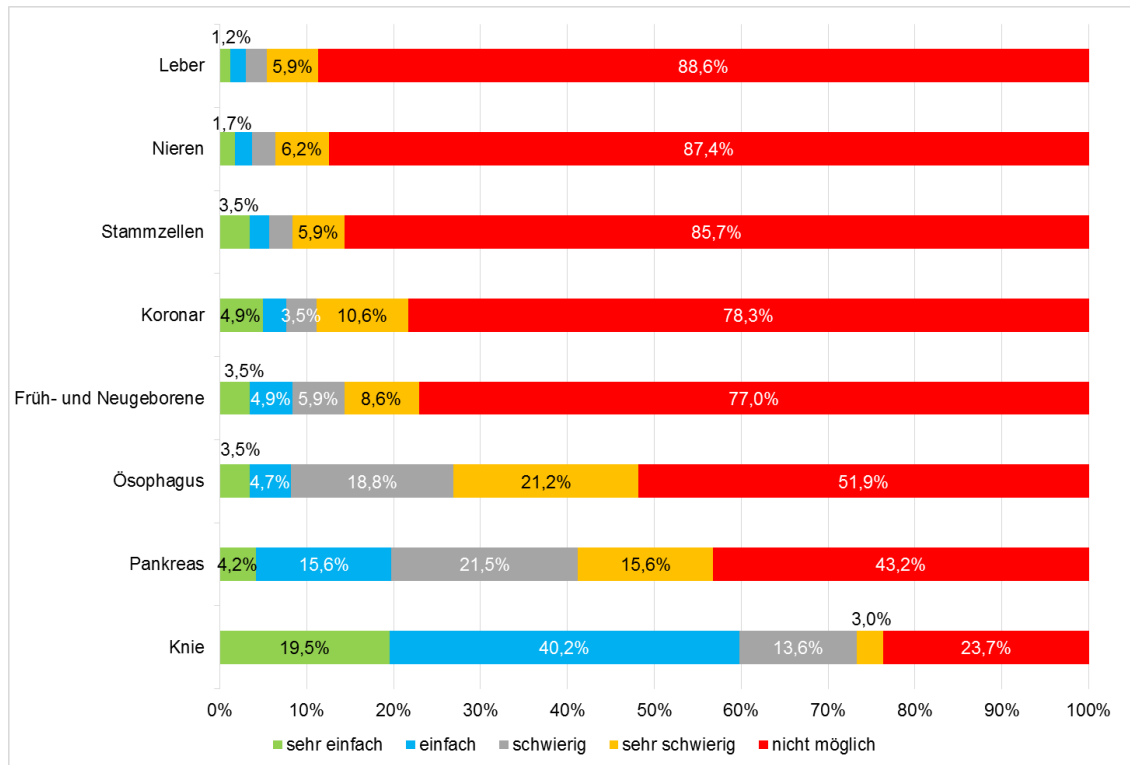


392. Eine Gegenüberstellung der Zahl der Krankenhäuser, die 2011 die jeweiligen Mindestmengen-Behandlungen durchführten, mit der Zahl derjenigen, die dies 2015 taten, zeigt einen geringfügigen Rückgang bei den Transplantationen und der Behandlung von Früh- und Neugeborenen mit einem Gewicht von bis zu 1.250 g. Der Rückgang befindet sich dabei jeweils im Rahmen der jährlichen Schwankungsbreite. Gleiches gilt für den geringen Zuwachs bei den koronarchirurgischen Eingriffen.
393. Bei den komplexen Eingriffen an Pankreas und Ösophagus und bei den Knie-TEP gab es im Vergleich zur Zahl der Krankenhäuser, die diese Behandlungen 2011 durchführten, bei leichten Schwankungen insgesamt einen deutlichen Anstieg der Zahl der behandelnden Krankenhäuser.
394. Aus der nachfolgenden Abbildung ist erkennbar, wie die Krankenhäuser ihre Möglichkeiten einschätzen, die Mindestmengenvorgaben zu erfüllen. Zwischenwerte von weniger als 3 Prozent sind aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht beschriftet worden.



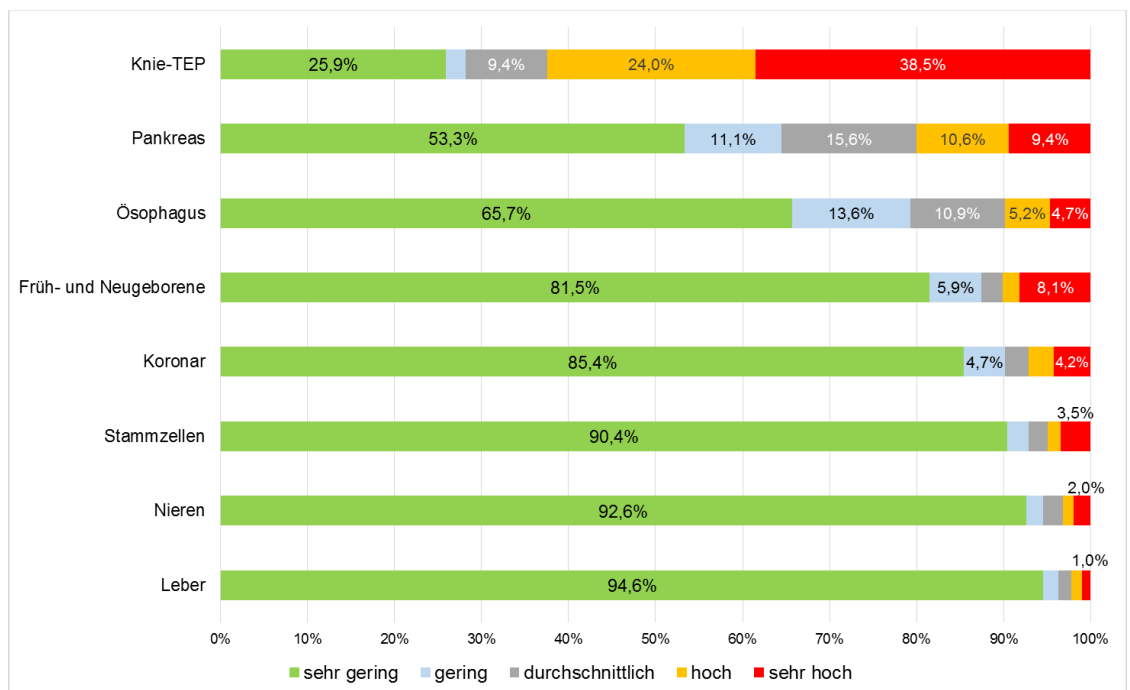
## D.Wettbewerb im Krankenhaussektor

**Abbildung 44: Einschätzung der Möglichkeit, die Mindestmengenvorgaben zu erfüllen, Anteile in % (N=405)**



395. Die nachfolgende Abbildung zeigt die Einschätzung der Krankenhäuser zur wirtschaftlichen Bedeutung der einzelnen Mindestmengen-Behandlungen für sich.

**Abbildung 45: Bedeutung der Behandlungsleistung mit Mindestmengen für die Krankenhäuser Anteil in % (N=405)**



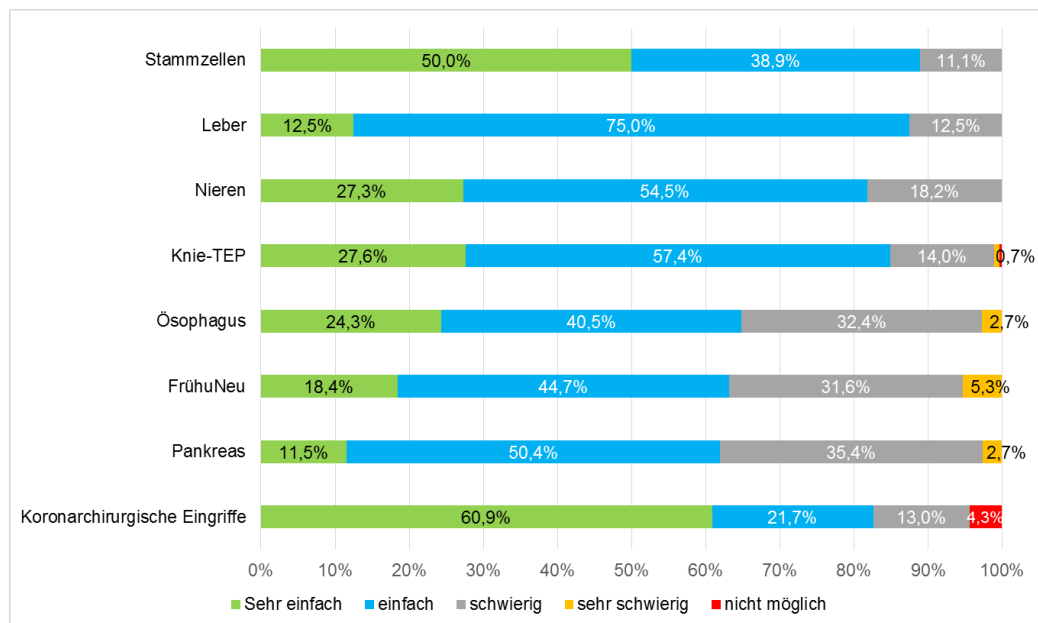
## D.Wettbewerb im Krankenhaussektor

396. Aus den Antworten ist zu ersehen, dass die unter den Mindestmengenkatalog fallenden stationären Behandlungen bis auf die Knie-TEP nach Ansicht der Mehrzahl der Krankenhäuser nicht oder nur sehr schwer erbracht werden können. Zudem haben diese Behandlungen nach Einschätzung einer deutlichen Mehrheit der Krankenhäuser für sie nur eine sehr geringe oder eine geringe wirtschaftliche Bedeutung.
397. Besonders ausgeprägt ist diese Einschätzung bei den Transplantationsleistungen für Leber, Niere bzw. Stammzellen. Hier sind nach eigener Einschätzung über 90 Prozent der Krankenhäuser nicht oder nur sehr schwer in der Lage dazu, die Mindestmengenvorgaben zu erbringen. Zudem sehen über 90 Prozent der Krankenhäuser die wirtschaftliche Bedeutung dieser Transplantationsleistungen für sich als sehr gering oder gering an. Daraus kann abgeleitet werden, dass der Spielraum für die Krankenhäuser zu entscheiden, Transplantationsleistungen zu erbringen, gering ist.
398. Gleiches gilt für die koronarchirurgischen Eingriffe und die Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Gewicht von weniger als 1.250 g. Auch in Bezug auf diese Behandlungen meinen deutlich über 85 Prozent der Krankenhäuser, die Mindestmengenvorgaben nicht oder nur sehr schwer erreichen zu können. Die wirtschaftliche Bedeutung des Bereichs ist aus Sicht von ebenfalls über 85 Prozent der Krankenhäuser sehr gering oder gering.
399. Einen deutlichen Spielraum gibt es demgegenüber bei den komplexen Eingriffen an Ösophagus und Pankreas. Der Anteil der Krankenhäuser, die ein Erreichen der Mindestmengenvorgaben für nicht möglich halten, ist deutlich geringer als bei den Transplantationsleistungen, den koronarchirurgischen Eingriffen oder der Versorgung der Früh- und Neugeborenen. Mehr als 25 Prozent der Krankenhäuser halten ein Erreichen der Vorgaben für sehr einfach, für einfach oder immerhin für schwierig zu erreichen. Die wirtschaftliche Bedeutung wird ebenfalls von mehr als 25 Prozent der Häuser als mindestens durchschnittlich bedeutsam eingeschätzt.
400. Im Hinblick auf die Knie-TEP wird der Verhaltensspielraum durch die Mindestmengenregelungen nach Einschätzung der Krankenhäuser am wenigsten begrenzt: Diese Vorgaben werden von 60 Prozent der Krankenhäuser als sehr einfach oder einfach zu erbringen angesehen, nur weniger als 25 Prozent meinen, sie nicht erreichen zu können. Dementsprechend ist die wirtschaftliche Bedeutung der Knie-TEP für über 60 Prozent der Krankenhäuser sehr hoch oder hoch und nur für rd. 26 Prozent sehr gering.
401. Um die Lenkungswirkung der Mindestmengen näher zu betrachten, wurden die Krankenhäuser ausgeblendet, die auch ohne Mindestmengenvorgaben nicht in der Lage

## D. Wettbewerb im Krankenhaussektor

wären, diese Leistungen zu erbringen, z.B. weil sie nicht vom Versorgungsauftrag gedeckt sind. Hierzu wurden nur die Antworten der Krankenhäuser berücksichtigt, die 2015 die Mindestmengenvorgaben jeweils erreicht haben. Für sie wurde untersucht, wie sie ihre Möglichkeit einschätzen, die Vorgaben einzuhalten, und welche wirtschaftliche Bedeutung sie den Behandlungen jeweils zumessen. Da der G-BA für koronarchirurgische Eingriffe bislang keine konkrete Mindestmenge festgelegt hat<sup>517</sup>, beziehen sich die nachfolgenden Ausführungen insoweit auf alle Krankenhäuser, die angaben, 2015 stationäre koronarchirurgische Behandlungen erbracht zu haben.

**Abbildung 46: Möglichkeit der Krankenhäuser, die 2015 die Vorgaben erfüllten, die Mindestmengenvorgaben zu halten, Anteile in %**



402. Die Abbildungen zeigen, dass eine deutliche Mehrheit von jeweils über 60 Prozent der Krankenhäuser, die 2015 die Mindestmengenvorgaben erreicht haben, meint, die Vorgaben sehr leicht bzw. leicht erfüllen zu können. Im Vergleich dazu hatten über alle Krankenhäuser gesehen weniger als 20 Prozent der Kliniken für die einzelnen Mindestmengenbehandlungen bis auf die Knie-TEP diese Einschätzung vertreten.
403. Dieser Unterscheid zeigt sich besonders deutlich bei den Mindestmengenvorgaben für Transplantationsleistungen für Stammzellen, Leber und Nieren: Über 85 Prozent aller Krankenhäuser gaben an, die Mindestmengenvorgaben nicht erreichen zu können. Demgegenüber meinten aber mehr als 80 Prozent der Krankenhäuser, die 2015 die

<sup>517</sup> Nr. 7 der Anlage, Katalog der Prozeduren und Leistungen in der OPS Version 2019, zur Mindestmengenregelung des G-BA in der Fassung vom 20.12.2005 in der 1. Neufassung vom 21.03.2006, zuletzt geändert am 5.12.2018, in Kraft getreten am 1.01.2019, [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1740/Mm-R\\_2018-12-05\\_iK-2019-01-01.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1740/Mm-R_2018-12-05_iK-2019-01-01.pdf).

## D.Wettbewerb im Krankenhaussektor

Vorgaben erreichten, dass sie die Mengenvorgaben sehr leicht oder leicht erfüllen. Keines der Häuser hält die weitere Erfüllung für sehr schwierig oder für nicht möglich.

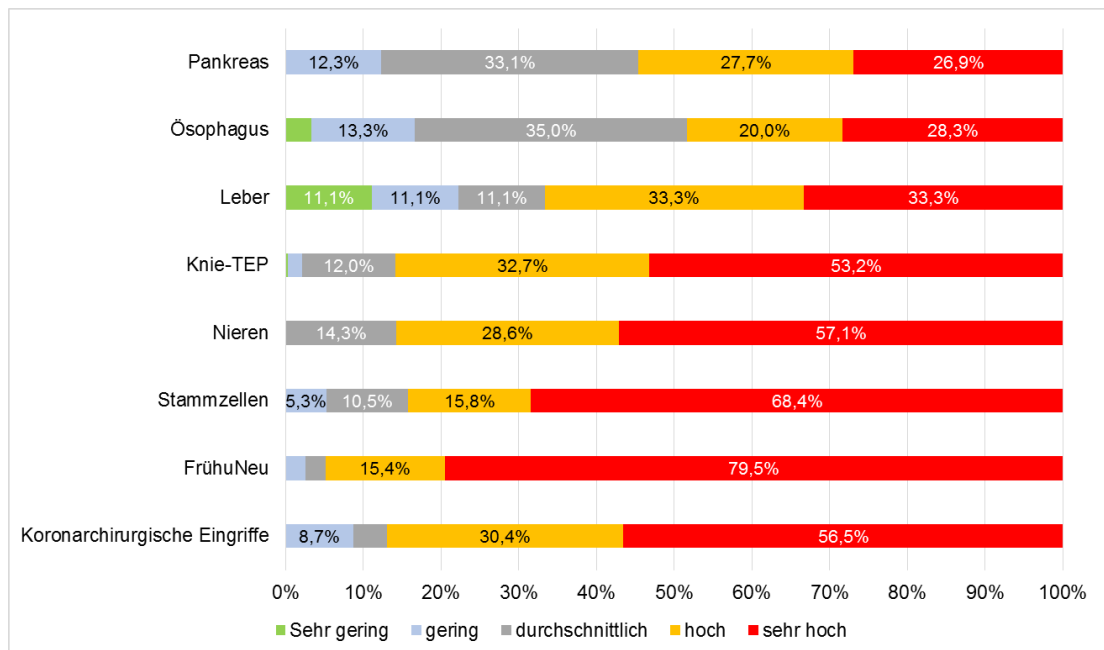
404. Bei den übrigen Mindestmengen-Behandlungen haben sich nur wenige Krankenhäuser, die die Mindestmengenvorgaben 2015 erfüllt haben, einschränkend geäußert: Rd. 5,3 Prozent derjenigen, die Früh- und Neugeborene mit einem Gewicht von bis zu 1.250g stationär behandelten, meinten, dass das Einhalten der Mindestmengenvorgaben sehr schwierig sei. Bei den komplexen Eingriffen an Ösophagus bzw. Pankreas waren dies jeweils 2,7 Prozent. Keines der Krankenhäuser hielt ein Erreichen der Vorgaben für nicht möglich.
405. Von den Krankenhäusern, welche 2015 die Vorgaben zu den Knie-TEP-Mengen erreichten, meinten 0,7 Prozent, dass die weitere Erfüllung der Vorgaben sehr schwierig sei. 0,4 Prozent hielten dies für nicht möglich.
406. Während die Behandlungsfälle mit Mindestmengenvorgaben insgesamt nur einen sehr kleinen Teil der von den Krankenhäusern erbrachten stationären Krankenhausbehandlungen abdecken und über alle stationären Behandlungsfälle gesehen nur einen sehr geringen Anteil am Umsatz aller Krankenhäuser ausmachen<sup>518</sup>, erscheinen sie den Krankenhäusern, welche die Leistungen erbringen, deutlich bedeutsamer. Über die Hälfte dieser Krankenhäuser misst den erbrachten Mindestmengenleistungen eine hohe bzw. sehr hohe wirtschaftliche Bedeutung zu. Dabei wurde die Behandlung von Früh- und Neugeborenen im Vergleich zu allen Behandlungen mit Mindestmengenvorgaben als am wirtschaftlich bedeutsamsten bewertet. Knapp 95 Prozent der Häuser, welche 2015 die Vorgaben erfüllten, messen diesen Behandlungen eine hohe bzw. eine sehr hohe wirtschaftliche Bedeutung zu.

---

<sup>518</sup> Siehe oben Rn. 374.

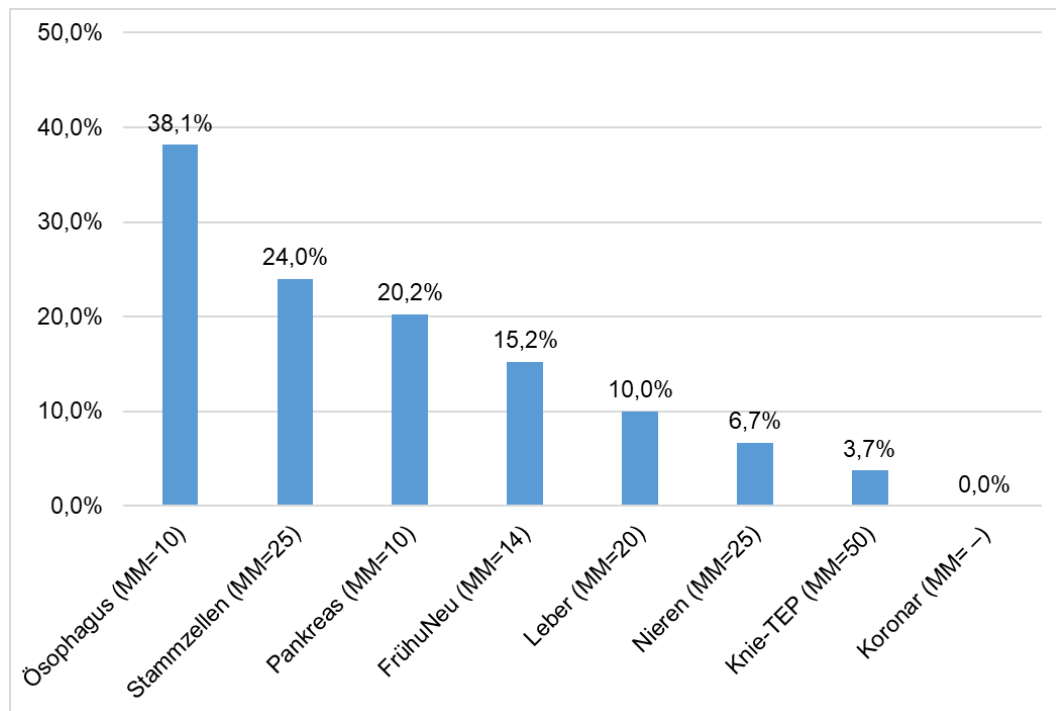
## D. Wettbewerb im Krankenhaussektor

**Abbildung 47: Bedeutung der Behandlungsleistung mit Mindestmengen für die Krankenhäuser, die 2015 die Vorgaben erfüllt haben, Anteile in %**



407. Schließlich wurde untersucht, welcher Anteil der Krankenhäuser, die 2015 stationäre Behandlungen mit Mindestmengenvorgaben erbrachten, die Mindestvorgaben nicht erfüllt haben. Dabei zeigte sich, dass es hier große Unterschiede zwischen den einzelnen Behandlungen gibt.

**Abbildung 48: Anteil der Krankenhäuser, die 2015 stationäre Behandlungen mit geltenden Mindestmengenvorgaben erbrachten, die Mindestmengen aber nicht erreichten, nach medizinischen Bereichen in %**



408. Aus der Abbildung ergibt sich, dass mehr als 20 Prozent der Krankenhäuser, die 2015 Eingriffe an den Organsystemen Ösophagus und Pankreas sowie Stammzellentransplantationen durchführten, nicht die Mindestmengenvorgaben erreicht haben. Bei der Behandlung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.250 g und bei den Lebertransplantationen waren es rd. 15 Prozent bzw. rd. 10 Prozent. Der geringste Anteil der Krankenhäuser, die 2015 Eingriffe ohne Erreichen der Mindestmengenvorgaben durchführten, entfällt auf die Nierentransplantationen mit 6,7 Prozent und die Knie-TEP mit unter 5 Prozent. Für die koronarchirurgischen Leistungen ist keine Mindestmenge vorgegeben worden, so dass der Anteil der Krankenhäuser dementsprechend bei 0 Prozent liegt.
409. Die Frage, in welchem Umfang die Krankenhäuser in den einzelnen medizinischen Bereichen die Mindestmengenvorgaben erreicht haben, war auch Gegenstand der 2019 veröffentlichten Studie des Science Media Center und des Projekts Weisse Liste der Bertelsmann Stiftung.<sup>519</sup> Sie werteten hierzu die veröffentlichten strukturierten Kran-

<sup>519</sup> Mindestmengen im Krankenhaus – Bilanz und Neustart, science media center germany, 03.06.2019, veröffentlicht unter: [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV\\_Analyse\\_Mindestmengen\\_final.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_Analyse_Mindestmengen_final.pdf).

## D.Wettbewerb im Krankenhaussektor

kenhausqualitätsberichte des Jahres 2017 daraufhin aus, ob das Krankenhaus die Mindestmengenvorgabe erreichte oder nicht und ob im letzteren Fall ein Ausnahmetatbestand von den Mindestmengenregelungen des G-BA genannt wurde. Dabei konnte für die Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.250g anhand der Qualitätsberichte nicht festgestellt werden, zu welchem Anteil die Mindestmengenvorgaben eingehalten wurden. Im Übrigen bestätigt die Untersuchung weitgehend die oben dargestellten Befunde.

**Abbildung 49: Anteil der Krankenhäuser, die 2017 stationäre Behandlungen mit geltenden Mindestmengenvorgaben erbrachten, die Mindestmengen aber nicht erreichten, nach medizinischen Bereichen in %<sup>520</sup>**



410. Die Mindestfallzahlen werden besonders häufig in den Bereichen der komplexen Speiseröhren- und Bauchspeicheldrüsen-Chirurgie, d.h. der Eingriffe an Ösophagus und Pankreas, sowie bei den Lebertransplantationen verfehlt. Mehr als die Hälfte der Kliniken, die Ösophagus-Operationen durchführte, erreichten die Mindestmengen nicht, bei den Pankreas-Operationen und den Lebertransplantationen lag der Anteil bei über 30 Prozent. Die geringsten Anteile der Krankenhäuser, welche die Mindestmengenvorgaben nicht erreichen, gab es bei den Nierentransplantationen (rd. 15 Prozent) und bei den Knie-TEP (rd. 12 Prozent).
411. In der **Gesamtschau** ergibt die Auswertung der im Rahmen der Sektoruntersuchung erhobenen Angaben, dass die Mindestmengenvorgaben allenfalls eine geringe begrenzende Wirkung für die Verhaltensspielräume der Krankenhäuser entfalten:
412. Mit den **Transplantationen von Leber, Niere und Stammzellen** betreffen die Mindestmengenvorgaben sehr seltene Behandlungen, die jeweils deutlich weniger als 1 Prozent der stationären Krankenhausfälle ausmachen und die von deutlich weniger als 10 Prozent der untersuchten Krankenhäuser erbracht werden. Die Kliniken, die sie

<sup>520</sup> Quelle: Mindestmengen im Krankenhaus – Bilanz und Neustart, science media center germany, 03.06.2019, Kap. 4.3, S. 12 f., Fn. 519.

## D.Wettbewerb im Krankenhaussektor

durchführen, müssen nach den Regelungen des Transplantationsgesetzes von der zuständigen Krankenhausplanungsbehörde als Transplantationszentrum für die Entnahme und Übertragung von Organen zugelassen sein.<sup>521</sup> Dementsprechend gehören sie weit überwiegend zu den höheren Versorgungsstufen der Universitätskliniken oder der Maximalversorger. Über alle Krankenhäuser gesehen, hält es die weit überwiegende Mehrheit der Krankenhäuser nicht für möglich, die Vorgaben zu erbringen. Dies hat seine Ursache aber nicht in den Mindestmengenvorgaben, sondern in dem fehlenden Versorgungsauftrag für diese Eingriffe. Alle Krankenhäuser, die eine Zulassung für Transplantationen haben, sehen sich nämlich dazu in der Lage, die Vorgaben zu erfüllen. Weit überwiegend meinen sie sogar, dass dies für sie sehr leicht oder leicht sei. Eine Lenkungswirkung erfolgt hier durch die besondere Zulassung und nicht durch die Mindestmengenvorgaben.

413. Für die **koronarchirurgischen Leistungen** sind bislang keine Mindestmengen festgelegt worden. Zudem fehlt es auch an einer konkreten Definition, welche Behandlungen von der Regelung erfasst werden. Derzeit geht somit von dieser Regelung keine Lenkungswirkung auf die Krankenhäuser aus.
414. Sollten hier Mindestmengen vorgaben vom G-BA neu festgelegt werden, so werden diese Behandlungen nach den Angaben der befragten Krankenhäuser rd. 0,3 Prozent der stationären Krankenhausauffälle und etwa 6 Prozent der Krankenhäuser betreffen. Bezogen auf die Fälle, für die Mindestmengenregelungen gelten, liegt der Anteil der koronarchirurgischen Eingriffe dann bei rd. 25 Prozent. Sie werden überwiegend zu jeweils knapp einem Drittel von Universitätskliniken und Fachkliniken durchgeführt, Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung spielen eine nachrangige Bedeutung. Von allen Krankenhäusern sehen es rd. 90 Prozent als nicht oder nur sehr schwer möglich an, Mindestmengen vorgaben zu erfüllen. Die wirtschaftliche Bedeutung der Behandlungen wird dementsprechend von rd. 90 Prozent der Krankenhäuser als sehr gering oder gering eingeschätzt. Von den Krankenhäusern, die 2015 koronarchirurgische Eingriffe durchführten, geht die Mehrheit von über 80 Prozent davon aus, die Vorgaben sehr leicht oder leicht erfüllen zu können. Aber auch 4,3 Prozent meinen, eventuelle Mindestmengen nicht erfüllen zu können. In Abhängigkeit von den tatsächlichen einzelnen Festlegungen können die Mindestmengen hier gewisse Lenkungswirkungen erreichen. Diese werden aber nur eine sehr geringe Fall- und Krankenhauszahl betreffen.

---

<sup>521</sup> § 10 des Gesetzes über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben (Transplantationsgesetz – TPG).



## D.Wettbewerb im Krankenhaussektor

415. Ähnliches gilt für die Behandlung der **Früh- und Neugeborenen** mit einem Gesamtgewicht von bis zu 1.250 g. Derartige Behandlungen machen weniger als 0,1 Prozent aller stationären Krankenhaufälle und weniger als 1 Prozent der Krankenhauserlöse aus und werden von rd. 11 Prozent der Krankenhäuser erbracht. Über alle Krankenhäuser gesehen, halten über 80 Prozent die Erfüllung der Vorgaben für nicht möglich oder für sehr schwierig. Damit korrespondiert die Einschätzung von 87 Prozent der Krankenhäuser, die wirtschaftliche Bedeutung der Behandlungen sei für sie sehr gering oder gering. Werden nur die Krankenhäuser betrachtet, die diese Behandlungen 2015 erbrachten, ändert sich das Bild: Keines der Krankenhäuser sieht sich außerstande, die Mindestmengenvorgaben bei den Früh- und Neugeborenen zu erreichen, nur 5,3 Prozent meinen, die Vorgaben seien sehr schwierig zu erfüllen. In der Zeit von 2011 bis 2015 hat sich die Zahl der Krankenhäuser, welche Früh- und Neugeborene mit einem Gewicht von bis zu 1.250 g behandelten, nur geringfügig im Rahmen der Schwankungsbreite verändert. Der Anteil der Krankenhäuser, welche die Leistungen erbrachten, aber die Mindestmengen nicht erreichten, lag 2015 bei rd. 15 Prozent. Aus dieser Entwicklung lässt sich nicht ableiten, dass die Mindestmengen für die Behandlung von Früh- und Neugeborenen mit einem Gesamtgewicht von bis zu 1.250 g eine erhebliche Reduktion der behandelnden Krankenhäuser bewirkt hätte.
416. Eine klar begrenzende Wirkung der Mindestmengenregelungen für den Bereich der **komplexen Eingriffe an Ösophagus bzw. Pankreas** kann nach den Auswertungen ebenfalls nicht festgestellt werden. Diese Eingriffe haben danach insgesamt gesehen eine sehr geringe Bedeutung. Auf sie entfallen für den untersuchten Zeitraum jeweils weniger als 0,1 Prozent der stationären Krankenhaufälle und jeweils weniger als 0,5 Prozent der Krankenhausumsatzerlöse.
417. Die Eingriffe an der Speiseröhre werden von 24 Prozent der Krankenhäuser, die Eingriffe an der Bauchspeicheldrüse von rd. 40 Prozent der Krankenhäuser durchgeführt. Anders als bei den Transplantationen, den koronarchirurgischen Eingriffen oder der Behandlung von Früh- und Neugeborenen mit einem Gewicht bis 1.250 g spielen hier die Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung und die Schwerpunktversorger die Hauptrolle. Sie machen mehr als 70 Prozent aller Krankenhäuser aus, die 2015 derartige Eingriffe durchführten. Von allen Krankenhäusern halten rd. 52 Prozent das Erreichen der Mindestmengenvorgaben für komplexe Speiseröhren-Eingriffe und rd. 43 Prozent der Mindestmenge für Pankreas-Eingriffe für nicht möglich, deutlich weniger als bei den Transplantationen, den koronarchirurgischen Eingriffen oder der Behandlung von Früh- und Neugeborenen.

## D.Wettbewerb im Krankenhaussektor

418. Die Krankenhäuser, welche 2015 die Vorgabemengen erreichten, sahen sich durchweg in der Lage, die Vorgaben weiterhin zu erfüllen, mehr als 60 Prozent meinen, die Vorgaben sehr leicht oder leicht zu erreichen. Von 2011 bis 2015 nahm die Zahl der Krankenhäuser, welche die komplexen Eingriffe durchführen, deutlich zu.<sup>522</sup>
419. 2015 erreichten mehr als 20 Prozent der Krankenhäuser, die Pankreas-Eingriffe durchführen, und rd. 38 Prozent der Häuser, die Ösophagus-Eingriffe durchführen, die Mindestmengenvorgaben nicht. Die Studie des Science Media Center und der Bertelsmann-Stiftung anhand der Qualitätsberichte 2017 ergab ebenfalls, dass diese Eingriffe besonders häufig von Krankenhäusern durchgeführt werden, welche die Mindestfallzahlen nicht erreichen.
420. Auch bei den Mindestmengenvorgaben für die **Knie-TEP** (Mindestmenge: 50 Fälle) ist nicht erkennbar, dass sie den Verhaltensspielraum der Krankenhäuser insgesamt deutlich begrenzen. Diese Eingriffe betreffen nach den Auswertungen 0,8 Prozent aller Krankenhausfälle und 1,7 Prozent der Krankenhausumsätze und damit ebenfalls nur einen kleinen Ausschnitt aus dem Leistungsspektrum der Krankenhäuser. Dies gilt auch bei einer Betrachtung nach Versorgungsstufen. Hier entfallen die größten Anteile der Knie-TEP-Eingriffe an der Gesamtfallzahl auf die Fachkliniken und die Grund- und Regelversorger. Gleichwohl bleiben auch hier die Fallanteile mit jeweils unter 3 Prozent begrenzt. Bei den Krankenhäusern der anderen Versorgungsstufen liegen sie weit darunter. Knie-TEP werden von rd. 73 Prozent der Krankenhäuser erbracht, von denen aber nur 1 Prozent angab, die Mindestmengenvorgaben seien sehr schwer oder unmöglich zu erreichen bzw. zu halten.
421. Von 2011 bis 2015 ist die Zahl der Krankenhäuser, die Knie-TEP implantieren, angestiegen. Die Zahl der Krankenhäuser, die diese Leistungen erbringen, aber die Mindestmengen nicht erreichen, ist nach der Auswertung mit 3,7 Prozent begrenzt. Diese Eingriffe haben von allen stationären Behandlungen, für die Mindestmengenregelungen gelten, die größte Bedeutung über alle Krankenhäuser gesehen. Auf diese Eingriffe entfallen rd. 61 Prozent aller stationären Fälle, für die Mindestmengenvorgaben gelten.

---

<sup>522</sup> Siehe oben Rn. 391.

**cc) Ergebnis**

422. Die Mindestmengenregelungen decken nur einen sehr kleinen Teil der von den Krankenhäusern erbrachten stationären Krankenhausbehandlungen ab. Weit über 95 Prozent der stationären Krankenhausbehandlungen unterliegen nach dem Ergebnis der Auswertungen nicht den Mindestmengenvorgaben des G-BA.<sup>523</sup> Zudem scheinen sie derzeit allenfalls eine sehr geringe begrenzende Wirkung für die Verhaltensspielräume der Krankenhäuser zu entfalten.

**3. Einflussnahme auf die Leistungsqualität**

423. Im Rahmen der Sektoruntersuchung wurden ferner die Spielräume der zugelassenen Krankenhäuser untersucht, die Qualität ihrer Leistungen im Rahmen der oben dargestellten staatlichen Regelungen<sup>524</sup> selbst festzulegen und auf das Verhalten konkurrierender Krankenhäuser zu reagieren.

**a) Vorgaben zur Qualitätssicherung auf Bundesebene**

424. Der G-BA hat auf Bundesebene für bestimmte schwerwiegende Eingriffe Mindeststandards in Bezug auf die Qualität der Krankenhausdienstleistungen verabschiedet.<sup>525</sup> Krankenhäuser, die diesen Mindeststandard nicht erfüllen, dürfen diese Eingriffe nicht durchführen.<sup>526</sup> Im Notfall muss ein Krankenhaus, das die vorgegebenen Standards nicht erreicht, den Patienten in ein möglichst nahe gelegenes Krankenhaus verlegen, das die Vorgaben erfüllt, bzw. ein geeignetes externes Ärzteteam hinzuziehen.<sup>527</sup>
425. Diese Vorgaben stellen jeweils Mindeststandards dar, die von jedem Krankenhaus übertroffen werden können. Insoweit verbleibt den Krankenhäusern die Freiheit, im Wettbewerb eine bessere Qualität als andere Krankenhäuser anzubieten.
426. Hinzu kommt, dass die Qualitätsvorgaben wie die Mindestmengenvorgaben des G-BA nur eine geringe Zahl spezialisierter Krankenhaufälle betreffen, wie der folgenden Tabelle zu entnehmen ist. Dabei wurde beim Einsatz der Positronenemissionstomographie beim Lungenkarzinom und bei der Protonentherapie beim Rektumkarzinom davon

---

<sup>523</sup> Siehe oben Rn. 373.

<sup>524</sup> Siehe oben Rn. 138 ff.

<sup>525</sup> Siehe oben Rn. 143 ff.

<sup>526</sup> So z.B. § 3 Abs. 1 MHI-RL, oben Fn. 258.

<sup>527</sup> Z.B. für **Bauchaortenaneurysmen**: § 3 Abs. 4 Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma in der Fassung vom 13.03.2008, zuletzt geändert am 14.05.2020, in Kraft getreten am selben Tag, [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2162/QBAA-RL\\_2020-05-14\\_iK-2020-05-14.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2162/QBAA-RL_2020-05-14_iK-2020-05-14.pdf); für **Risikoschwangerschaften**: § 4 Abs. 2 Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene in der Fassung vom 20.09.2005, zuletzt geändert am 14.05.2020, in Kraft getreten am selben Tag, [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2162/QBAA-RL\\_2020-05-14\\_iK-2020-05-14.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2162/QBAA-RL_2020-05-14_iK-2020-05-14.pdf).

## D.Wettbewerb im Krankenhaussektor

ausgegangen, dass jeder stationäre Fall, für den eine entsprechende Diagnose gestellt wurde, entsprechend behandelt wurde, um die größtmögliche Bedeutung dieser Therapien festzustellen.

**Tabelle 10: Anteil der Fälle mit Qualitätsvorgaben des G-BA in % an der Gesamtzahl aller Krankenhausfälle 2015<sup>528</sup>**

Gebiet der Qualitätsvorgaben	Fälle bundesweit 2015	Fall-Anteil in %
abdominales Aortenaneurysma	16.401	0,1%
TAVI	15.594	0,1%
Kinderherzchirurgie	3.837	0,0%
Kinderonkologie	2.169	0,0%
Positronenemissionstomographie beim Lungenkarzinom	192.358	1,0%
Protonentherapie beim Rektumkarzinom	58.677	0,3%
<b>Behandlungsfälle insgesamt 2015</b>	<b>19.758.261</b>	<b>100,0%</b>

427. Auch die Vorgaben für die Neu- und Frühgeborenen in den Perinatalzentren I und II betreffen nur eine begrenzte Zahl an Krankenhausfällen. Eine repräsentative Befragung des Deutschen Krankenhausinstituts ergab für das Jahr 2015, dass der Median der Fallzahl der 231 bundesweiten Perinatalzentren bei den Früh- und Reifgeborenen bei 301 Fällen lag, wobei die Zentren im Durchschnitt 26,2 Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.250 g und 15,5 Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht von 1.250 g bis 1.499 g hatten.<sup>529</sup>
428. Die Richtlinien des G-BA können mit den personellen und fachlichen Anforderungen auch nur bestimmte abstrakte Ausschnitte regeln, die zum Gesamtbild der Qualität eines Krankenhauses und seiner stationären Behandlungsleistungen beitragen. Diverse Qualitätsdimensionen werden von den Richtlinien nicht erfasst: Welche Expertise die behandelnden Ärzte tatsächlich aufweisen, wie gut die Teams auch unterschiedlicher Fachgebiete zusammenarbeiten und organisiert sind und wie die pflegerische Versorgung und die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten ausgestaltet ist, bleibt

<sup>528</sup> Quelle für die **Gesamtfallzahl**: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de), Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Fälle, Berechnungs- und Belegungstage, durchschnittliche Verweildauer), Gliederungsmerkmale: Jahre, Behandlungsort, Alter, Geschlecht, Fachabteilung mit der längsten Verweildauer; für die **Fälle von abdominalem Aortenaneurysma, Lungen- und Rektumkarzinom**: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de), Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Fälle/Sterbefälle, Fälle je 100000 Einwohner), Gliederungsmerkmale: Jahre, Wohnsitz, Alter, Geschlecht, Verweildauer, ICD-4-Steller, Art der Standardisierung; für die Fälle der **Kinderherzchirurgie**: Deutscher Herzbericht 2016, S. 8; für die Fälle der **TAVI**: Deutscher Herzbericht, Abb. 4/11, Seite 110; für die Fälle der **Kinderonkologie**: Kaatsch P, Grabow D, Spix C., Jahresbericht 2016 Deutsches Kinderkrebsregister am Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik der Universitätsmedizin der Joh. Gutenberg-Universität Mainz, Seite 4.

<sup>529</sup> Blum, 2. Perinatalbefragung zur pflegerischen Strukturqualität, Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Seite 38 f., [https://www.dki.de/sites/default/files/2019-05/Zweite\\_perinatalbefragung\\_finale\\_fassung.pdf](https://www.dki.de/sites/default/files/2019-05/Zweite_perinatalbefragung_finale_fassung.pdf).

## D. Wettbewerb im Krankenhaussektor

beispielsweise unregelt. Gleiches gilt für alle Leistungen außerhalb der medizinischen Behandlung, wie Unterbringungs- und Verpflegungsleistungen. Hier verfügen die Krankenhäuser weiterhin über einen weiten Spielraum, auf ihre Qualität Einfluss zu nehmen und Patienten für sich zu akquirieren. Soweit einzelne Krankenhäuser nicht in der Lage sind, die vorausgesetzten Mindestanforderungen der G-BA-Richtlinien zu erfüllen und insoweit die Behandlungsleistung nicht mehr erbringen dürfen, wird zwar der konkrete Wettbewerber aus dem Markt ausscheiden, nicht aber der Wettbewerb insgesamt durch den Mindeststandard ausgeschlossen. Vielmehr stehen allen Krankenhäusern über das geltende Mindestmaß hinausgehende Maßnahmen zur Steigerung der objektiv messbaren sowie der für die Patienten empfundenen Qualität zur Verfügung.

429. Das gleiche gilt für die Mindestanforderungen des G-BA an die stationäre Notfallversorgung. Durch diese Anforderungen wird ebenfalls der Handlungsspielraum der Krankenhäuser nicht beseitigt. Keinem Krankenhaus wird verboten, Notfälle zu behandeln. Im Gegenteil: Die allgemeine Hilfeleistungspflicht der Krankenhäuser bleibt unberührt. Bei den Regelungen geht es im Kern nur darum, ob ein Krankenhaus Vergütungszuschläge für die aus qualitativer Sicht notwendigen Vorhaltungen für eine gute Notfallversorgung mit zentraler Notaufnahme, Intensivbetten mit Beatmungsmöglichkeiten und umfassender Diagnostik erhält. Zentrales Ziel dabei ist eine Qualitäts- und Versorgungsverbesserung der Notfallversorgung.<sup>530</sup>
430. Die weiteren bundesweiten Vorgaben zu internem Qualitätsmanagement<sup>531</sup>, zur Qualitätssicherung<sup>532</sup> sowie zur Veröffentlichung von Qualitätsberichten<sup>533</sup> dienen der Überwachung der erbrachten Qualität anhand von bestimmten, gemessenen Parametern sowie der Transparenz gegenüber den Patienten. Maßnahmen, welche die Leistungsqualität unmittelbar betreffen, werden hierdurch nicht berührt. Der Verhaltensspielraum der Krankenhäuser, eigenständig über die Qualitätsmaßnahmen zu entscheiden, bleibt von diesen Regelungen unberührt.
431. Die wettbewerblichen Handlungsspielräume der Krankenhäuser werden durch die Qualitätsvorgaben auf Bundesebene im Ergebnis für wenige Fälle insoweit eingeschränkt, als es hier für alle geltende Mindeststandards gibt, die sie im Wettbewerb nicht unterschreiten dürfen. Für jedes Krankenhaus besteht aber die Möglichkeit, die

---

<sup>530</sup> So explizit der Krankenhausplan für das Saarland 2018 bis 2015, 2.6, S. 23.

<sup>531</sup> Siehe oben Rn. 158.

<sup>532</sup> Siehe oben Rn. 159 ff.

<sup>533</sup> Siehe oben Rn. 168.

## D. Wettbewerb im Krankenhaussektor

Vorgaben zu übertreffen oder mit nicht geregelten Parametern eine bessere Qualität als die konkurrierenden Krankenhäuser zu bieten. Zwar können die Mindestvorgaben dazu führen, dass einzelne Krankenhäuser die Vorgaben nicht erfüllen können und deshalb aus der Versorgung bestimmter Behandlungsbereiche ausscheiden. Dies begrenzt jedoch nur die Zahl der Wettbewerber, nicht aber die Handlungsmöglichkeiten insgesamt.

### **b) Vorgaben zur Qualitätssicherung auf Landesebene**

432. Die vom G-BA und vom jeweiligen Bundesland beschlossenen planungsrelevanten Qualitätsvorgaben sollen von den Landesbehörden nach § 136c Abs. 1 Satz 1 SGB V dazu genutzt werden, qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung zu treffen. Erbringt ein Plankrankenhaus nicht nur vorübergehend in einem erheblichen Maße unzureichende Qualität bei den maßgeblichen Qualitätsindikatoren, muss das Krankenhaus insoweit ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden (§ 8 Abs. 1b KHG). Das Gleiche gilt für Krankenhäuser, für die in 3 aufeinanderfolgenden Jahren ein Qualitätsabschlag erhoben wurde. Diese Regelungen sind anwendbar, soweit die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des G-BA Bestandteil des Krankenhausplans geworden sind und nicht durch Landesrecht ganz oder teilweise ausgeschlossen bzw. eingeschränkt worden sind (§ 6 Abs. 1a Satz 2 KHG).
433. Diese Regelungen schließen den Qualitätswettbewerb der Krankenhäuser ebenfalls nicht aus, sondern sollen dafür sorgen, dass alle Krankenhäuser die Vorgaben als Untergrenze einhalten. Jeder Krankenhausträger kann im Geltungsbereich der Indikatoren darüber hinausgehende Qualitätsaspekte eigenständig bestimmen und umsetzen, wie z.B. Wartezeiten oder Personalbelastungszahlen.
434. Zudem erfassen die Indikatoren allein die medizinische Behandlung und decken auch nur bestimmte Qualitätsaspekte ab. Dies lässt den Krankenhäusern auch neben dem Geltungsbereich der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren einen großen Spielraum hinsichtlich eigener Qualitätsmaßnahmen. Dies betrifft insbes. die pflegerischen, therapeutischen und sonstigen Leistungen des Krankenhauses, wie Unterkunft und Verpflegung.
435. Hinzu kommt, dass die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren derzeit nur den Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe betreffen, eine von insgesamt 37 somatischen

## D. Wettbewerb im Krankenhaussektor

Fachabteilungen<sup>534</sup>, in der 2017 rd. 9 Prozent aller stationären Krankenhausfälle behandelt wurden und die rd. 5 Prozent der Berechnungs- und Belegungstage aller Krankenhäuser ausmachte.<sup>535</sup> Diese begrenzte Reichweite der Indikatoren bleibt auch dann bestehen, wenn die vom IQTIG untersuchten weiteren Indikatoren vom G-BA als planungsrelevante Qualitätsindikatoren beschlossen werden sollten, denn auch diese Indikatoren betreffen allein das Fachgebiet der Frauenheilkunde und Geburtshilfe.<sup>536</sup>

436. Derzeit haben die geltenden 11 Indikatoren auf der Grundlage der vom G-BA beschlossenen Richtlinie zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 136c SGB V<sup>537</sup> für die Krankenhausplanung keine Relevanz: Sie stellen keine Grundlage für einen Eingriff in die Berufsfreiheit der Krankenhausträger durch eine teilweise oder vollständige Herausnahme eines Krankenhauses aus dem Krankenhausplan dar, denn sie geben den Landesplanungsbehörden keine Maßstäbe und Kriterien vor, wann eine in erheblichem Maße unzureichende Qualität vorliegt. Eine solche Grundlage ist erst für die zukünftige Festlegung neuer Indikatoren vorgesehen.<sup>538</sup> Über den Vorschlag des IQTIG zu den Maßstäben und Kriterien<sup>539</sup> hat der G-BA noch nicht entschieden.
437. Die Krankenhausplanung erfolgt derzeit auf der Ebene der Fachabteilungen.<sup>540</sup> Damit sich die Indikatoren für die Zwecke der Krankenhausplanung der Bundesländer eignen, wäre ein Bündel von Indikatoren erforderlich, die zusammen betrachtet eine Bewertung der von einer Fachabteilung insgesamt erbrachten Versorgungsqualität ermöglichen.<sup>541</sup> Mit den bislang vorliegenden Indikatoren sind auch nach Ansicht des G-BA

---

<sup>534</sup> Gemäß Schlüssel 6 - Fachabteilungsschlüssel in Anlage 2 zur Vereinbarung gemäß § 301 Abs. 3 SGB V über das Verfahren zur Abrechnung und Übermittlung der Daten nach § 301 Abs. 1 SGB V, [https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2\\_Themen/2.1\\_Digitalisierung\\_Daten/2.1.3\\_Elektronische\\_Dateneuebermittlung/2.1.3.1\\_Dateneuebermittlung\\_zu\\_Abrechnungszwecken/01\\_GKV/01\\_Gesamtdokumentation/Gesamtdokumentation\\_SGBV\\_301\\_2019-12-06.pdf](https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.1_Digitalisierung_Daten/2.1.3_Elektronische_Dateneuebermittlung/2.1.3.1_Dateneuebermittlung_zu_Abrechnungszwecken/01_GKV/01_Gesamtdokumentation/Gesamtdokumentation_SGBV_301_2019-12-06.pdf).

<sup>535</sup> Berechnungen anhand der Berechnungs- und Belegungstage sowie der fachabteilungsbezogenen Fallzahl für 2017 auf der Grundlage von Tabelle 2.2.3 – aufgestellte Betten, Berechnungs-/Belegungstage und Patientenbewegung nach Fachabteilungen, Grunddaten der Krankenhäuser 2017, DESTATIS Fachserie 12 Reihe 6.1.1, S. 26 f., [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611177004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611177004.pdf?__blob=publicationFile).

<sup>536</sup> Hierzu siehe oben Rn. 195 f.

<sup>537</sup> Zu den Kriterien siehe oben Rn. 192, Tabelle 2.

<sup>538</sup> Siehe oben Rn. 191.

<sup>539</sup> Siehe oben Rn. 197.

<sup>540</sup> Siehe oben Rn. 254.

<sup>541</sup> Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und SPD, Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) vom 30.06.2015, BT Drs. 18/5372, Zu § 136c Absatz 1, S. 89, <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/18/053/1805372.pdf>.

## D. Wettbewerb im Krankenhaussektor

unmittelbare Schlussfolgerungen für die Fachabteilungsebene oder das gesamte Krankenhaus als Ebene der Krankenhausplanung der Länder jedoch nicht möglich.<sup>542</sup>

438. 10 Bundesländer haben zudem entschieden, die Kriterien des G-BA nicht automatisch für die Landesplanung zu übernehmen.<sup>543</sup>
439. Die von den Bundesländern eigenständig für die Zwecke der Krankenhausplanung verwendeten Qualitätsparameter stellen zusätzliche - landesweit geltende - Mindestanforderungen an die Strukturen der Krankenhäuser. Mit diesen Vorgaben ergänzen die Bundesländer die bundesweiten einheitlichen Mindeststandards mit Wirkung für ihr jeweiliges Bundesland. Diese Parameter betreffen weitgehend die Krankenhausstrukturen und lassen den Trägern weiterhin Spielraum zu höherwertigen Strukturen sowie dazu, über Maßnahmen der Prozess- und Ergebnisqualität ihre Behandlungsqualität aus Sicht der Patienten im Vergleich zu anderen Krankenhäusern zu verbessern.

### c) Freiwillige Qualitätssicherungsmaßnahmen

440. Freiwillige Maßnahmen der Qualitätssicherung, wie Zertifizierungen oder der Beitritt zu einer Qualitätsinitiative stehen jedem Krankenhausträger als Handlungsoption frei, um hierdurch Patienten für sein Krankenhaus zu gewinnen.
441. Die unmittelbaren Wirkungen der Zertifizierung für die Patientenakquise sind jedoch nach eigener Einschätzung der Krankenhäuser gering. Im Rahmen der Befragung gaben 42 Prozent der Krankenhäuser an, Zertifizierungen der allgemeinen Qualität hätten eine sehr hohe oder hohe Bedeutung für die Auswahlentscheidungen der Patienten. In Bezug auf die Zertifizierung spezieller Behandlungen lag dieser Anteil bei nur 17 Prozent. Von den abgefragten Auswahlkriterien lagen die Zertifizierungen an drittletzter bzw. letzter Stelle.<sup>544</sup> Die Maßnahmen führen erst dann zu einem bedeutsamen Patientenzulauf, wenn sie zu einer von niedergelassenen Ärzten und Patienten zu beobachtenden guten Qualität führen.

### d) Tatsächliche Bedeutung der Leistungsqualität als Wettbewerbsparameter

442. Die Qualität ihrer Leistungen ist aus Sicht der Krankenhäuser ein sehr bedeutender Wettbewerbsparameter. Er hat einen sehr großen Einfluss auf den Patientenzulauf und

---

<sup>542</sup> Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Liste der Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Abs. 1 SGB V: Liste planungsrelevanter Qualitätsindikatoren vom 15.12.2016, Seite 3, Fn. 339.

<sup>543</sup> Siehe oben Rn. 199.

<sup>544</sup> Zum Ergebnis aller Kriterien siehe unten Rn. 511, Abbildung 79.



## D. Wettbewerb im Krankenhaussektor

führt damit zum Anreiz des Krankenhausträgers, in seinem Haus eine für die Patienten optimale Qualität zu erbringen.

443. Dies betrifft zuerst die Behandlungsqualität. Im Rahmen der Befragung hatten die Krankenhäuser auf einer Skala von 1 bis 5 einzuschätzen, welche Bedeutung verschiedene aufgelistete Kriterien aus Sicht der Patienten für die Auswahl eines Krankenhauses für eine stationäre Behandlung haben.<sup>545</sup> Die Befragung ergab, dass eine hohe medizinische Behandlungsqualität im Krankenhaus direkt nach der Empfehlung des einweisenden Arztes an zweiter Stelle steht. Aus Sicht von über 90 Prozent der Krankenhäuser ist eine hohe Behandlungsqualität sehr bedeutend oder bedeutend.<sup>546</sup>
444. Für die aus Sicht der Krankenhäuser an erster Stelle für die Krankenhauswahl stehende Empfehlung des einweisenden Arztes ist wiederum auch die medizinische Krankenhausqualität im Krankenhaus von entscheidender Bedeutung, wie die Befragung der niedergelassenen Ärzte ergab. Die Ärzte hatten im Rahmen der Befragung einzuschätzen, welche Bedeutung verschiedene Auswahlkriterien für ihre Empfehlung eines Krankenhauses haben, darunter auch die medizinische Qualität.<sup>547</sup> Sie wurde von 87 Prozent der niedergelassenen Ärzte als sehr bedeutend und von 9 Prozent als eher bedeutend für ihre Empfehlung angesehen und hat damit für die niedergelassenen Ärzte die größte Bedeutung unter allen Kriterien.<sup>548</sup>
445. Die große Bedeutung der Behandlungsqualität für den Wettbewerb um Patienten zeigt sich auch an der Reaktion der Krankenhäuser auf Veröffentlichungen zu Qualitätsmängeln einzelner Krankenhäuser. Das IQTIG hat in den Jahren 2018 und 2019 im Auftrag des G-BA auf der Grundlage der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren Krankenhausdaten<sup>549</sup> für die geltenden 11 planungsrelevanten Qualitätsindikatoren aus den Leistungsbereichen gynäkologische Operationen, Geburtshilfe und Mammachirurgie ausgewertet. Die Ergebnisse wurden durch den G-BA veröffentlicht und ergaben für 2017 in 73 Fällen Auffälligkeiten, die als „unzureichende Qualität“ eingestuft wurden. 2018 waren es 66 Auffälligkeiten an 62 Standorten. Hierüber wurde in der

---

<sup>545</sup> Fragebogen Krankenhäuser, Frage IV.1.

<sup>546</sup> Zu den abgefragten Kriterien und ihrer Bewertung im Übrigen siehe unten Rn. 511.

<sup>547</sup> Ärztefragebogen, Frage 3 a).

<sup>548</sup> Zu den übrigen abgefragten Kriterien und der Einschätzung ihrer Bedeutung siehe unten Rn. 519.

<sup>549</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren in der Fassung vom 15.12.2016, zuletzt geändert am 14.05.2020, in Kraft getreten am selben Tag, Fn. 340.

## D.Wettbewerb im Krankenhaussektor

Presse ausführlich berichtet.<sup>550</sup> Auffällig markierte Krankenhäuser wurden in der Folge mit generell schlechter Behandlungsqualität assoziiert.

446. Auf die Veröffentlichung der ersten Ergebnisse am 31. Oktober 2018 hatte sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft an die Öffentlichkeit gewandt und kritisiert, dass ein Modell für eine einheitliche Differenzierung der Qualität fehle und aufgrund einzelner Qualitätsindikator-Bewertungen kein Krankenhaus rechtssicher aus dem Krankenhausplan ausgeschlossen werden könne. Sie beantragte eine Überprüfung des Verfahrens sowie der Ergebnisdarstellung in dem Bericht.<sup>551</sup> Daraufhin ließ der G-BA die Auswertungsergebnisse durch das IQTIG überprüfen, das die fachliche Einstufung der Indikatorergebnisse im Ergebnis nicht korrigierte, aber Anpassungen bei der Datenvalidierung sowie der Ergebnisdarstellung vornahm und in ergänzenden Erläuterungen klarstellte, dass sich die Bewertung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nicht auf die Versorgungsqualität einer Abteilung oder eines Krankenhausstandorts insgesamt, sondern allein auf die Aspekte bezieht, die durch die elf ausgewählten Qualitätsindikatoren adressiert werden.<sup>552</sup> Der G-BA beschloss, die entsprechend überarbeiteten Fassungen zu veröffentlichen<sup>553</sup> und wies in seiner Pressemeldung explizit darauf hin, dass von einzelnen Ergebnissen aus bestimmten Behandlungsbereichen nicht auf

---

<sup>550</sup> Sieben Kliniken in Baden-Württemberg fallen unangenehm auf, Stuttgarter Zeitung vom 12.11.2018, <https://www.stuttgarter-nachrichten.de/inhalt.tuev-fuer-krankenhaeuser-fuenf-kliniken-fallen-unangenehm-auf.93b3f122-fa3a-41d8-9415-f9bb5d45abcc.html#>; Bundesweite Auswertung 73 Krankenhäuser liefern „unzureichende Qualität“, Spiegel Online vom 12.11.2018, <https://www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/krankenhaus-tuev-diese-73-kliniken-liefern-unzureichende-qualitaet-a-1237366.html>; „Unzureichende Qualität“ Prüfer rügen mehr als 60 Krankenhäuser, Spiegel Online vom 31.10.2019, <https://www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/deutsche-krankenhaeuser-mit-unzureichender-qualitaet-pruefer-ruegen-mehr-als-60-kliniken-a-1294042.html>; Qualitätsinstitut findet Versorgungsmängel in mehr als 50 Fällen, aerzteblatt.de vom 31.10.2019, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/107079/Qualitaetsinstitut-findet-Versorgungsmaengel-in-mehr-als-50-Faellen>.

<sup>551</sup> „DKG zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren Wichtiger Schritt zu einer differenzierten Betrachtung der Ergebnisse bei planungsrelevanten Qualitätsindikatoren“, Pressemitteilung der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 20.12.2018, [https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Media-pool/1\\_DKG/1.7\\_Presse/1.7.1\\_Pressemitteilungen/2018/2018-12-20\\_PM\\_DKG\\_zu\\_planungsrelevanten\\_Qualitaetsindikatoren.pdf](https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Media-pool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilungen/2018/2018-12-20_PM_DKG_zu_planungsrelevanten_Qualitaetsindikatoren.pdf).

<sup>552</sup> „Ergänzende Erläuterungen zu den Ergebnisdarstellungen des Berichts nach § 17 plan. QI-RL zum Erfassungsjahr 2017“ vom 13.05.2019, Version 4, IQTIG, Anlage 4 zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Veröffentlichung eines aktualisierten Berichts gemäß § 17 plan. QU-RL: Erfassungsjahr 2017 vom 20.06.2019, Kap. 1, S. 3 und Kap. 3, S. 4; [https://www.g-ba.de/downloads/40-268-5795/2019-06-20\\_PlanQI-RL\\_Veroeffentlichung-QI-akt-Bericht-2017\\_Anlage-4.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/40-268-5795/2019-06-20_PlanQI-RL_Veroeffentlichung-QI-akt-Bericht-2017_Anlage-4.pdf).

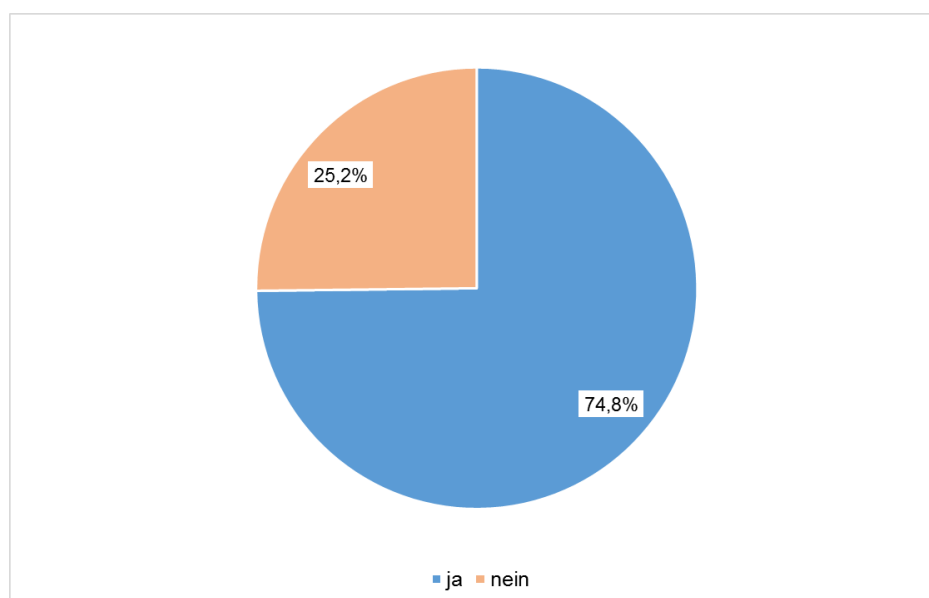
<sup>553</sup> Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Veröffentlichung eines aktualisierten Berichts gemäß § 17 plan. QU-RL: Erfassungsjahr 2017 vom 20.06.2019, [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3812/2019-06-20\\_PlanQI-RL\\_Veroeffentlichung-QI-akt-Bericht-2017.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3812/2019-06-20_PlanQI-RL_Veroeffentlichung-QI-akt-Bericht-2017.pdf).

## D.Wettbewerb im Krankenhaussektor

die Qualität eines gesamten Krankenhauses geschlossen werden könne.<sup>554</sup> Der Anregung von Seiten der Krankenhausgesellschaft, auch eine zusammengefasste Stellungnahme des jeweiligen Krankenhauses zu veröffentlichen, folgte der G-BA nicht.<sup>555</sup>

447. Aber auch die Qualität in Bezug auf die Unterbringung und Verpflegung der Patienten sowie in Bezug auf die Organisation des Krankenhauses wird von den Krankenhäusern für wichtig erachtet und daher mit Patientenbefragungen überwacht. Der weit überwiegende Teil der Krankenhäuser führt fortlaufende Patientenbefragungen durch und erhält dadurch Informationen zum Verbesserungsbedarf aus Sicht der Patienten.<sup>556</sup> Stellen sich Verbesserungen als tatsächlich notwendig heraus, ergreifen die Krankenhäuser entsprechende Maßnahmen.<sup>557</sup>

**Abbildung 50: Anteil der Krankenhäuser, die 2016 fortlaufende Patientenbefragungen durchführten (N=405)**



<sup>554</sup> „Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung – Überprüfung der Auswertungsergebnisse im Bericht 2017 ergab keinen inhaltlichen Änderungsbedarf“, Pressemitteilung des G-BA vom 20.06.2019, <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen/802/>; hierzu auch: „Korrekturbedarf erkannt – GBA beschließt Nachbesserungen bei der Ergebnisdarstellung des IQTIG zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren“, Pressemitteilung der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 20.06.2019, [https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Media-pool/1\\_DKG/1.7\\_Presse/1.7.1\\_Pressemitteilungen/2019/2019-06-20\\_PM\\_DKG\\_zu\\_planungsrelevanten\\_Qualitaetsindikatoren.pdf](https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Media-pool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilungen/2019/2019-06-20_PM_DKG_zu_planungsrelevanten_Qualitaetsindikatoren.pdf).

<sup>555</sup> „DKG zur Veröffentlichung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren: Plan.QI für Krankenhausplanung noch nicht geeignet“, Pressemitteilung der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 31.10.2019.

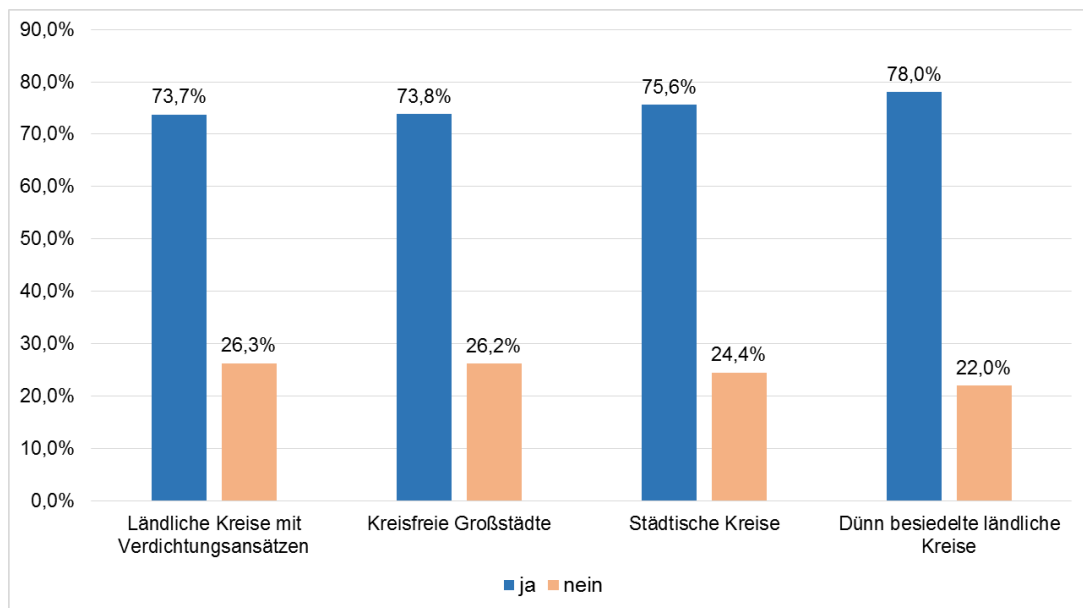
<sup>556</sup> Antworten auf den Krankenhausfragebogen, Frage IV.4.

<sup>557</sup> Antworten auf den Krankenhausfragebogen, Frage IV.

## D. Wettbewerb im Krankenhaussektor

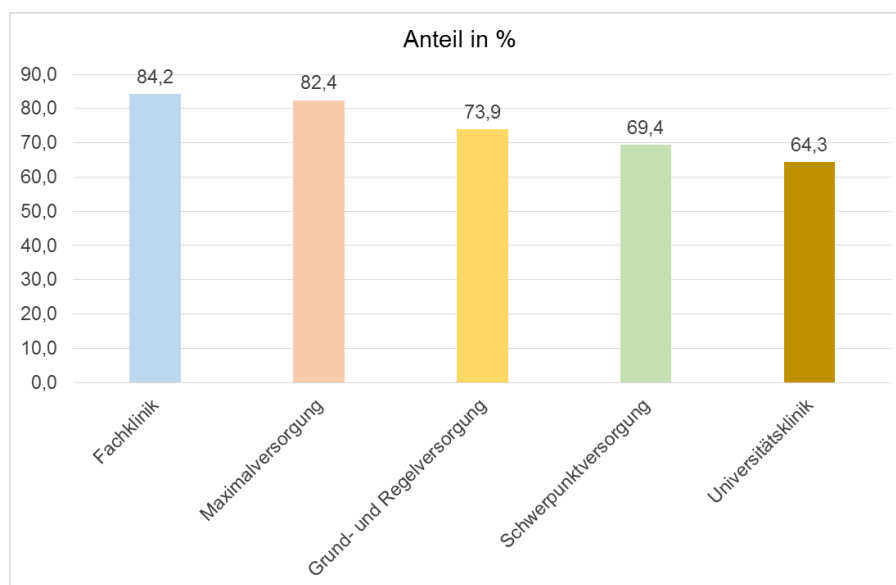
448. Von den Krankenhäusern, die angaben, eine fortlaufende Patientenbefragung durchzuführen, haben 4 Prozent im Jahr 2014 mit diesen Befragungen begonnen und 6 Prozent starteten im Jahr 2015.
449. Werden die befragten Krankenhäuser nach den Siedlungsstrukturtypen der Region unterteilt, in der sie ihren Sitz haben, so zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen städtischen und ländlich geprägten Regionen.

**Abbildung 51: Verteilung der Krankenhäuser, die 2016 fortlaufende Patientenbefragungen durchführten nach siedlungsstrukturellen Typen (N=405)**



450. Bezogen auf die Versorgungsstufen zeigten sich dagegen deutlichere Unterschiede. Fachkliniken und Maximalversorger führen mit einem Befragungsanteil von jeweils über 80 Prozent vergleichsweise häufig fortlaufende Patientenbefragungen durch, während weniger als 2/3 der Universitätskliniken hiervon Gebrauch machen.

**Abbildung 52: Anteil der Krankenhäuser mit fortlaufender Patientenbefragung nach Versorgungsstufen 2016 (N=405)**



451. Die Patientenbefragungen erfassen im Durchschnitt rd. 20 Prozent der in dem jeweiligen Krankenhaus behandelten Patienten, die Bandbreite reicht dabei von weniger als 0,1 Prozent der Patienten bis zu einer 100 Prozent igen Vollbefragung.<sup>558</sup>
452. In den Freitextangaben der befragten Krankenhäuser zu den wesentlichen Ergebnissen ihrer fortlaufenden Patientenbefragungen in den Jahren 2013 bis 2015<sup>559</sup> machte etwa ein Drittel der Krankenhäuser nur allgemeine Angaben zur Patientenzufriedenheit. Rd. zwei Drittel der Krankenhäuser gab die Ergebnisse für einzelne abgefragte Kriterien zu erkennen. Dabei kristallisierte sich aus den Antworten heraus, dass die Krankenhäuser weitgehend die gleichen Kriterien abfragen und verschiedene Kriterien zusammengefasst betrachtet werden können. Für die Auswertung wurden die medizinische Behandlung, die Pflegeleistungen, die Aufklärung zu Behandlungen und Medikamenten sowie die Bewertung der Schmerzbehandlungen zur Gruppe der Behandlungsleistungen zusammengefasst, die Kriterien Einrichtung/Ausstattung/Gebäude, Verpflegung, Sauberkeit/Reinigung und Freundlichkeit zur Gruppe der Hotelleistungen und die Kriterien Wartezeit, Information/Kommunikation sowie Aufnahme-/Entlassmanagement zur Gruppe Krankenhausorganisation.
453. Die Antworten zeigen, dass bei den Patienten Hinweise und Einschätzungen zur Behandlungsqualität an zweiter Stelle nach der Bewertung der Hotelleistungen und vor Einschätzungen zur Krankenhausorganisation stehen. Die Zahl der Krankenhäuser,

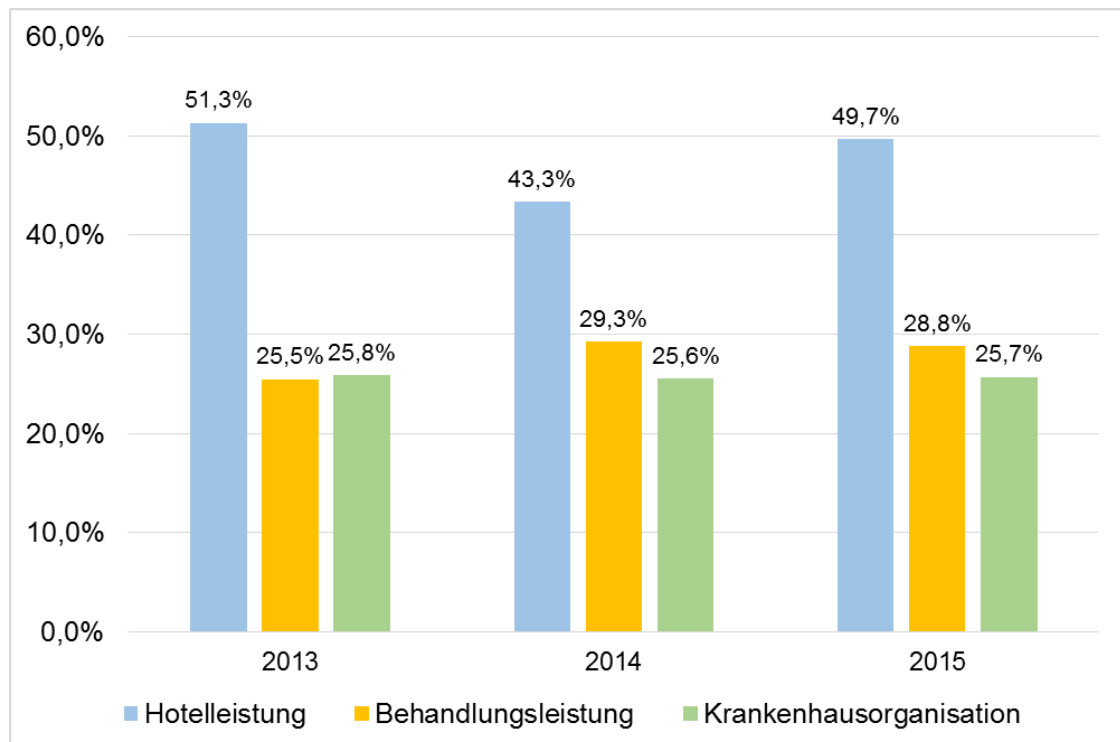
<sup>558</sup> Antworten zu Frage IV.5, Antwortspalte 1 des Krankenhausfragebogens.

<sup>559</sup> Antworten zu Frage IV.5, Antwortspalte 2 des Krankenhausfragebogens.

## D.Wettbewerb im Krankenhaussektor

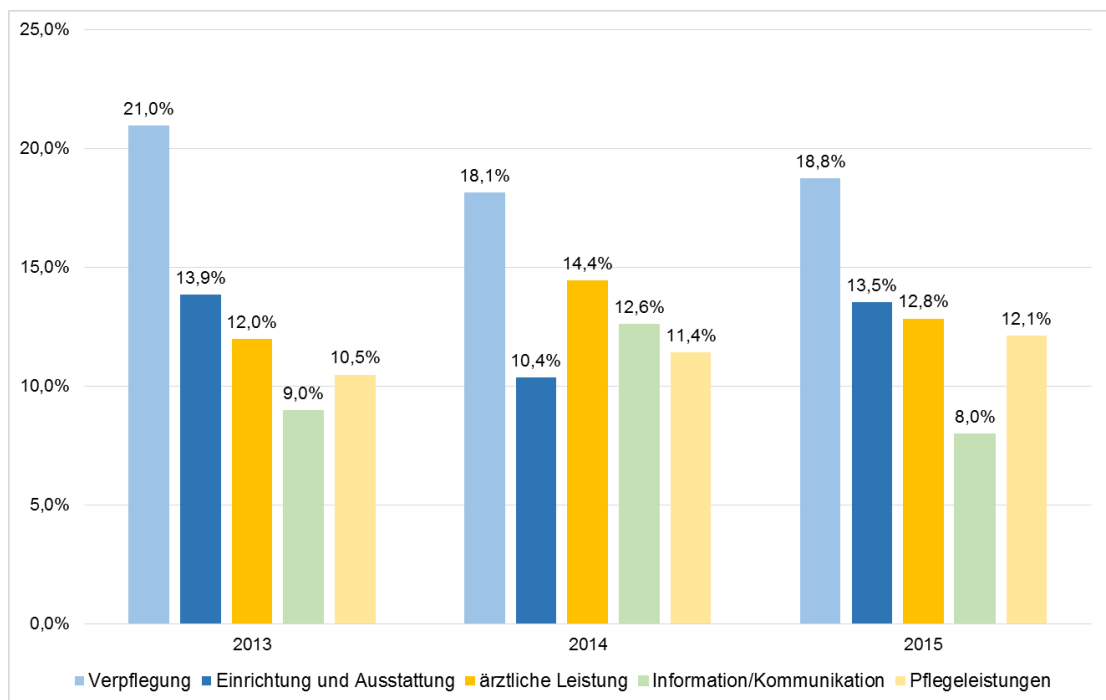
die fortlaufende Patientenbefragungen durchführt, ist dabei von 267 im Jahr 2013 auf 288 im Jahr 2015 angestiegen.

**Abbildung 53: Anteil der Nennungen von den Krankenhäusern mit fortlaufender Patientenbefragung in % (N2013=267; N2014=270 und N2015=288)**



454. Nachfolgend wurden die bedeutsamsten Kriterien betrachtet, die im Rahmen der Patientenbefragungen von den Krankenhäusern für die Jahre 2013 bis 2015 jeweils genannt wurden. Die Auswertung zeigt, dass die ärztliche Leistung wiederum an zweiter bzw. dritter Stelle hinter der Verpflegung bzw. Einrichtung und Ausstattung des Krankenhauses steht, gefolgt von den Pflegeleistungen. Die meisten Angaben erfolgten für die blau markierten Hotelleistungen zu Verpflegung sowie Einrichtung und Ausstattung der Patientenbereiche. Danach folgen bereits die Behandlungsleistungen (ärztliche Leistungen und Pflegeleistungen). Die übrigen Kriterien insbes. der Krankenhausorganisation spielen im Rahmen der Patientenbefragungen eine nachrangige Rolle. Nur die Information/Kommunikation mit den Patienten hat noch eine gewisse Bedeutung.

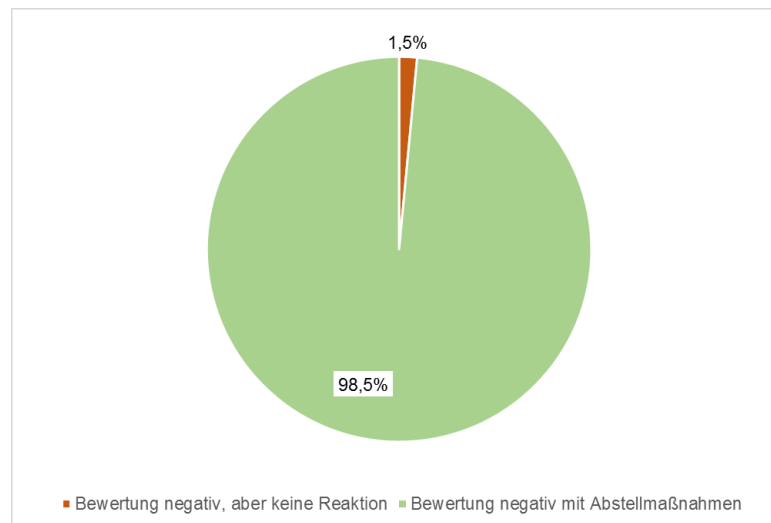
**Abbildung 54: Anteil der häufigsten Nennungen von Qualitätskriterien durch Patienten von den Krankenhäusern mit fortlaufender Patientenbefragung in den Jahren 2013 bis 2015 in % (N2013=267; N2014=270 und N2015=288)**



455. Die Ergebnisse der fortlaufenden Patientenbefragungen werden von den Krankenhäusern aufgenommen und negativ bewertete Leistungen als Konsequenz daraus weit überwiegend verändert. Die Krankenhäuser hatten für die Jahre 2013 bis 2015 jeweils die wesentlichen Ergebnisse ihrer Befragung sowie die auf dieser Grundlage ergriffenen Maßnahmen anzugeben.<sup>560</sup> Von den 288 Krankenhäusern, die angaben, 2015 fortlaufende Patientenbefragungen durchgeführt zu haben, ergaben die Patientenbefragungen bei rd. 31 Prozent der Krankenhäuser positive Bewertungen, ohne dass besondere Kritikpunkte erwähnt wurden. Rd. 69 Prozent der Krankenhäuser erhielten in ihren Befragungsbögen konkrete Kritikpunkte von den Patienten mitgeteilt. Darauf reagierten die weitaus meisten Krankenhäuser und ergriffen Maßnahmen, um die kritisierten Punkte zu verbessern. Nur sehr wenige Krankenhäuser (1,5 Prozent) gaben an, keine Maßnahmen auf die Kritik in den Patientenbefragungen hin ergriffen zu haben.

<sup>560</sup> Krankenhausfragebogen, Frage IV.5, Antwortspalten 2 und 3.

**Abbildung 55: Reaktionen der Krankenhäuser 2015 auf Kritik im Rahmen fortlaufender Patientenbefragungen (N=288)**



### d) Ergebnis

456. Die auf Bundes- bzw. auf Landesebene geltenden Qualitätsregelungen enthalten Mindestvorgaben, die den Wettbewerb um einen höheren Standard nicht ausschließen. Die Vorgaben erfassen nur bestimmte Qualitätsdimensionen und lassen sowohl in ihrem jeweiligen Regelungsbereich als auch außerhalb davon hinreichenden Spielraum für die Krankenhausträger, selbst festzulegen, welche Leistungsqualität sie tatsächlich erbringen.
457. Die Leistungsqualität ist aus Sicht der Krankenhäuser der bedeutsamste Parameter für die Patienten, ihr Krankenhaus für eine stationäre Behandlung auszuwählen. Dies bestätigten die Informationen der Krankenhäuser zu ihren fortlaufenden Patientenbefragungen. Hier stehen die medizinischen Behandlungen an zweiter Stelle hinter den Hotelleistungen. Insbes. in diesem Bereich sind die Krankenhäuser frei, ihre Qualität selbst zu bestimmen.

## 4. Weitere Wettbewerbsparameter

458. Gegenstand der Untersuchung war auch die Frage, welche Handlungsoptionen den Krankenhäusern über das Behandlungsspektrum und der Qualität hinaus zur Verfügung stehen, um Patienten für eine stationäre Behandlung zu gewinnen. Hierzu wurden die Vernetzung der Krankenhäuser mit dem ambulanten Sektor sowie die Bedeutung von Kooperationsvereinbarungen mit anderen Einrichtungen und die Beschaffung von medizinischem Bedarf näher analysiert.



### a) Vernetzung mit dem ambulanten Sektor

459. Im Rahmen der Sektoruntersuchung wurde geprüft, welche Bedeutung der ambulante Sektor als Einweiser der Patienten in die Krankenhäuser hat und inwieweit sich die Krankenhausträger im Rahmen der geltenden Regelungen mit diesem Sektor vernetzen, um hierüber einen bevorzugten Zugang zu Patienten zu bekommen. Die engste Verbindung entsteht dabei in dem Fall, in dem ein Krankenhausträger Kassenarztsitze erwirbt und mit angestellten Ärzten in medizinischen Versorgungszentren nach § 95 SGB V selbst ambulante ärztliche Behandlungen erbringt. Daneben können die Krankenhausträger mit niedergelassenen Vertragsärzten in unterschiedlicher Weise kooperieren bzw. niedergelassenen Vertragsärzten Praxisräume auf dem Krankenhausgelände zur Verfügung stellen.

#### aa) Bedeutung des ambulanten Behandlungssektors als Krankenhaus-Einweiser

460. Zur Feststellung der Bedeutung des ambulanten Behandlungssektors als Krankenhaus-Einweiser hat das Bundeskartellamt zunächst analysiert, auf welchen Wegen die Patienten in das sie behandelnde Krankenhaus gelangen. Hierzu hatten die Krankenhäuser anzugeben, wie viele somatische Fälle des Jahres 2015 über welche Einweiser in das Krankenhaus gekommen sind.<sup>561</sup>
461. Die Fallzahlen waren getrennt für niedergelassene Ärzte (unterteilt in Ärzte ohne Verbindung zum Krankenhaus, Belegärzte, Konsiliarärzte und Honorarärzte), Rettungsdienste, Verlegungen aus anderen Krankenhäusern, im Krankenhaus angestellte Ärzte, Ärzte aus den eigenen MVZ, Selbsteinweisungen von Patienten bzw. Einweisungen nahestehender Personen und sonstige Einweiser mitzuteilen. Bei der Auswertung zeigte sich, dass die von den niedergelassenen Ärzten stammenden Einweisungen gut zugeordnet werden können. Von den 405 Krankenhäusern, die die Fragen beantworteten, konnten jedoch nur 90, d.h. 22 Prozent, einschätzen, wie viele Fälle jeweils auf die einzelnen Einweisergruppen außerhalb der niedergelassenen Vertragsärzte entfallen. Die übrigen Krankenhäuser konnten nur Einschätzungen für verschiedene Einweisergruppen zusammen abgeben, z.B. für die Einweisergruppen Rettungsdienst und Selbsteinweiser. 20 Prozent der Krankenhäuser gaben zur Begründung in den Anmerkungen<sup>562</sup> explizit an, für die Rettungsdienste bzw. die Selbsteinweiser keine gesonderten Statistiken zu führen und diese Angaben auch nicht über ihr jeweiliges Krankenhausinformationssystem aufrufen zu können.

---

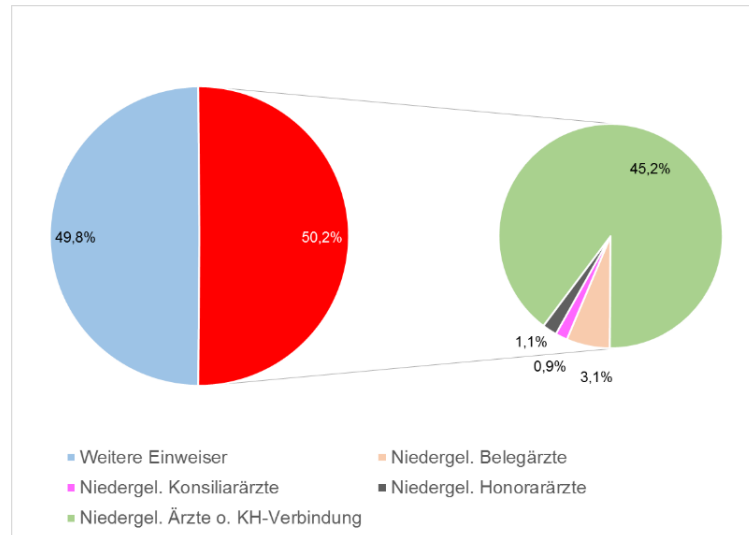
<sup>561</sup> Frage V.4 des Krankenhausfragebogens.

<sup>562</sup> Anmerkungsfeld unter V.7 des Krankenhausfragebogens.

## D. Wettbewerb im Krankenhaussektor

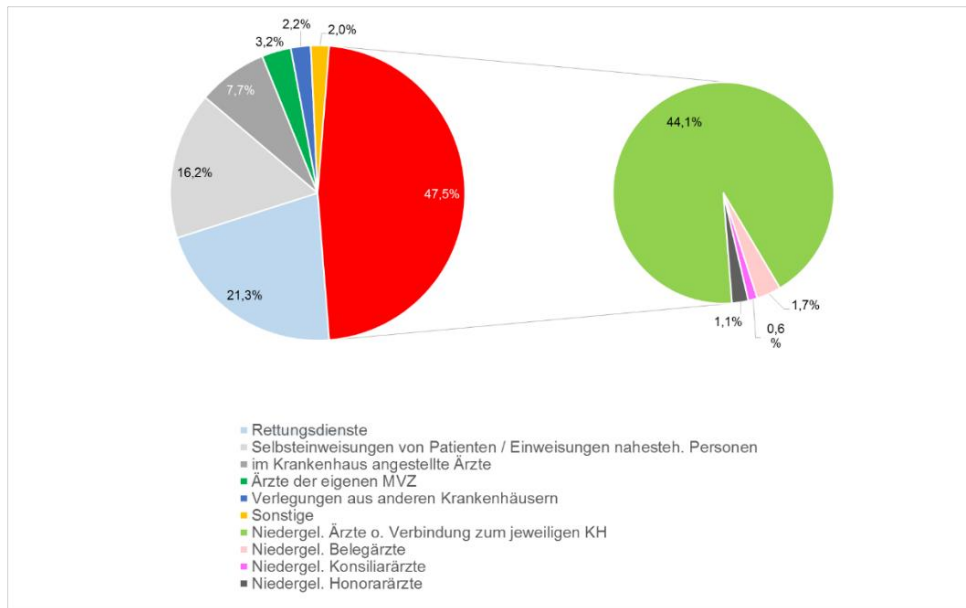
462. Daher wurde zunächst für die niedergelassenen Ärzte ausgewertet, wie viele Patienten sie in die Krankenhäuser eingewiesen haben. Die anderen Einweisergruppen wurden als Kategorie „übrige Einweiser“ zusammengefasst. So konnten die Angaben aller 405 antwortenden Krankenhäuser verwendet werden.

**Abbildung 56: Anteil der Fälle nach Einweisergruppen an der Gesamtfallzahl aller Krankenhäuser 2015 (N=405)**



463. Die Auswertung ergab, dass im Jahr 2015 rd. die Hälfte der somatischen Krankenhausfälle von niedergelassenen Vertragsärzten eingewiesen wurde (in der Abbildung rot markiert). Rd. 45 Prozent der Fälle stammten von Vertragsärzten ohne Beziehung zum jeweiligen Krankenhaus, rd. 3 Prozent von niedergelassenen Belegärzten des Hauses und jeweils rd. 1 Prozent von niedergelassenen Konsiliar- bzw. Honorarärzten.
464. Erst in deutlichem Abstand folgten die übrigen Einweiser, wie die Auswertung der Einzelangaben der Krankenhäuser zeigt, die für alle Einweisergruppen Fallzahlen angeben konnten.

**Abbildung 57: Anteil der Fälle nach Einweisergruppen an der Gesamtfallzahl der antwortenden Krankenhäuser 2015 (N=90)**



465. Nach den niedergelassenen Ärzten (47,5 Prozent) folgten erst in deutlichem Abstand die Rettungsdienste (21,3 Prozent) vor den Patienten, die sich selbst oder durch nahe Angehörige eingewiesen haben (16,2 Prozent). Auf die übrigen Wege ins Krankenhaus entfallen Fallanteile von zusammen meist unter 5 Prozent.
466. Die von den niedergelassenen Ärzten eingewiesenen Patienten werden weit überwiegend von Ärzten ohne Verbindung zum betreffenden Krankenhaus empfohlen. Nur 3,4 Prozent der Patienten werden von niedergelassenen Ärzten mit Verbindung zum behandelnden Krankenhaus dort eingewiesen: 1,7 Prozent entfallen auf niedergelassene Belegärzte, 1,1 Prozent auf niedergelassene Honorarärzte und 0,6 Prozent auf niedergelassene Konsiliarärzte.

#### **bb) Bedeutung der eigenen MVZ**

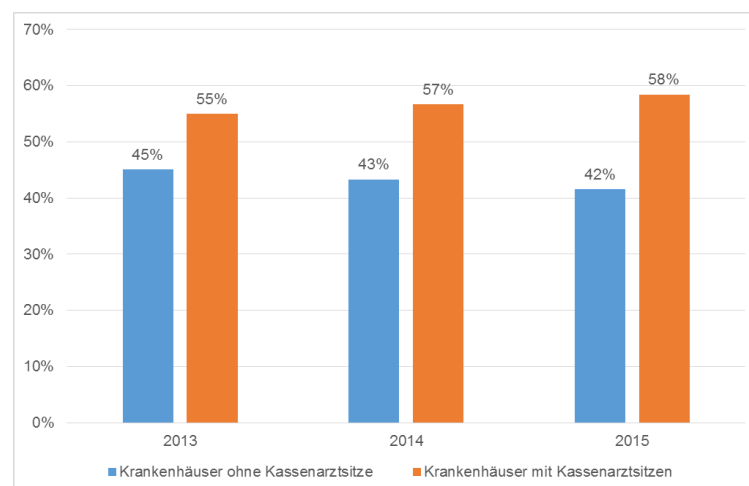
467. In den Zusammenschlusskontrollverfahren untersucht das Bundeskartellamt regelmäßig auch den Zugang der Krankenhäuser zu Patienten aus dem Marktgebiet über eigene medizinische Versorgungszentren sowie die Auswirkungen eines geplanten Zusammenschlusses auf den Bereich der ambulanten medizinischen Versorgung.<sup>563</sup>

<sup>563</sup> Zuletzt siehe BKartA, Beschl. v. 30.07.2020, B3-33/20 – *Zentralklinikum Flensburg*, Rn. 416 ff., und BKartA, Beschl. v. 14.05.2014, B3-135/13 – *Klinikum Esslingen/Kreiskliniken*, Rn. 259 f.

## D. Wettbewerb im Krankenhaussektor

468. Immer mehr Krankenhäuser bieten über MVZ ambulante ärztliche Behandlungen an. Die Zahl der von Krankenhäusern betriebenen MVZ stieg nach den statistischen Informationen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung von 10 MVZ Ende 2004 kontinuierlich auf 1.592 MVZ Ende 2019 an.<sup>564</sup> Die MVZ, die in Trägerschaft eines Krankenhauses stehen, sind dabei fast vollständig in der Rechtsform der GmbH oder der gGmbH organisiert<sup>565</sup> und arbeiten nahezu ausschließlich mit angestellten Ärzten<sup>566</sup>.
469. Das Bundeskartellamt hat im Rahmen der Sektoruntersuchung die wettbewerbliche Bedeutung der MVZ für die Krankenhäuser erhoben. Hierzu hat es die Krankenhäuser danach gefragt, wie viele Kassenarztsitze dem Träger ihres Hauses in dem Gebiet gehören, das durch einen Radius von 25 km Luftlinie um alle Betriebsstätten des Krankenhauses herum begrenzt wird. Die Angaben waren für die Jahre 2013 bis 2015 zu liefern.<sup>567</sup>

**Abbildung 58: Anteil der Krankenhäuser mit eigenen Kassenarztsitzen der Träger im 25 km-Radius um die Standorte der Betriebsstätten 2013 bis 2015 (N= 404)**



470. Die Erhebung ergab, dass bei der Mehrheit der befragten Krankenhäuser der eigene Träger im Umkreis von 25 km um die Betriebsstätte über Kassenarztsitze verfügt und ambulante Behandlungen erbringt. Der Anteil stieg von 2013 bis 2015 sowohl insgesamt als auch nach Trägergruppen betrachtet kontinuierlich an.

<sup>564</sup> Entwicklungen der medizinischen Versorgungszentren, statistische Informationen zum Stichtag 31.12.2019, S. 3, Kassenärztliche Bundesvereinigung KBV, [https://www.kbv.de/media/sp/mvz\\_entwicklungen.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/mvz_entwicklungen.pdf).

<sup>565</sup> Entwicklungen der medizinischen Versorgungszentren, S. 4, Fn. 564.

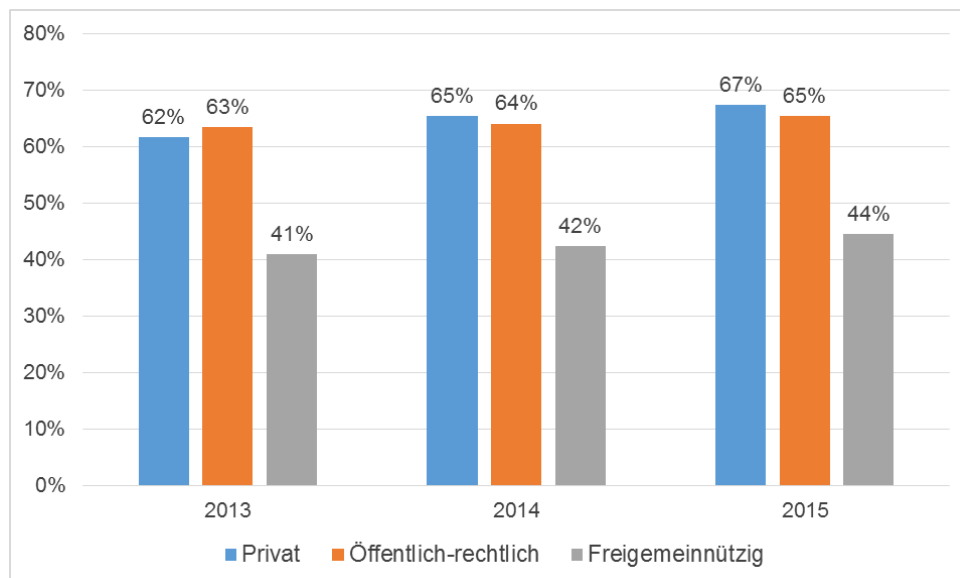
<sup>566</sup> Entwicklungen der medizinischen Versorgungszentren, S. 8 und S. 10, Fn. 564.

<sup>567</sup> Frage V.1 des Krankenhausfragebogens.

## D.Wettbewerb im Krankenhaussektor

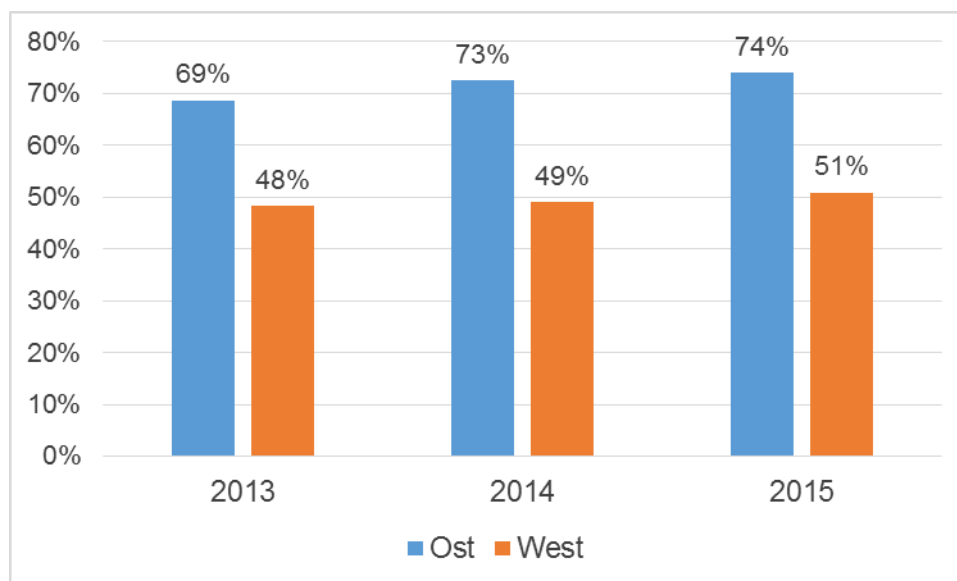
471. Bei einer Betrachtung nach Trägergruppen zeigt sich, dass die privaten Träger und die öffentlich-rechtlichen Träger über die meisten Kassenarztsitze in der jeweiligen Region verfügen und die freigemeinnützigen Träger dahinter deutlich zurückliegen.

**Abbildung 59: Anteil der Krankenhäuser mit eigenen Kassenarztsitzen der Träger im 25 km-Radius um die Standorte der Betriebsstätten 2013 bis 2015 nach Trägerarten (N=404)**



472. Während über 60 Prozent der privaten und der öffentlich-rechtlichen Krankenhäuser eigene Kassenarztsitze in ihrer Region haben, sind dies bei den Krankenhäusern in freigemeinnütziger Trägerschaft weniger als die Hälfte. Bei den befragten privaten Trägern gab es mit einem Zuwachs von 5 Prozentpunkten auch den größten Anstieg bei den Kassenarztsitzen in ihrer Region.
473. Im Rahmen der Untersuchung ist auch eine unterschiedliche Verbreitung der Krankenhaus-MVZ der befragten Häuser in den östlichen Bundesländern Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen (in der folgenden Abbildung zusammenfassend bezeichnet als Gebiet Ost) im Vergleich zu denen in den westlichen Bundesländern Bayern, Baden-Württemberg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland (in der folgenden Abbildung zusammenfassend bezeichnet als Gebiet West) festzustellen.

**Abbildung 60: Anteil der Krankenhäuser mit eigenen Kassenarztsitzen der Träger im 25 km-Radius um die Standorte der Betriebsstätten 2013 bis 2015 nach westlichen und östlichen Bundesländern (N=404)**



474. Während in den westlichen Bundesländern gut die Hälfte der Krankenhäuser angab, ihr Träger habe in einem 25 km-Radius eigene Kassenarztsitze, antworteten dies in den östlichen Bundesländern rd. drei Viertel der Krankenhäuser.
475. Im Ergebnis verfügt die Mehrzahl der Krankenhäuser in den westlichen und in den östlichen Bundesländern mittlerweile über eigene Kassenarztsitze in einem 25 km-Radius und kann auf diese Weise Patienten akquirieren. Der Anteil der von den MVZ in die Krankenhäuser zur stationären Behandlung eingewiesenen Patienten erscheint jedoch noch vergleichsweise gering. Wie aus der Abbildung 57 oben erkennbar ist, machten die von den eigenen MVZ eingewiesenen Fälle im Jahr 2015 nur rd. 3 Prozent der Gesamtfälle der befragten Krankenhäuser aus.

### cc) Kooperation mit niedergelassenen Vertragsärzten

476. Die befragten Krankenhäuser hatten in der Befragung auch anzugeben, mit wie vielen niedergelassenen Ärzten sie in den unterschiedlichen Fachabteilungen ihres Krankenhauses kooperieren<sup>568</sup> und welche Bedeutung sie dieser Zusammenarbeit für die Zuweisung von Patienten in ihr Krankenhaus zumessen<sup>569</sup>.
477. Rd. 76 Prozent der Krankenhäuser verfügten 2015 über eine Kooperation mit niedergelassenen Ärzten. Dabei arbeiten sie in den einzelnen von ihnen selbst vorgehaltenen Fachgebieten in unterschiedlichem Umfang mit niedergelassenen Ärzten zusammen.

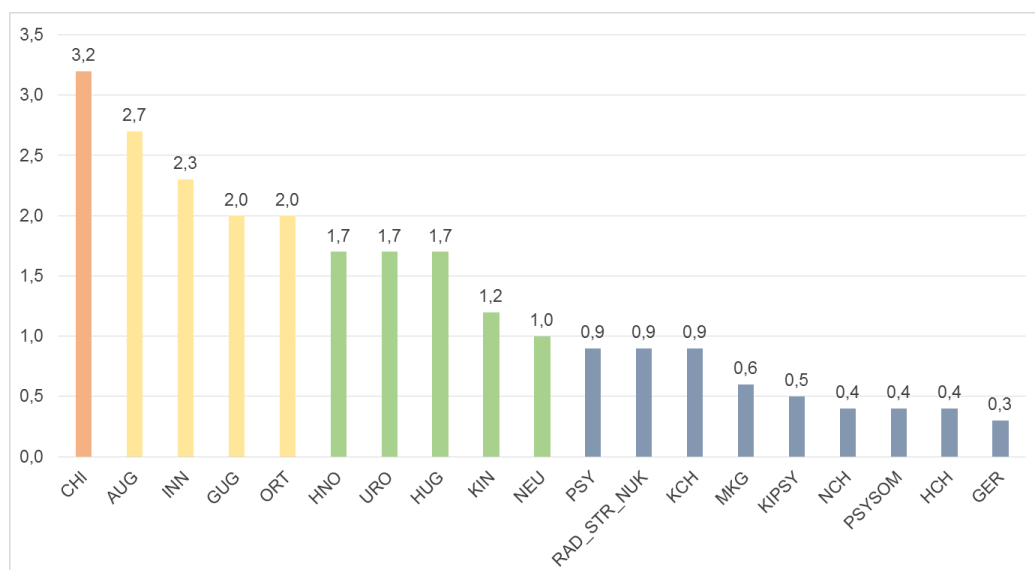
<sup>568</sup> Frage X.2 des Krankenhausfragebogens.

<sup>569</sup> Frage X.1 des Krankenhausfragebogens.

## D. Wettbewerb im Krankenhaussektor

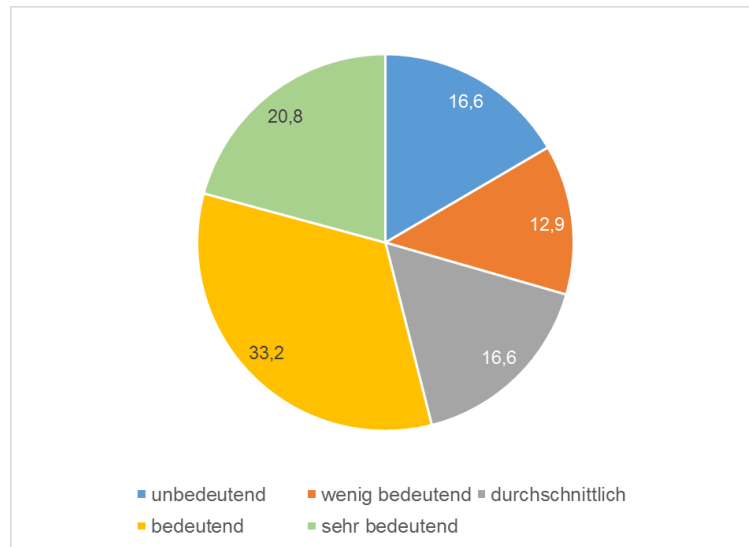
Die meisten Vereinbarungen gibt es im Gebiet der Chirurgie, in dem durchschnittlich mehr als 3 Kooperationen je Krankenhaus existieren. Durchschnittlich zwischen 2 und 3 Kooperationen bestehen in den Bereichen Augenheilkunde, Innere Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe sowie in der Orthopädie und zwischen 1 und 2 Kooperationen in den Fachgebieten HNO-Heilkunde, Urologie, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Kinderheilkunde sowie in der Neurologie. In den übrigen Fachgebieten liegt die durchschnittliche Zahl der Kooperationen bei unter 1.

**Abbildung 61: Durchschnittliche Zahl der Kooperationsvereinbarungen nach Fachgebieten der Krankenhäuser 2016 (N=404)**



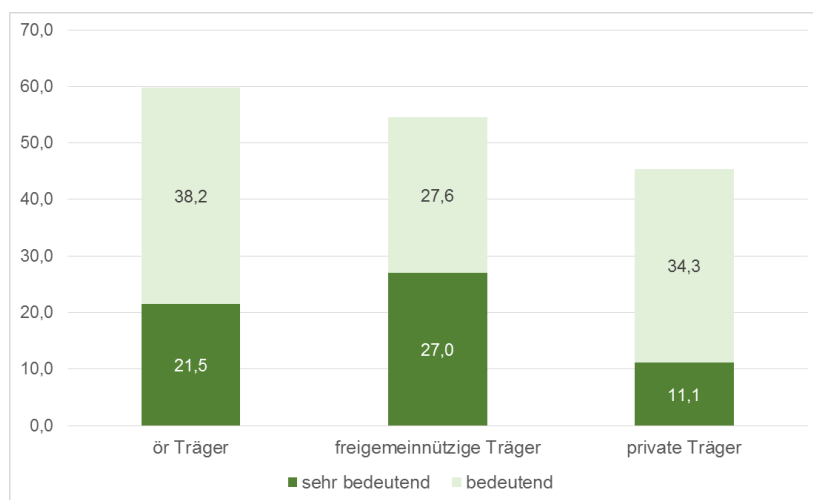
478. Kooperationsvereinbarungen mit niedergelassenen Ärzten werden von 54 Prozent der befragten Krankenhäuser als bedeutend oder sehr bedeutend für die Zuweisung von Patienten in ihr Krankenhaus eingeschätzt. Nur rd. 17 Prozent meinten, dass sie unbedeutend seien.

**Abbildung 62: Anteil der Antworten in % auf die Frage, wie die Bedeutung der Kooperationsvereinbarungen mit niedergelassenen Ärzten eingeschätzt wird (N=404)**



479. Nach Trägerarten aufgeteilt zeigt sich, dass die öffentlich-rechtlichen Träger Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten im Vergleich zu den anderen Trägergruppen die größte Bedeutung beimessen. Rd. 60 Prozent dieser Krankenhäuser halten die Kooperationen für sehr bedeutend oder bedeutend für die Patientenzuweisung. Bei den Krankenhäusern in privater Trägerschaft teilen nur rd. 45 Prozent diese Einschätzung.

**Abbildung 63: Anteil der Antworten in % auf die Frage, wie die Bedeutung der Kooperationsvereinbarungen mit niedergelassenen Ärzten eingeschätzt wird, nach Trägergruppen (N=404)**

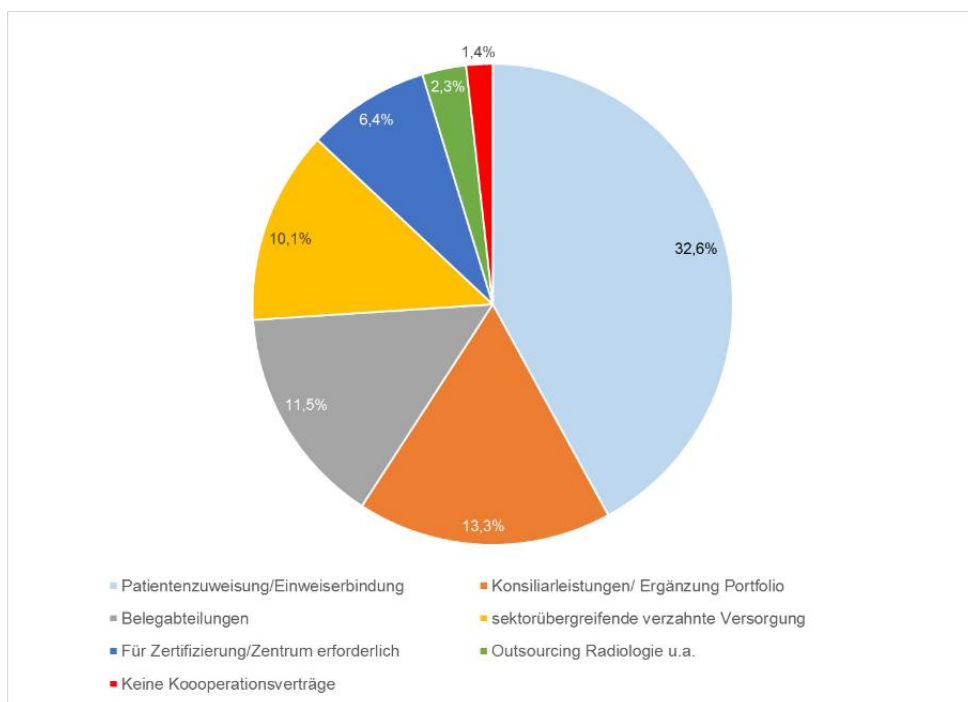




## D.Wettbewerb im Krankenhaussektor

480. Von den Krankenhäusern, die Kooperationsverträge mit niedergelassenen Ärzten als bedeutend bzw. sehr bedeutend eingeschätzt haben, gab rd. ein Drittel in den Anmerkungen<sup>570</sup> als Grund die Zuweisung von Patienten bzw. die Einweiserbindung an. Weitere bedeutsame Gründe für diese Einschätzung waren die Sicherung von Konsiliarleistungen bzw. die Ergänzung des eigenen Leistungsportfolios, die Zusammenarbeit im Rahmen von Belegabteilungen, die sektorübergreifende Versorgung sowie die Zusammenarbeit für Zertifizierungen oder für die Tätigkeit als Zentrum. Hierauf entfallen jeweils mehr als 5 Prozent der Nennungen.

**Abbildung 64: Anteil der Gründe für die Einschätzung der Kooperationsverträge mit niedergelassenen Ärzten als bedeutend bzw. sehr bedeutend in % (N=218)**



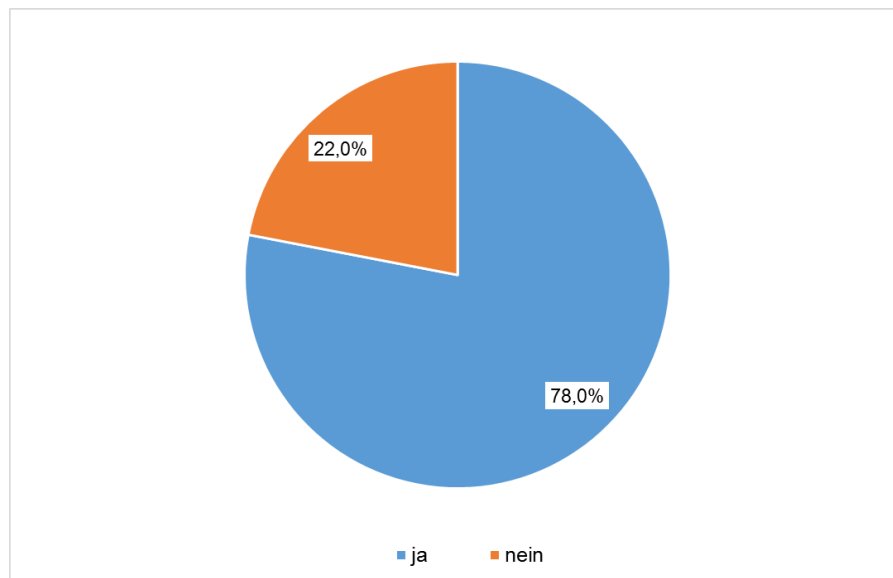
481. Von den Krankenhäusern, die Kooperationsverträge als unbedeutend einschätzten, verfügen 67,2 Prozent selbst über keine derartigen Vereinbarungen.
482. Im Ergebnis arbeitet die Mehrzahl der Krankenhäuser auf vertraglicher Ebene mit niedergelassenen Ärzten zusammen, weil sie auf dieser Grundlage eine verstärkte Zuweisung von Patienten erwarten. Sie sehen dementsprechend diese Kooperationen als bedeutend bzw. sehr bedeutend für die Patientenzuwanderung in ihr Krankenhaus an.

<sup>570</sup> Krankenhausfragebogen, Frage X.1, Antwortspalte 2.

**dd) Bereitstellung von Praxisräumen auf dem Krankenhausgelände**

483. Von den befragten Krankenhäusern gaben 78 Prozent im Jahr 2016 an, auf ihrem Krankenhausgelände niedergelassenen Vertragsärzten Praxisräume zur Verfügung zu stellen, die regelmäßig von den niedergelassenen Ärzten genutzt werden.<sup>571</sup>

**Abbildung 65: Anteil der Krankenhäuser, auf deren Gelände Praxisräume für niedergelassene Ärzte vorhanden sind 2016 (N=405)**



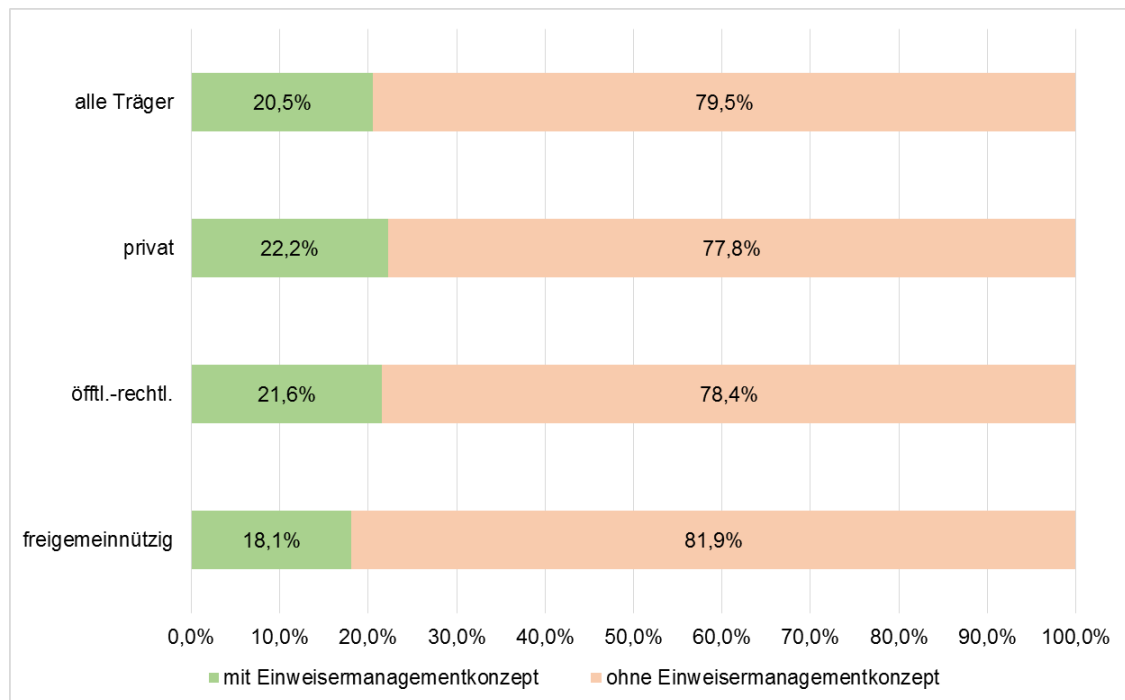
**ee) Einweisermanagementkonzepte**

484. Die Krankenhäuser können Konzepte zum Einweisermanagement erarbeiten, um einen systematischen und kontinuierlichen Kontakt zu den niedergelassenen Ärzten zu gewährleisten und mit ihnen strukturiert zusammenarbeiten, um damit verstärkte Einweisungen in ihr Krankenhaus zu erreichen. Daher wurde untersucht, wie verbreitet solche Konzepte sind und welche Maßnahmen in diesem Rahmen regelmäßig genutzt werden, um niedergelassene Ärzte dazu zu bewegen, verstärkt Patienten in ihr Krankenhaus einzuweisen.<sup>572</sup>
485. Die Befragung zeigte, dass nur 20,5 Prozent der Krankenhäuser bis 2016 ein explizites Einweisermanagementkonzept erarbeitet haben.

<sup>571</sup> Frage V.2 des Krankenhausfragebogens.

<sup>572</sup> Frage V.5 und V.6 des Krankenhausfragebogens.

**Abbildung 66: Anteil der Krankenhäuser mit und ohne Einweisermanagementkonzept 2016 (N=405)**

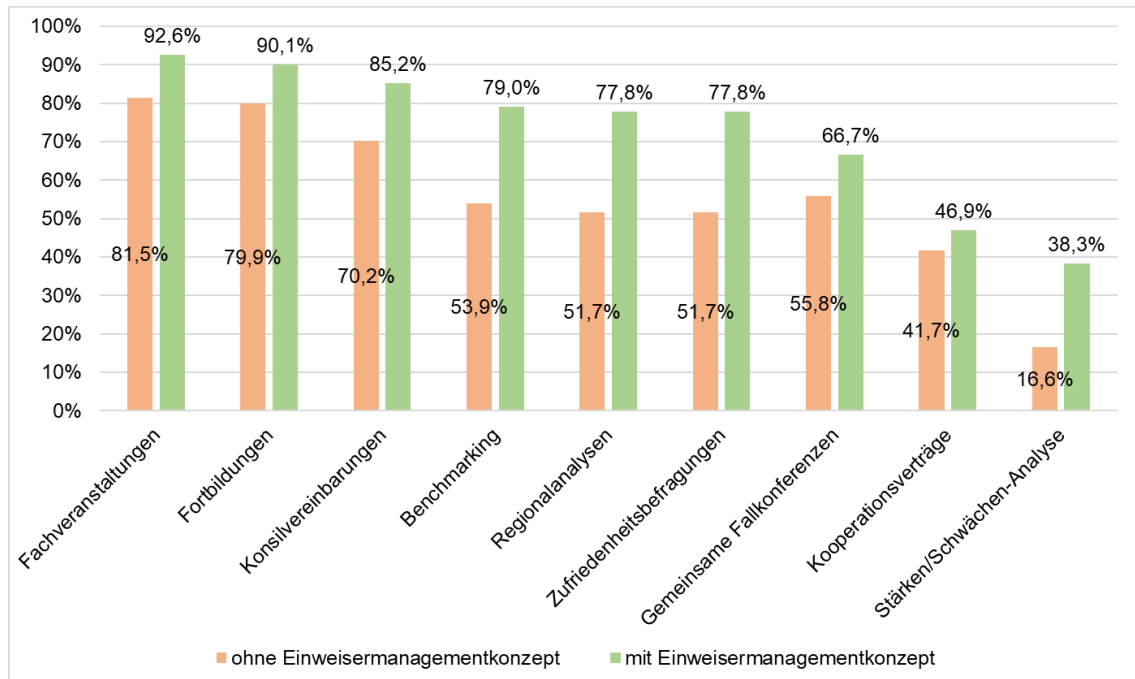


486. Im Fragebogen hatten die Krankenhäuser für verschiedene typische Maßnahmen des Einweisermanagements anzugeben, ob sie diese in den vergangenen 5 Jahren regelmäßig durchgeführt haben. Diese Frage wurde auch von Krankenhäusern beantwortet, die angaben, nicht über ein zentrales Konzept zum Einweisermanagement zu verfügen. Daher wurden die Antworten getrennt für die Krankenhäuser mit und ohne ein solches Konzept ausgewertet.
487. Dabei zeigt sich, dass die Krankenhäuser unabhängig davon, ob sie über ein Einweisermanagementkonzept verfügen, versuchen, niedergelassene Ärzte mit verschiedenen Maßnahmen dazu zu bewegen, verstärkt Patienten in ihr Krankenhaus einzuweisen. Am häufigsten führen die Krankenhäuser hierzu Fachveranstaltungen und Fortbildungen für die niedergelassenen Ärzte durch und schließen Konsilvereinbarungen mit ihnen ab.
488. Die Krankenhäuser, die über ein Einweisermanagementkonzept verfügen, nutzen die einzelnen Maßnahmen deutlich häufiger als Krankenhäuser ohne ein solches Konzept. Dies betrifft insbes. die Verwendung von Analysetools, wie das Benchmarking, Regionalanalysen oder Stärken-Schwächen-Analysen sowie die Durchführung von Zufriedenheitsbefragungen. Mehr als 75 Prozent der Krankenhäuser mit Einweisermanagementkonzept nutzen diese Tools. Bei den Krankenhäusern ohne ein solches Konzept ist es gut die Hälfte. Auch gemeinsame Fallkonferenzen haben für die Krankenhäuser mit Einweisermanagementkonzept eine höhere Bedeutung als für diejenigen, die kein

## D.Wettbewerb im Krankenhaussektor

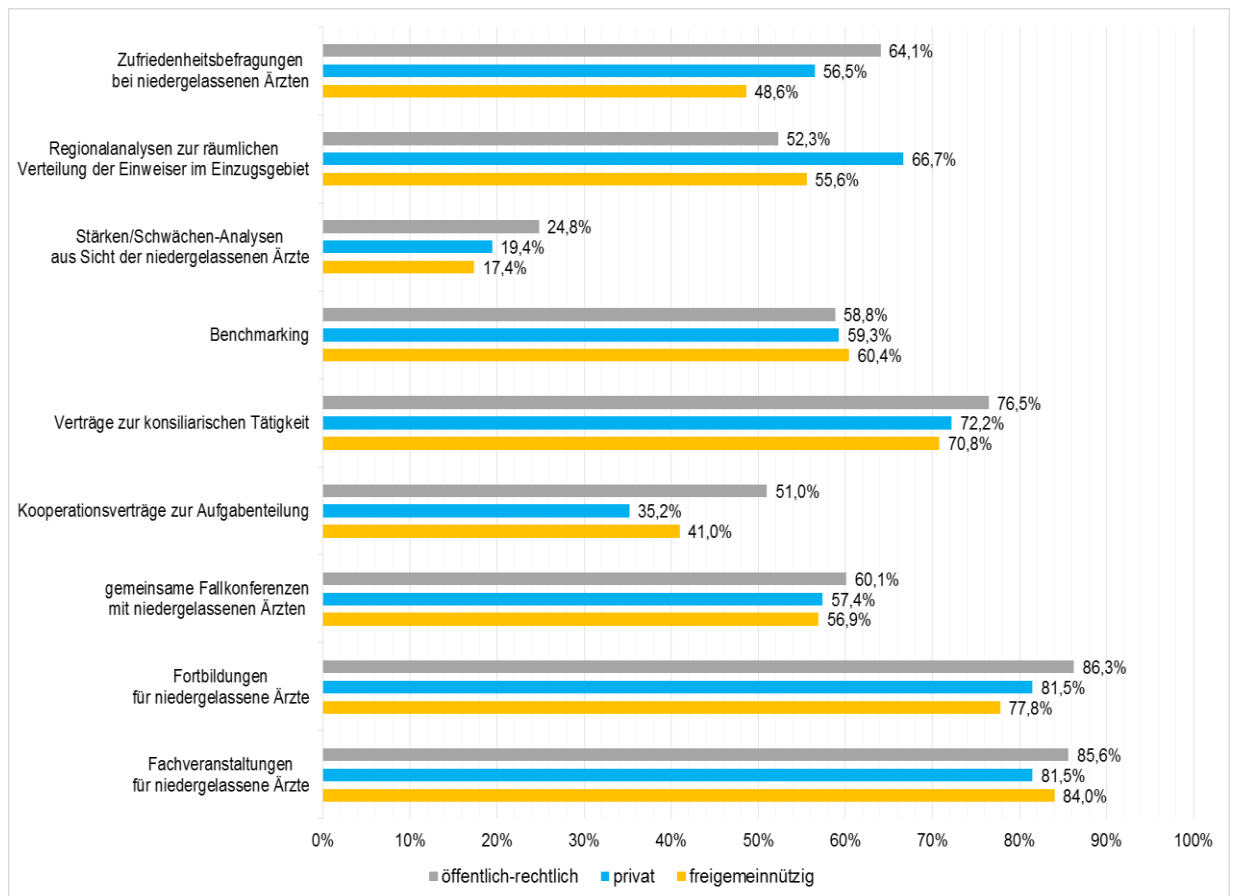
solches Konzept haben. Die folgende Grafik gibt einen Überblick über die Verteilung der einzelnen Maßnahmen auf die Krankenhäuser mit und ohne Einweisermanagementkonzept.

**Abbildung 67: Anteile der Krankenhäuser mit und ohne Einweisermanagementkonzept, die die aufgeführten Maßnahmen in den Jahren 2012 bis 2016 regelmäßig nutzten (N=400)**



489. Die Verteilung der einzelnen Maßnahmen nach Trägergruppen in der folgenden Grafik zeigt, dass viele Maßnahmen öfter von den öffentlich-rechtlichen Trägern als von den freigemeinnützigen und den privaten Trägern verwendet werden. Benchmarking wird von den freigemeinnützigen Trägern häufiger als von den privaten und den öffentlich-rechtlichen Trägern genutzt, Regionalanalysen sind bei privaten Trägern verbreiteter.

**Abbildung 68: Anteil der Krankenhäuser, die von 2012 bis 2016 regelmäßig die aufgelisteten Maßnahmen nutzen, nach Trägergruppen (N=405)**



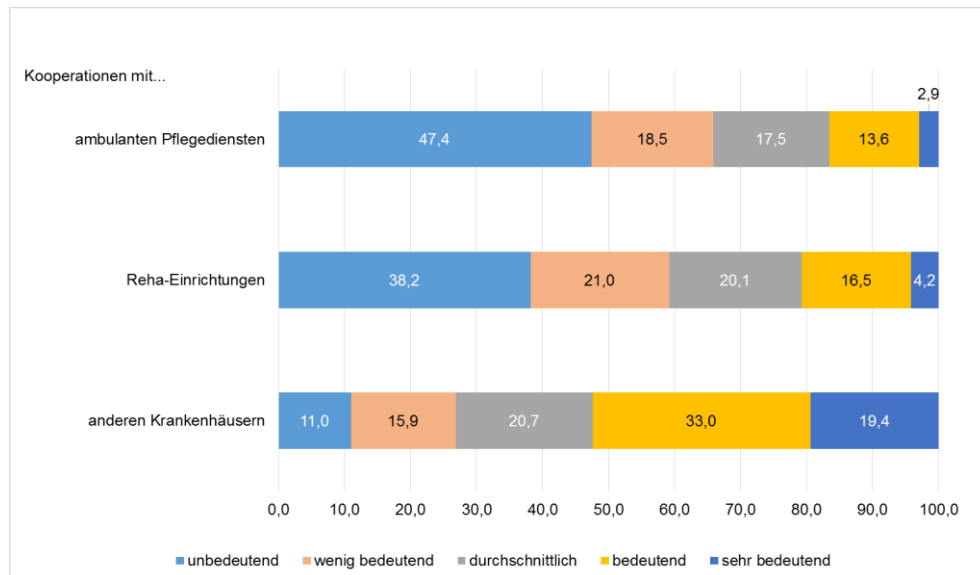
**b) Kooperationsvereinbarungen mit anderen Einrichtungen**

490. Ferner wurde im Rahmen der Sektoruntersuchung analysiert, welche Bedeutung Kooperationsvereinbarungen mit anderen Krankenhäusern, mit Einrichtungen der Rehabilitation sowie mit ambulanten Pflegediensten für die Zuweisung von Patienten in das Krankenhaus haben. Hierzu hatten die befragten Krankenhäuser eine Einschätzung abzugeben und diese zu erläutern.<sup>573</sup> In die Auswertung wurden die Angaben der Krankenhäuser aufgenommen, die im Fragebogen angegeben hatten, über entsprechende Kooperationsvereinbarungen zu verfügen.<sup>574</sup>
491. Die Auswertung zeigt, dass die Kooperation mit anderen Krankenhäusern von gut der Hälfte der Krankenhäuser als bedeutend oder sehr bedeutend angesehen wird. Eine Zusammenarbeit mit Reha-Einrichtungen oder ambulanten Pflegediensten wird hingegen einer deutlichen Mehrheit der Krankenhäuser als unbedeutend oder wenig bedeutend für die Zuweisung von Patienten eingeschätzt.

<sup>573</sup> Krankenhausfragebogen, Frage X.1.

<sup>574</sup> Krankenhausfragebogen, Frage X.2.

**Abbildung 69: Anteil der Antworten in % auf die Frage, wie die Bedeutung der Kooperationsvereinbarungen mit anderen Krankenhäusern (N=404), Reha-Einrichtungen (N=404) und ambulanten Pflegediensten (N=403) eingeschätzt wird**



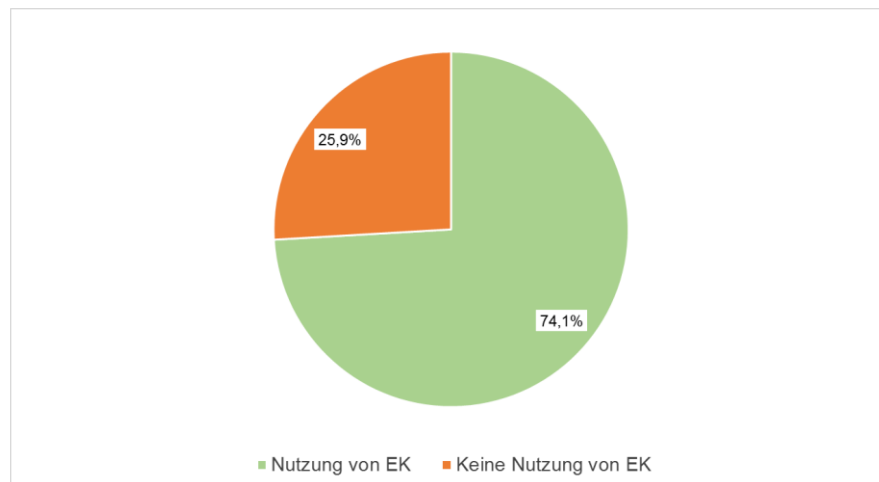
492. Im Ergebnis scheinen Kooperationen mit ambulanten Pflegediensten und Reha-Einrichtungen für die Krankenhäuser nur selten eine bedeutende Rolle zu spielen.

### c) Beschaffung von medizinischem Bedarf

493. Die Beschaffung von medizinischem Bedarf über Einkaufskooperationen verschiedener Krankenhausträger ist eine verbreitete Maßnahme zur Sachkostenreduktion im Krankenhaussektor. Die befragten Krankenhäuser hatten in vorgegebenen Prozentstufen anzugeben, welcher Anteil ihrer Beschaffungen von medizinischem Bedarf nach der Kontenklasse 66 der Krankenhausbuchführungsverordnung 2015 über Einkaufskooperationen erfolgte.<sup>575</sup>
494. Die Auswertung ergab, dass rd. drei Viertel der befragten Krankenhäuser 2015 den medizinischen Bedarf über Einkaufskooperationen bezogen haben.

<sup>575</sup> Krankenhausfragebogen, Frage XII.1.

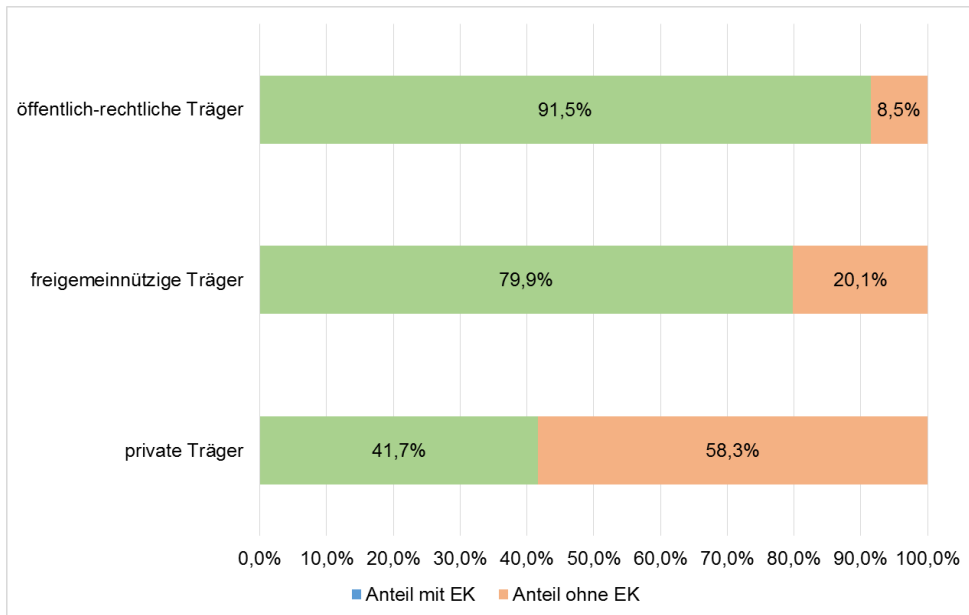
**Abbildung 70: Anteil in % der Krankenhäuser, die 2015 Einkaufskooperationen für den Bezug von medizinischem Bedarf nutzten (N=405)**



495. Verteilt nach Trägergruppen zeigt sich, dass 2015 über 90 Prozent der öffentlich-rechtlichen Krankenhäuser ihren medizinischen Bedarf über Einkaufskooperationen beziehen, bei den freigemeinnützigen Trägern knapp 80 Prozent. Bei den Krankenhäusern privater Träger ist der Anteil der Beschaffung über Einkaufskooperationen mit rd. 42 Prozent deutlich geringer, denn diese Krankenhäuser beziehen ihren medizinischen Bedarf häufig zentral über den konzerneigenen Einkauf. Große Krankenhausträger können bereits konzernintern den Einkaufsbedarf ihrer Krankenhäuser bündeln, so dass sie von Einkaufskooperationen weniger profitieren als kleine Krankenhausträger. Allerdings könnten sich die hier genannten Anteile zukünftig verschieben, da eine der bestehenden Einkaufskooperationen Ende 2020 angekündigt hat, auch mit dem Einkaufsbereich der großen Krankenhausgruppe Sana zu kooperieren.<sup>576</sup>

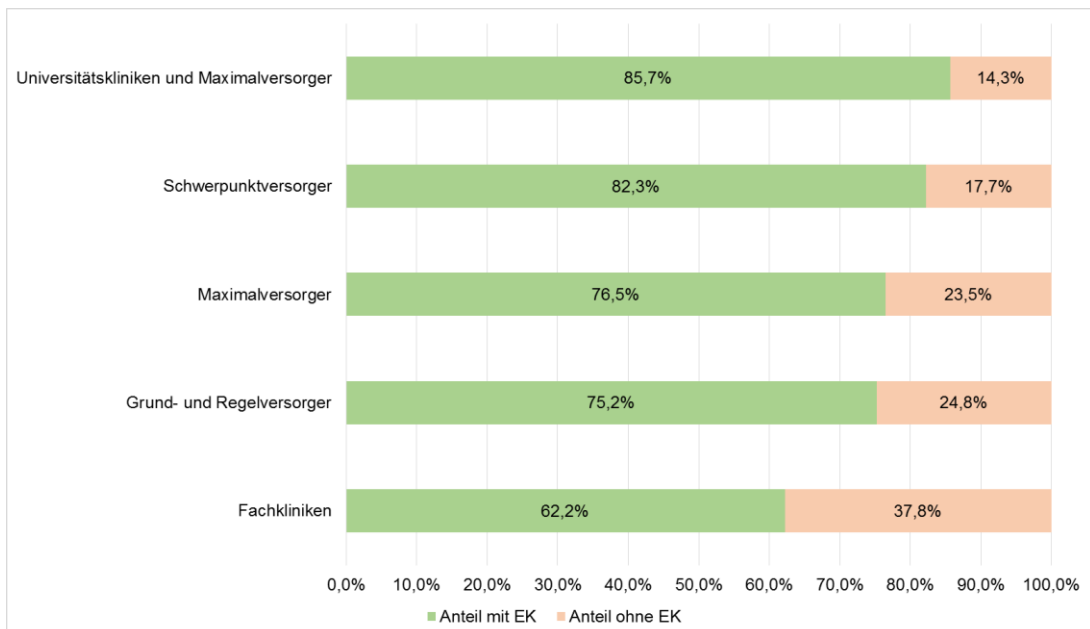
<sup>576</sup> Die Einkaufskooperation von Unikliniken, EK-Unico, beabsichtigt, mit Sana Einkauf & Logistik GmbH zu kooperieren. Vgl. <https://www.ek-unico.de/aktuelles/news/newsdetail/ek-unico-kooperiert-mit-sana-einkauf-logistik/> .

**Abbildung 71: Anteil Krankenhäuser, die 2015 medizinischen Bedarf über Einkaufskooperationen bezogen, nach Trägergruppen (N=405)**



496. Bei einer Differenzierung nach Versorgungsstufen zeigt sich, dass Universitätskliniken/Maximalversorger und Schwerpunktversorger zu rd. 85 Prozent Einkaufskooperationen nutzen, der Anteil bei den Fachkliniken jedoch bei nur rd. 60 Prozent liegt.

**Abbildung 72: Anteil in % der Krankenhäuser nach Versorgungsstufen, die 2015 medizinischen Bedarf über Einkaufskooperationen bezogen (N=447)**



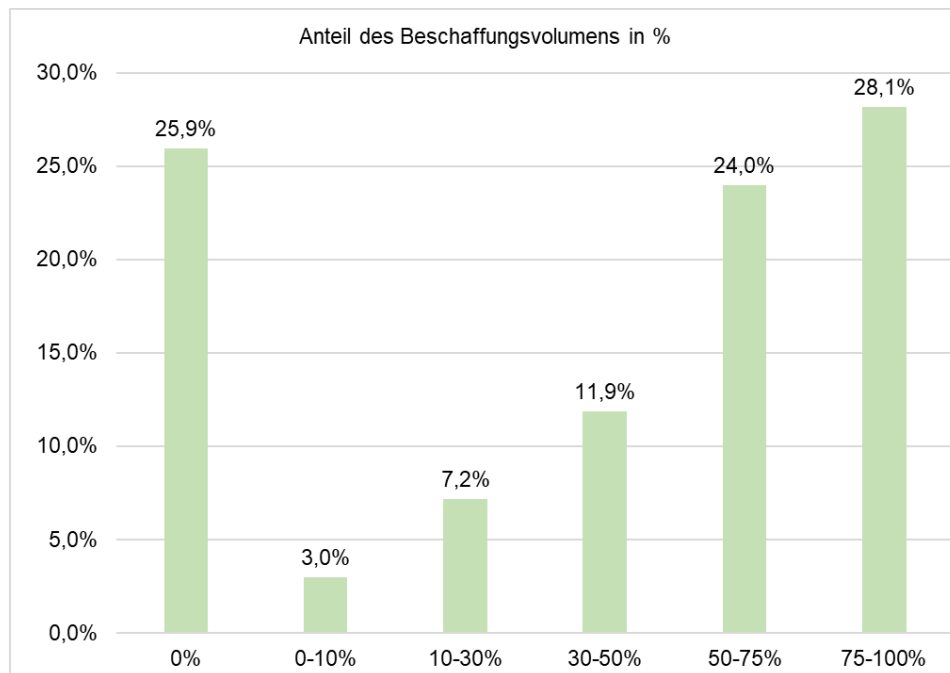
497. Die Bedeutung der Einkaufsgemeinschaften ist für die Krankenhäuser groß, die hierüber ihren medizinischen Bedarf decken. Aus der folgenden Grafik ist zu erkennen,



## D. Wettbewerb im Krankenhaussektor

dass mehr als die Hälfte aller Krankenhäuser über 50 Prozent ihres jeweiligen medizinischen Bedarfs über Einkaufskooperationen bezieht. Nur wenige der Krankenhäuser, die Einkaufsgemeinschaften tatsächlich nutzen, decken weniger als 30 Prozent ihres medizinischen Bedarfs auf diesem Wege.

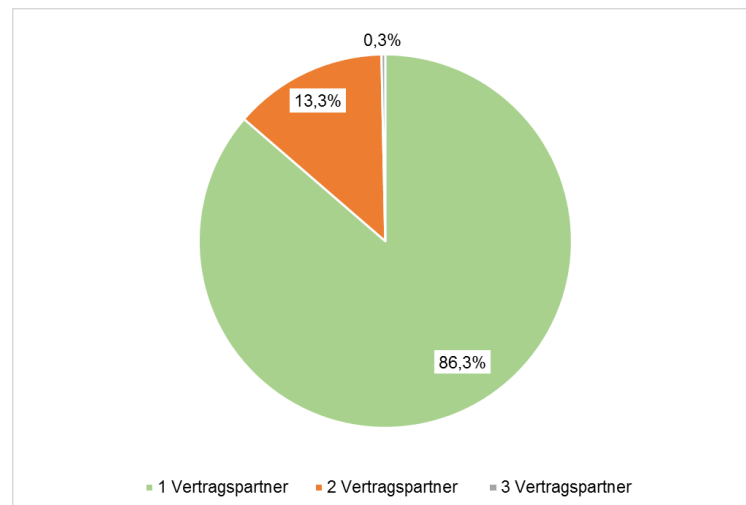
**Abbildung 73: Anteil des Beschaffungsvolumens über Einkaufskooperationen 2015 (N=405)**



498. Die Krankenhäuser hatten auch anhand voreingestellter Auswahloptionen anzugeben, welche Einkaufskooperation in den Jahren 2011 bis 2015 ihr jeweiliger Vertragspartner war und wie sich der Anteil an dem über die Einkaufskooperationen bezogenen medizinischen Bedarf in dieser Zeit auf die Einkaufskooperationen verteilte. Dabei konnten die Krankenhäuser weitere für sie relevante Einkaufskooperationen in der Antwort angeben und für diese Angaben eintragen.<sup>577</sup> Die weitaus meisten der Krankenhäuser, die von 2011 bis 2015 medizinischen Bedarf über Einkaufskooperationen bezogen haben, hatten in dieser Zeit Vereinbarungen mit einer Einkaufskooperation, nur rd. 13 Prozent haben in dieser Zeit Vereinbarungen mit zwei oder drei verschiedenen Kooperationen unterhalten.

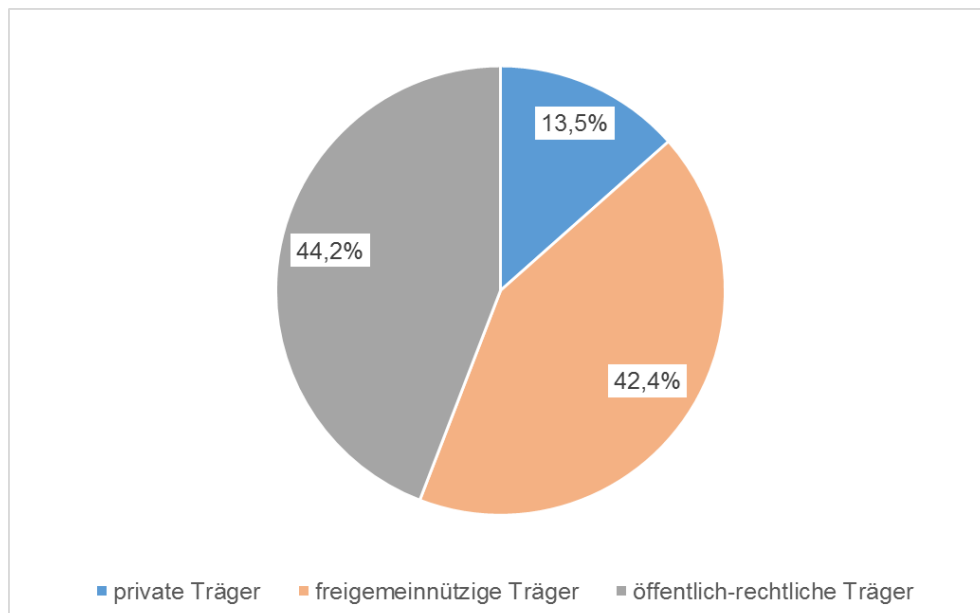
<sup>577</sup> Krankenhausfragebogen, Frage XII.2.

**Abbildung 74: Verteilung Krankenhäuser mit Einkaufskooperation nach der Zahl der Vertragspartner von 2011 bis 2015 (N=300)**



499. Die Verträge der Krankenhäuser, die Einkaufskooperationen nutzten, verteilten sich nahezu zu gleichen Teilen auf öffentlich-rechtliche und freigemeinnützige Krankenhäuser. Auf die Krankenhäuser in privater Trägerschaft entfielen nur 13,5 Prozent der Verträge.

**Abbildung 75: Verteilung der Verträge mit Einkaufskooperationen 2011 bis 2015 nach Trägerschaft (N=342)**



500. Einkaufskooperationen werden im Ergebnis von rd. drei Viertel aller Krankenhäuser zur Beschaffung des medizinischen Bedarfs genutzt und haben insbes. für Krankenhäuser in öffentlich-rechtlicher und freigemeinnütziger Trägerschaft eine große Bedeutung. Die Mehrheit der Krankenhäuser bezieht jeweils mehr als die Hälfte des Bedarfs über die Einkaufskooperationen. Dabei sind die Vertragsbeziehungen über die Jahre sehr

## D.Wettbewerb im Krankenhaussektor

stabil, nur rd. 14 Prozent der Krankenhäuser nutzten in den Jahren 2011 bis 2015 mehrere Einkaufskooperationen.

### d) Ergebnis und Ausblick

501. Der ambulante Sektor hat für die Krankenhäuser die größte Bedeutung unter den Einweisern. Nach den Befragungen kamen im Vergleich aller Einweisergruppen rd. 50 Prozent aller somatischen Krankenhaufälle über die niedergelassenen Ärzte. Von den Rettungsdiensten wurden gut 20 Prozent der Krankenhauspatienten eingeliefert, gefolgt von den Patienten, die sich selbst oder durch nahe Angehörige eingewiesen haben.
502. Die Krankenhausträger vernetzen sich im Rahmen der geltenden Regelungen zunehmend mit diesem Sektor und erwerben eigene Kassenarztsitze, schließen Kooperationsvereinbarungen mit niedergelassenen Ärzten und bieten auf dem eigenen Gelände Praxisräume an. Dagegen sind explizite Einweisermanagement-Konzepte, die mit dem Ziel vermehrter Einweisungen einen systematischen und kontinuierlichen Kontakt zu den niedergelassenen Ärzten und eine strukturierte Zusammenarbeit gewährleisten, bislang nur wenig verbreitet. Jedoch führen die meisten Krankenhäuser Maßnahmen durch, die typische Elemente des Einweisermanagements darstellen, ohne dies explizit so auszuweisen.
503. Bei der Mehrheit der befragten Krankenhäuser verfügt der Träger im Umkreis von 25 km um die Betriebsstätte über eigene Kassenarztsitze in MVZ und erbringt ambulante Behandlungen. Die Zahl der Krankenhausträger mit eigenen Kassenarztsitzen stieg von 2013 bis 2015 sowohl insgesamt als auch bei Betrachtung der einzelnen Trägergruppen kontinuierlich an. Den größten Zuwachs gab es bei den privaten Trägern sowie in den östlichen Bundesländern. Die von den eigenen MVZ eingewiesenen Fälle machten aber im Durchschnitt nur rd. 3 Prozent der Gesamtfälle der Krankenhäuser aus.
504. Zudem vernetzen sich die Krankenhäuser mit niedergelassenen Ärzten über Kooperationsvereinbarungen. 2015 verfügten 76 Prozent der Krankenhäuser über eine solche Kooperation, die auch von der Mehrzahl der Krankenhäuser als bedeutend oder sehr bedeutend für die Zuweisung von Patienten in ihr Krankenhaus eingeschätzt wird. Die größte Bedeutung wird den Kooperationen dabei von Krankenhäusern in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft zugemessen, die sie zu rd. 60 Prozent als bedeutend oder sehr bedeutend ansehen. Die geringste Bedeutung haben sie aus Sicht der privaten Träger. Sie teilen diese Sicht nur zu 45 Prozent.

## D.Wettbewerb im Krankenhaussektor

505. 78 Prozent der befragten Krankenhäuser gaben an, auf ihrem Krankenhausgelände niedergelassenen Vertragsärzten Praxisräume zur Verfügung zu stellen.
506. Explizite Einweisermanagementkonzepte waren im Befragungszeitraum nur von rd. 20 Prozent der befragten Krankenhäuser erarbeitet worden. Die Befragungen ergaben, dass die Krankenhäuser aber unabhängig von einem solchen Konzept versuchen, niedergelassene Ärzte mit verschiedenen Maßnahmen dazu zu bewegen, verstärkt Patienten in ihr Krankenhaus einzuweisen. Am häufigsten führen sie Fachveranstaltungen und Fortbildungen für die niedergelassenen Ärzte durch und schließen Konsilvereinbarungen mit ihnen.
507. Neben dem ambulanten Sektor haben auch Kooperationsvereinbarungen mit anderen Krankenhäusern eine größere Bedeutung. Gut die Hälfte der Krankenhäuser sehen solche Kooperationen als bedeutend oder sehr bedeutend an. Eine Zusammenarbeit mit Reha-Einrichtungen oder ambulanten Pflegediensten wird hingegen von einer deutlichen Mehrheit der Krankenhäuser als unbedeutend oder wenig bedeutend für die Zuweisung von Patienten eingeschätzt.
508. Schließlich nutzen rd. drei Viertel der befragten Krankenhäuser Einkaufskooperationen zum Bezug ihres medizinischen Bedarfs, um Kosten zu sparen. Nach Trägergruppen verteilt sich die Nutzung solcher Kooperationen unterschiedlich: Während über 90 Prozent der öffentlich-rechtlichen und knapp 80 Prozent der freigemeinnützigen Krankenhäuser im Befragungszeitraum ihren medizinischen Bedarf über Einkaufskooperationen bezogen, lag der Anteil bei den privaten Krankenhäusern bei nur rd. 42 Prozent. Denn Krankenhausketten können ihren Einkauf trägerintern zentral organisieren. Die Einkaufskooperationen sind für den Bezug von medizinischem Bedarf bedeutsam, da mehr als die Hälfte aller Krankenhäuser über 50 Prozent ihres jeweiligen medizinischen Bedarfs mit Hilfe von Einkaufskooperationen beschaffen. Dabei sind die Vertragsbeziehungen über die Jahre sehr stabil, nur rd. 14 Prozent der Krankenhäuser haben in den Jahren 2011 bis 2015 gleichzeitig mehrere Einkaufskooperationen genutzt.
509. Zukünftig dürften die Digitalisierung und die digitale Vernetzung für den Erfolg von Krankenhäusern im Wettbewerb zunehmend bedeutsamer werden. Hierbei geht es nicht nur darum, dass immer höhere digitale (Sicherheits-)Anforderungen zu erfüllen sind. Es geht vielmehr auch darum, welche Chancen sich aus der Digitalisierung für die Patientenbindung ergeben. Spätestens zum 01. Januar 2022 soll die elektronische Patientenakte in den Krankenhäusern eingeführt sein. Bereits zum 01. Juli 2021 müssen alle Vertragsärzte in der Lage sein, die elektronische Patientenakte zu nutzen und zu befüllen. Kommuniziert das Krankenhaus auf elektronischem Wege direkt mit seinen

## D. Wettbewerb im Krankenhaussektor

Patienten, kann sich das Marketing der Kliniken unmittelbar auf sie ausrichten – und zwar auch unabhängig von den behandelnden niedergelassenen Ärzten. Zusätzlich kann ebenfalls das auf die niedergelassenen Ärzte ausgerichtete sog. Einweisermanagement durch den erleichterten digitalen Austausch von medizinischen Daten noch einmal intensiviert werden.

## II. Auswahlmöglichkeiten der Patienten

510. Die Krankenhäuser können die von ihnen im Rahmen der Regulierung beeinflussbaren Parameter Leistungsspektrum und Qualität im Wettbewerb um stationäre Patienten insoweit nutzen, wie diese Parameter von den Patienten bei ihrer Entscheidung zur Auswahl des behandelnden Krankenhauses auch tatsächlich berücksichtigt werden. Das Bundeskartellamt hat im Rahmen der Sektoruntersuchung Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte nach den Kriterien befragt, die aus ihrer Sicht von den Patienten bei der Auswahl des Krankenhauses bedeutsam sind. Zudem wurde untersucht, welche Bedeutung die Beratung und Information der niedergelassenen Ärzte für die Auswahlentscheidung der Patienten tatsächlich haben und inwieweit die Patienten tatsächlich ihre Wahlfreiheit nutzen.

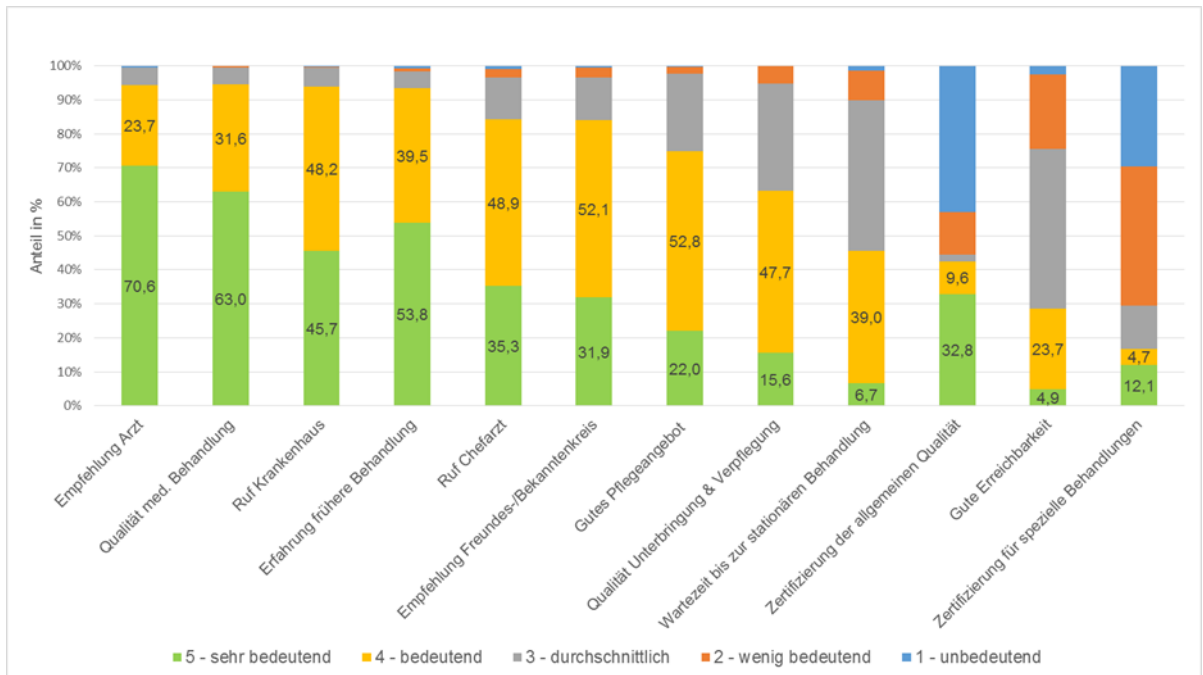
### 1. Relevante Auswahlkriterien für die Patienten

511. Das Bundeskartellamt hat zuerst näher untersucht, welche Informationen für die Patienten bei der Auswahl des behandelnden Krankenhauses von Bedeutung sind. Hierzu wurden die Krankenhäuser nach einer Einschätzung befragt, welche Bedeutung die aus der nachfolgenden Abbildung erkennbaren Kriterien aus Patientensicht für die Auswahl eines Krankenhauses zur stationären medizinischen Behandlung haben.<sup>578</sup> Die Krankenhäuser konnten die Bedeutung der einzelnen Kriterien auf einer Skala von 1 – unbedeutend bis 5 – sehr bedeutend einschätzen. In der nachfolgenden Abbildung sind die Anteile der einzelnen Bewertungsstufen nach ihrer Bedeutung erkennbar.

---

<sup>578</sup> Frage IV.1 des Krankenhausfragebogens.

Abbildung 76: Kriterien zur Auswahl eines Krankenhauses und ihre Bedeutung 2016 (N=405)



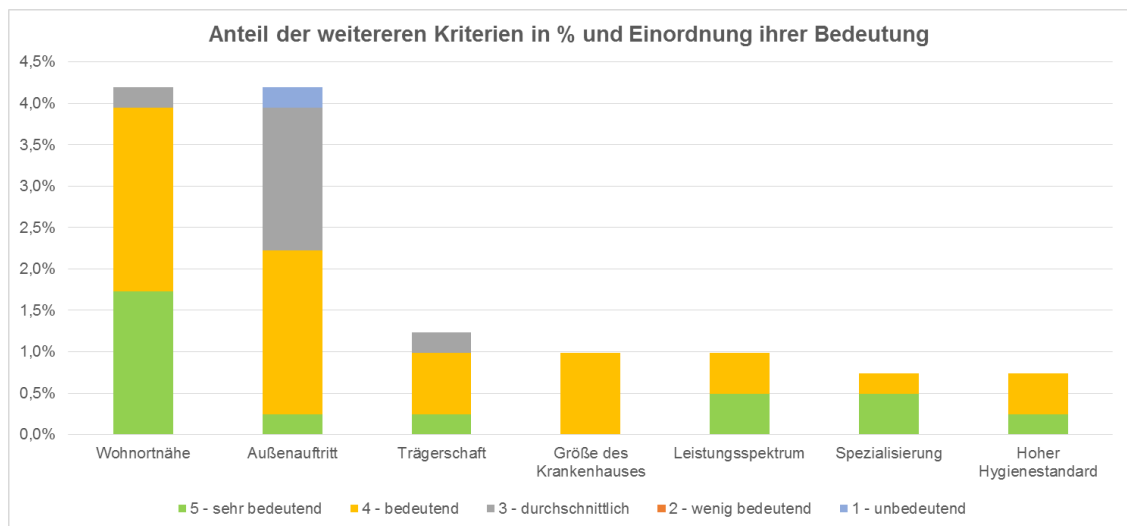
512. Neben den vorgegebenen Auswahlkriterien sollten die befragten Krankenhäuser bis zu drei weitere Aspekte angeben, die aus ihrer Sicht bei der Entscheidung der Patienten eine Rolle spielen, welches Krankenhaus sie für eine stationäre Behandlung aufsuchen. Auch für diese sollten die Krankenhäuser die Bedeutung anhand der Skala von 1 – unbedeutend bis 5 – sehr bedeutend einschätzen.
513. Die Befragung hat ergeben, dass die Krankenhäuser der Empfehlung der einweisenden Ärzte, der Qualität der medizinischen Behandlung, dem Ruf des Krankenhauses sowie den Erfahrungen aus früheren Behandlungen die größte Bedeutung für die Krankenhauswahl der Patienten zumessen. Diese Kriterien werden von jeweils über 90 Prozent der antwortenden Krankenhäuser als sehr bedeutend oder bedeutend angesehen. Innerhalb dieser Kriterien hat die Empfehlung der einweisenden Ärzte die größte Bedeutung. Von rd. 70 Prozent der Antworten wird sie als sehr bedeutend für die Krankenhauswahl eingestuft. An zweiter Stelle folgen das gute Pflegeangebot und die Erfahrung aus früheren Behandlungen. Beide werden von jeweils über 60 Prozent der Antworten als sehr bedeutend angesehen. Alle übrigen Kriterien sind für jeweils weniger als 50 Prozent der antwortenden Krankenhäuser sehr bedeutend.
514. Vergleichsweise wenig Bedeutung haben hingegen die Wartezeit bis zur stationären Behandlung, die gute Erreichbarkeit des Krankenhauses sowie Zertifizierungen der allgemeinen Qualität oder spezieller Behandlungen. Diese Kriterien werden nur von weniger als 50 Prozent der Krankenhäuser als sehr bedeutsam oder bedeutsam für die

## D. Wettbewerb im Krankenhaussektor

Krankenhauswahl der Patienten angesehen. Dabei fällt auf, dass die Zertifizierungen von über 50 Prozent der Krankenhäuser als unbedeutend oder wenig bedeutend für die Entscheidung der Patienten eingeschätzt werden. Zertifizierungen von speziellen Behandlungen sind sogar nur aus Sicht von weniger als 20 Prozent der Krankenhäuser sehr bedeutsam oder bedeutsam.

515. Von den 405 Krankenhäusern, die auf den Fragebogen geantwortet haben, haben 73 ein weiteres Kriterium, 28 zwei weitere Kriterien und 12 drei weitere Kriterien mitgeteilt. Die am häufigsten genannten zusätzlichen Kriterien und ihre Bedeutung aus Sicht der Krankenhäuser für die Patienten sind in der nachfolgenden Abbildung dargestellt.

**Abbildung 77: Weitere Kriterien zur Auswahl eines Krankenhauses und ihre Bedeutung (N=405)**



516. Sonstige Kriterien wurden von den Krankenhäusern ebenfalls genannt. Sie kommen im Vergleich zu den übrigen Aspekten mit jeweils weniger als 5 Prozent der Antworten deutlich seltener vor. Jedoch wird dann die Wohnortnähe als (sehr) bedeutend eingeschätzt.
517. Das wichtigste Kriterium bei der Wahl eines Krankenhauses für die stationäre Behandlung ist nach Einschätzung der Krankenhäuser der Rat des behandelnden niedergelassenen Arztes. Die Befragungen niedergelassener Ärzte in der Region Darmstadt hat dies im Rahmen der Sektoruntersuchung bestätigt. Im Rahmen der Zusammenschlusskontrollverfahren zur Zusammenführung der Stiftung der Cellitinnen zur heiligen Maria mit dem „Stiftung der Cellitinnen“ e.V. im Jahr 2018<sup>579</sup> und zur Zusammenführung von

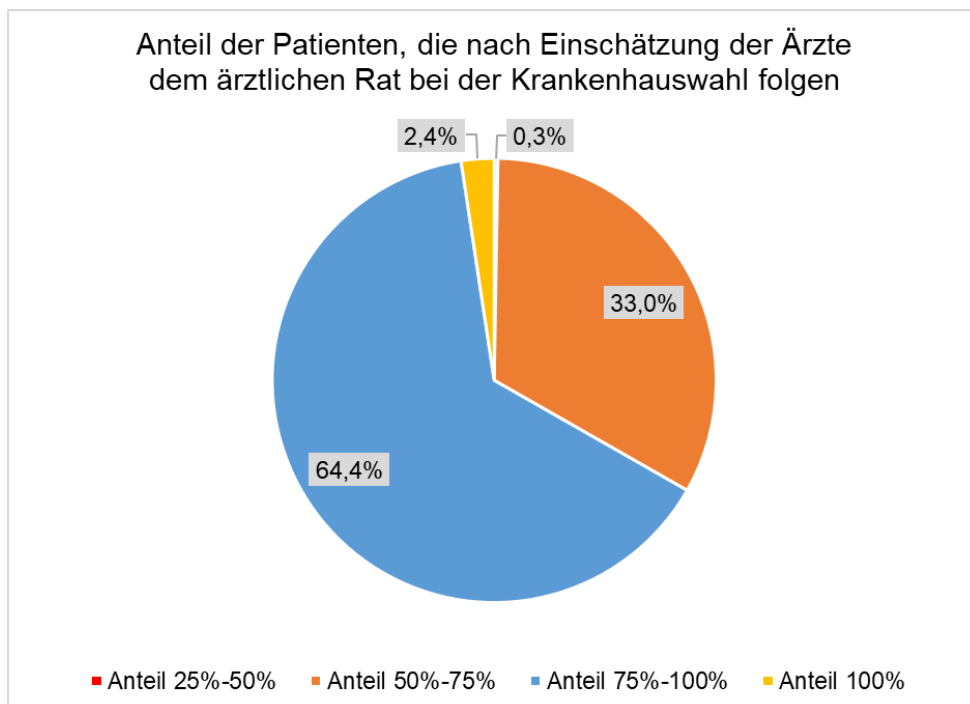
<sup>579</sup> BKartA, B 3-122/18, Fallbericht vom 17.12.2018, S. 3.

## D.Wettbewerb im Krankenhaussektor

dem Diakonissenkrankenhaus Flensburg mit dem Malteser Krankenhaus St. Franziskus-Hospital in Flensburg im Jahr 2020<sup>580</sup> wurden vor dem Hintergrund der Erkenntnisse aus der Befragung im Rahmen der Sektoruntersuchung ebenfalls niedergelassene Ärzte befragt. Diese hatten ihren Sitz in den Städten Köln und Hürth bzw. im Norden Schleswig-Holsteins. Auch diese Befragungen ergaben die große Bedeutung der ärztlichen Empfehlungen und Ratschläge für die Entscheidung des Patienten, welches Krankenhaus er für die notwendige stationäre Behandlung aufsucht.

518. Die befragten niedergelassenen Ärzte wurden im Rahmen der Sektoruntersuchung aufgefordert einzuschätzen, wie häufig die Patienten ihrem Rat folgen, wenn ein bestimmtes Krankenhaus für die Krankenhausbehandlung empfohlen wird.<sup>581</sup> Von den 516 Ärzten, die im Rahmen der Sektoruntersuchung geantwortet haben, gaben ca. 73 Prozent der Ärzte an, eine spezifische Empfehlung für eines oder mehrere Krankenhäuser abzugeben. Dieser Ratschlag wird nach Einschätzung der Ärzte von den meisten Patienten auch befolgt. Rd. zwei Drittel der Ärzte meinen, dass die Quote der Befolgung ihres Rates bei über 75 Prozent liegt.

**Abbildung 78: Anteil der Patienten, die nach Einschätzung der Ärzte dem ärztlichen Rat folgen**



519. Die große Bedeutung der ärztlichen Beratung und Empfehlung für die Auswahlentscheidung der Patienten bestätigte sich in der Ärztebefragung im Norden Schleswig-

<sup>580</sup> BKartA, Beschl. v. 30.07.2020, B 3-33/20 - *Zentralklinikum Flensburg*, Rn. 225 ff.

<sup>581</sup> Fragen 2a) und 2b) des Fragebogens an niedergelassene Ärzte.



Holsteins im Verfahren zur geplanten Zusammenführung der beiden Flensburger Krankenhäuser. Diese Befragung ergab, dass 60 Prozent der befragten niedergelassenen Ärzte eine Empfehlung für ein oder mehrere bestimmte Krankenhäuser aussprechen und die Patienten weit überwiegend der Empfehlung folgen.<sup>582</sup>

### 2. Empfehlungen der niedergelassenen Ärzte

520. Angesichts der großen Bedeutung der Beratung durch die niedergelassenen Ärzte für die Auswahlentscheidung der Patienten hat das Bundeskartellamt mit der Ärztebefragung im Raum Darmstadt<sup>583</sup> untersucht, nach welchen Kriterien die Ärzte ihre Empfehlungen aussprechen, welche Krankenhäuser sie dabei im Blick haben und welche Folgen Veränderungen bei Leistungsspektrum bzw. Qualität eines Krankenhauses für ihre Beratung und Empfehlung haben.

#### a) Kriterien der Ärzte für eine Krankenhaus-Empfehlung und ihre Bedeutung

521. Für die niedergelassenen Ärzte sind die wichtigsten Kriterien zur Empfehlung eines Krankenhauses die hohe Qualität der medizinischen Behandlungen, die Hygiene und Infektionsraten, Erfahrungen aus früheren Patientenbehandlungen in dem Krankenhaus sowie die Qualität der Krankenpflege, wie aus der nachfolgenden Grafik erkennbar ist. Jeweils über 85 Prozent der antwortenden Ärzte haben diese Kriterien als eher bedeutend bzw. als sehr bedeutend für ihre Empfehlung eingeschätzt. Grundlage der Auswertung sind die Antworten der befragten Ärzte, die im Fragebogen anhand einer Skala von 1 (sehr unbedeutend) bis 4 (sehr bedeutend) einzuschätzen hatten, welche Bedeutung die tabellarisch aufgeführten Kriterien für ihre Krankenhaus-Empfehlung zur stationären Behandlung haben.<sup>584</sup>

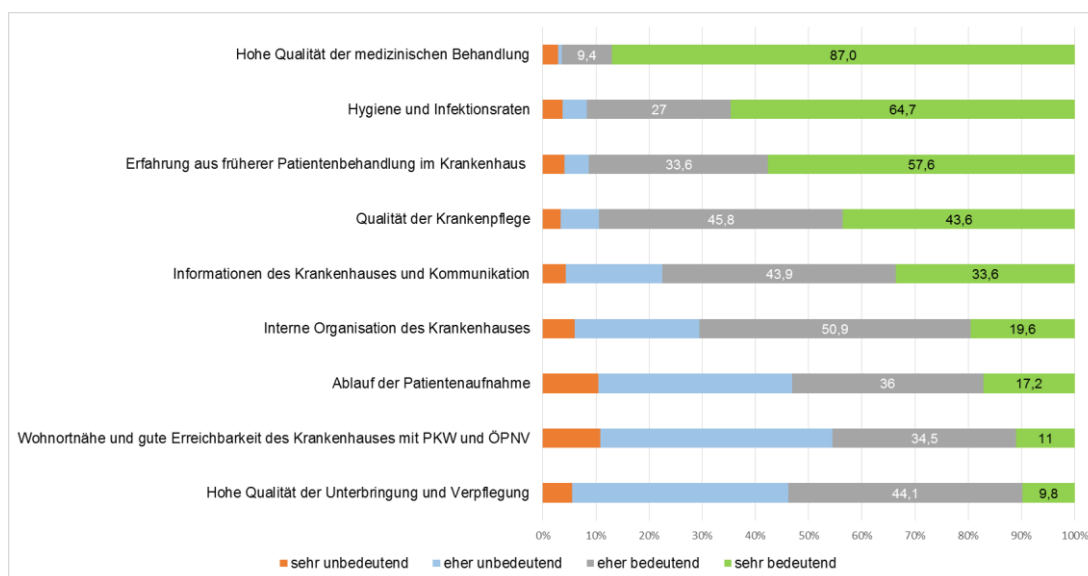
---

<sup>582</sup> BKartA, Beschl. v. 30.07.2020, B 3-33/20 – *Zentralklinikum Flensburg*, Rn. 233 f.

<sup>583</sup> Siehe oben Rn. 16 ff.

<sup>584</sup> Ärztefragebogen, Frage 3a).

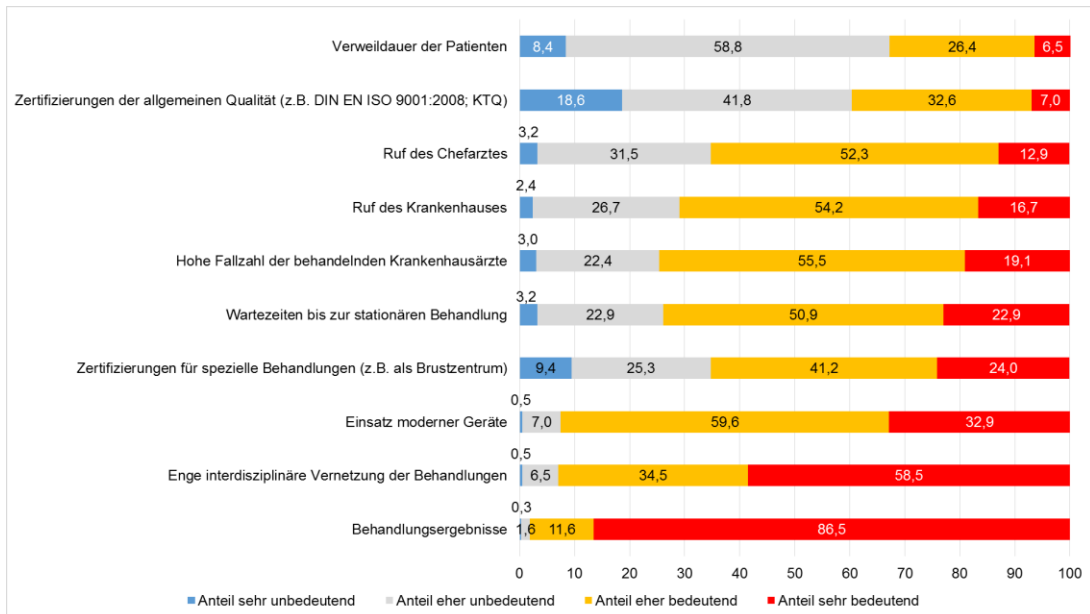
**Abbildung 79: Einschätzung der Bedeutung verschiedener Kriterien für Einweisungsempfehlungen der Ärzte (N=583)**



522. Die Ärzte, nach deren Einschätzung die medizinische Qualität eines Krankenhauses sehr bzw. eher bedeutend für ihre Einweisungsempfehlung ist, sollten ergänzend auf einer Skala von 1 (sehr unbedeutend) bis 4 (sehr bedeutend) angeben, wie wichtig ihnen verschiedene, aufgelistete Kriterien für die Einschätzung der medizinischen Qualität sind. Auch hier konnten die Ärzte weitere in ihren Augen relevante Kriterien hinzufügen.<sup>585</sup> Die Auswertung erfolgte für diejenigen Ärzte, die nach eigenen Angaben im Fragebogen ihren Patienten Krankenhaus-Empfehlungen für eine stationäre Behandlung geben.
523. Die Befragung ergab, dass die Behandlungsergebnisse sowie eine enge interdisziplinäre Vernetzung der Behandlungen von einer deutlichen Mehrheit der Ärzte als sehr bedeutend für die Bewertung der medizinischen Qualität eingeschätzt werden. Dahinter folgen der Einsatz moderner Geräte, Zertifizierungen für spezielle Behandlungen und die Wartezeiten bis zur stationären Behandlung. Allgemeine Zertifizierungen des Krankenhauses und die Verweildauer der Patienten werden demgegenüber von der Mehrheit der Ärzte zur Einschätzung der medizinischen Qualität als sehr unbedeutend oder eher unbedeutend angesehen.

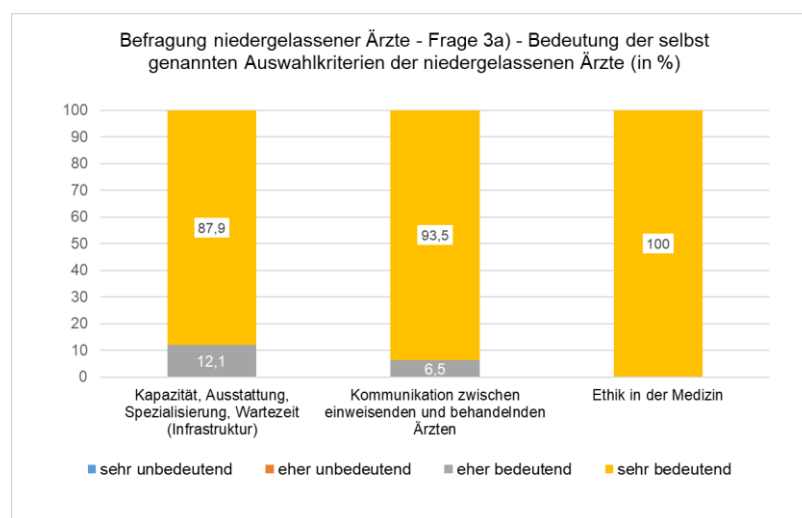
<sup>585</sup> Ärztefragebogen, Frage 3c).

**Abbildung 80: Bedeutung von Einzelkriterien für die Bewertung der medizinischen Qualität aus Sicht der Ärzte nach Anteil der Nennungen in % (N=371)**



524. Die befragten niedergelassenen Ärzte konnten im Fragebogen weitere, aus ihrer Sicht relevante Kriterien für ihre Krankenhaus-Empfehlungen angeben und deren Bedeutung für ihr Empfehlungsverhalten einschätzen.<sup>586</sup> Hier wurden die Kriterien Ethik in der Medizin, Kommunikation zwischen einweisenden und behandelnden Ärzten sowie die Infrastruktur (Kapazität, Ausstattung, Spezialisierung und Wartezeit) zusätzlich als wichtige Faktoren für die ärztlichen Ratschläge benannt.

**Abbildung 81: Weitere für die Ärzte relevante Kriterien für Einweisungsempfehlungen (N=583)**

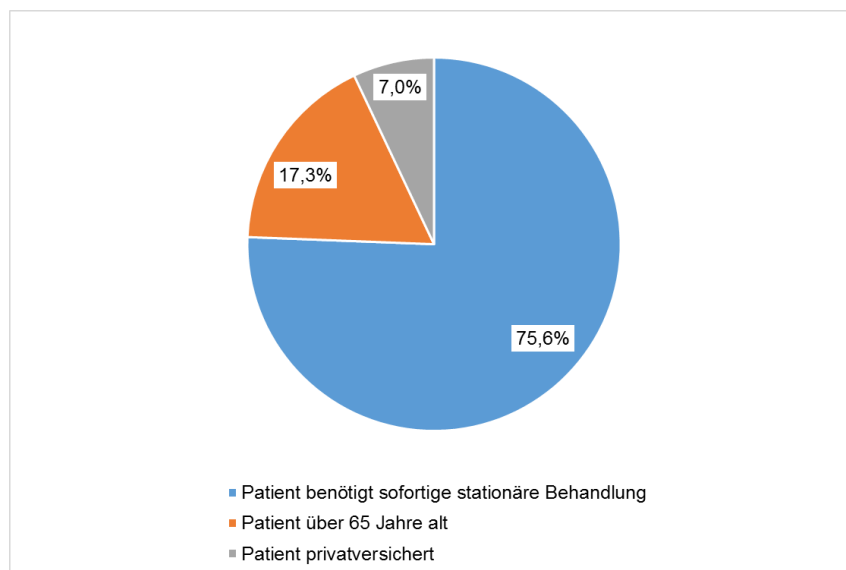


<sup>586</sup> Ärztefragebogen, Frage 3a).

## D.Wettbewerb im Krankenhaussektor

525. Ferner hatten die befragten Ärzte einzuschätzen, welche der aufgeführten Kriterien sie für eine Einweisungsempfehlung für wichtiger bzw. weniger wichtig halten, wenn der Patient eine sofortige stationäre Behandlung benötigt (Notfall), ein Alter von über 65 Jahren erreicht hat oder privat krankenversichert ist.<sup>587</sup> Zu den einzelnen Patientengruppen und Kriterien gab es insgesamt 611 Einschätzungen von Ärzten, die Einweisungsempfehlungen aussprechen. Die Angaben betreffen weit überwiegend die Situation des Patienten, der eine sofortige stationäre Behandlung benötigt.

**Abbildung 82: Verteilung der abweichenden Einschätzungen nach Patientengruppen (N=611)**

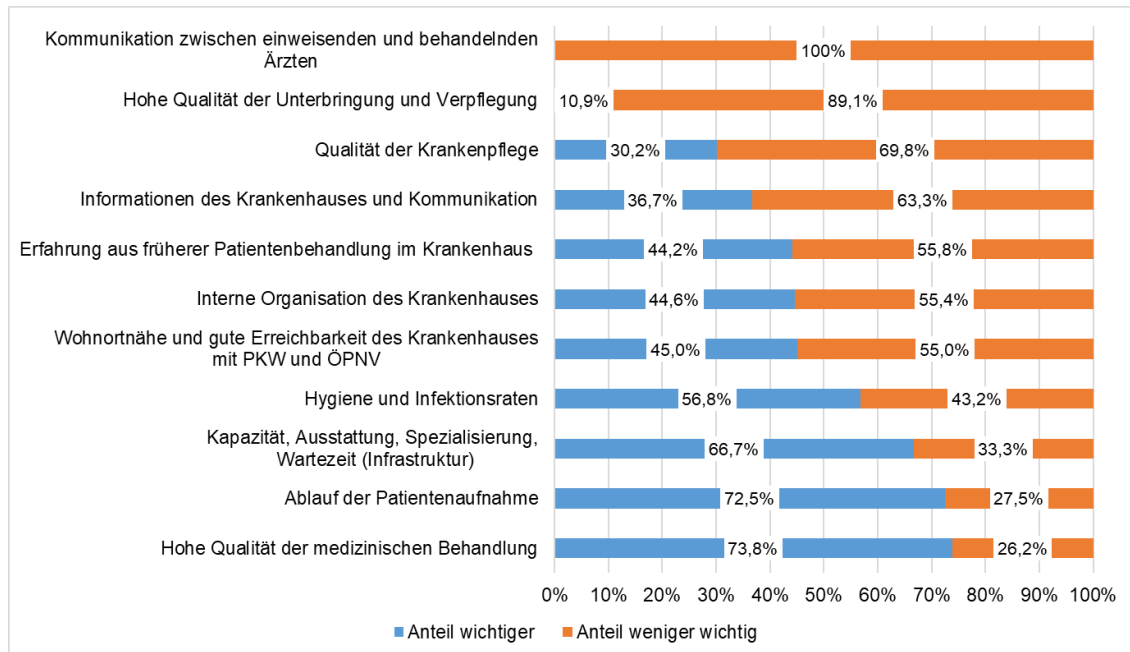


526. Nur für Patienten, die eine sofortige stationäre Behandlung benötigen, gab es eine ausreichend hohe Zahl an Einschätzungen. Für die Gruppe der älteren Patienten über 65 Jahre und die Gruppe der privatversicherten Personen wurden je Kriterium jeweils weniger als 25 Einschätzungen abgegeben, so dass hierauf keine Bewertung gestützt wurde.

527. Die Auswertung, inwieweit die Ärzte bei der Gruppe der Patienten, die eine sofortige stationäre Behandlung benötigen, von ihrer allgemeinen Bewertung der Entscheidungskriterien abweichen, ist in der folgenden Abbildung dargestellt. Dort sind die Einzelkriterien absteigend von oben nach unten nach der Höhe des Anteils der Antworten sortiert, in denen das Kriterium für diese Patientengruppe als vergleichsweise wichtiger bewertet wurde. So wird nach Ansicht von rd. 74 Prozent der Ärzte das Kriterium „hohe Qualität der medizinischen Behandlung“ für die Einweisungsempfehlung in Notfallsituationen wichtiger.

<sup>587</sup> Ärztefragebogen, Frage 3b).

**Abbildung 83: Bedeutung der Einzelkriterien und Anteil der Nennungen für die Patienten, die eine sofortige stationäre Behandlung benötigen (N=462)**



528. Die Antworten der befragten Ärzte zeigen insgesamt, dass ein Krankenhaus mit der Einrichtung eines bestimmten Leistungsschwerpunktes, der gute ärztliche und pflegerische Leistungen erbringt und vertrauensvoll mit den niedergelassenen Ärzten zusammenarbeitet, über die Empfehlungen niedergelassener Ärzte Patienten für diese Behandlungen gewinnen kann. In Leistungsbereichen, die das Krankenhaus nicht fördern möchte, könnte das Haus umgekehrt die Zahl der pro Jahr durchgeführten Behandlungen zurückfahren. Zugleich kann es durch eine Hervorhebung der Schwerpunkte erreichen, dass die niedergelassenen Ärzte Patienten mit einem entsprechenden Behandlungsbedarf verstärkt in das eigene Krankenhaus einweisen.

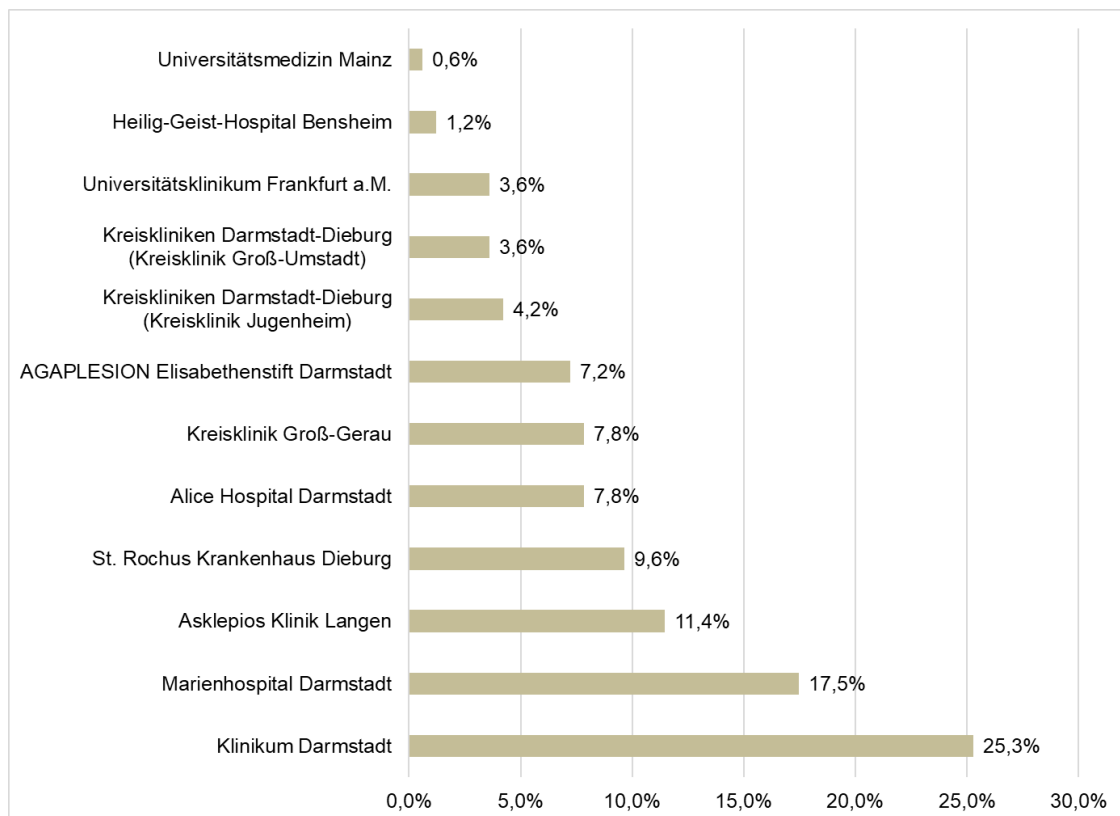
**b) Informationsumfang der Ärzte und seine Bedeutung für die Empfehlungen**

529. Die Sektoruntersuchung ergab, dass die Ärzte im Wesentlichen Erkenntnisse über Qualität und Leistungsspektrum der Krankenhäuser, in deren Gebiet ihre Praxis liegt, haben. Diese regional geprägten Informationen beeinflussen maßgeblich ihr Beratungs- und Empfehlungsverhalten, wenn einer ihrer Patienten eine stationäre Behandlung benötigt. Die niedergelassenen Ärzte empfehlen dementsprechend weit überwiegend Krankenhäuser der eigenen Region.

## D. Wettbewerb im Krankenhaussektor

530. Die befragten niedergelassenen Ärzte wurden im Fragebogen aufgefordert, Veränderungen im Leistungsangebot bzw. in der Qualität der Behandlungen von Krankenhäusern ihrer Region oder Ereignisse, die sich darauf ausgewirkt haben, seit Anfang 2014 anzugeben sowie das Krankenhaus zu benennen.<sup>588</sup>
531. Insgesamt haben die Ärzte 166 Beobachtungen zu Qualität und Leistungsspektrum der in ihrer Region (hier Raum Darmstadt) liegenden Krankenhäuser im Hinblick auf die stationäre Behandlung somatischer Erkrankungen angegeben. Dabei betreffen rd. 58 Prozent der Beobachtungen Krankenhäuser in der Stadt Darmstadt und weitere 21 Prozent die Krankenhäuser in den Nachbarstädten Langen und Groß-Gerau in einer Entfernung von rd. 16 Straßenkilometern vom Stadtzentrum Darmstadts.<sup>589</sup> Die Verteilung der Beobachtungen auf die Krankenhäuser in der Region Darmstadt ist aus der folgenden Abbildung zu erkennen.

**Abbildung 84: Anteil der Beobachtungen von Leistungs- bzw. Qualitätsveränderungen durch die befragten niedergelassenen Ärzte (N=166)**



532. Auch dieser Befund bestätigte sich im Rahmen der Befragung niedergelassener Ärzte im Norden Schleswig-Holsteins. Hier betrafen rd. 70 Prozent der angegebenen Ereignisse Krankenhäuser, in deren Gebiet sich die Praxis des Arztes befindet. Die Ärzte

<sup>588</sup> Krankenhausfragebogen, Frage 6a).

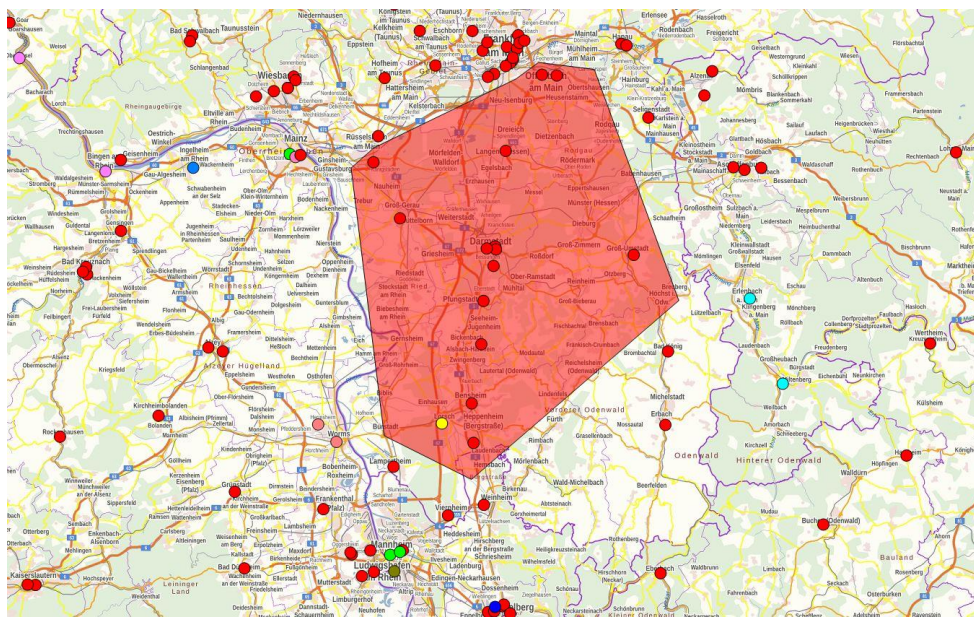
<sup>589</sup> Entfernung nach google maps, <https://www.google.de/maps/>.

## D. Wettbewerb im Krankenhausektor

nahmen dagegen Ereignisse in den Krankenhäusern aus den anderen Gebieten mit einem Anteil von rd. 30 Prozent der benannten Ereignisse in weit geringerem Umfang wahr.<sup>590</sup>

533. Die niedergelassenen Ärzte empfehlen dementsprechend auch weit überwiegend Krankenhäuser, die in der unmittelbaren Umgebung ihrer Arztpraxis liegen. Die in der Region Darmstadt<sup>591</sup> befragten Ärzte hatten im Fragebogen zur Sektoruntersuchung anzugeben, für welches Krankenhaus sie im Jahr 2016 wie häufig eine Einweisungsempfehlung ausgesprochen haben. Dabei war die tatsächlich ausgesprochene Zahl an Empfehlungen einzuschätzen.<sup>592</sup> Die Auswertung ergab, dass rd. 84 Prozent der von den befragten Ärzten in der Region Darmstadt ausgesprochenen Empfehlungen ein Krankenhaus in dem Gebiet Darmstadt betraf. Das Gebiet ist in der folgenden Karte dargestellt.

*Karte 4: Gebiet der Krankenhäuser, auf die kumuliert rd. 84% der ärztlichen Empfehlungen entfallen, 2016*



534. Weitere 9 Prozent der Empfehlungen sprachen die niedergelassenen Ärzte für die benachbarten Universitätskliniken in Frankfurt am Main, Mainz und Heidelberg aus. Dies zeigt, dass die niedergelassenen Ärzte die Universitätskliniken durchaus im Blick haben, diese Spitzenversorger aber für die Patientenbehandlung in der Region Darmstadt insgesamt nur eine ergänzende Rolle spielen.

<sup>590</sup> BKartA, Beschl. v. 30.07.2020, B 3-33/20 – Zentralklinikum Flensburg, Rn. 226 ff.

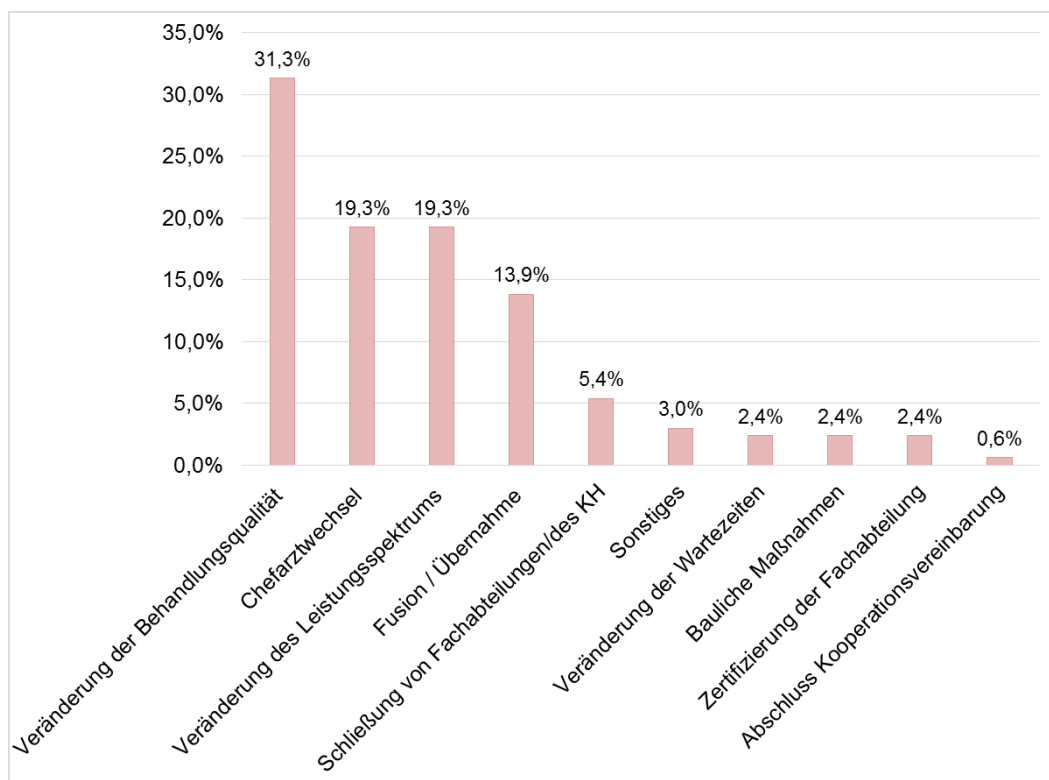
<sup>591</sup> Zum Umfang dieser Region siehe oben Rn. 16, Karte 3.

<sup>592</sup> Ärztfragebogen, Frage 4.

**c) Einfluss von Veränderungen im Krankenhaus auf die Zahl der Arzt-Empfehlungen**

535. Verändern die Krankenhäuser Leistungsspektrum oder Qualität, so wird dies von den Ärzten in ihrer Praxis beobachtet und bewertet. Diese Bewertung beeinflusst wiederum maßgeblich das Empfehlungsverhalten der Ärzte.
536. Die befragten Ärzte hatten die von ihnen beobachteten Ereignisse zu beschreiben und als positiv, neutral oder negativ zu bewerten sowie ihre Reaktion (Erhöhung oder Reduzierung der Einweisungsempfehlungen oder keine Reaktion) anzugeben.<sup>593</sup>
537. Am häufigsten bewerteten die Ärzte eine Veränderung der Behandlungsqualität, gefolgt von Chefarztwechseln und Veränderungen des Leistungsspektrums des Krankenhauses. Die Verteilung der Antworten ist aus der folgenden Grafik zu erkennen.

**Abbildung 85: Anteil der von den Ärzten angegebenen und bewerteten Ereignisse in den Krankenhäusern seit 2014 (N=166)**

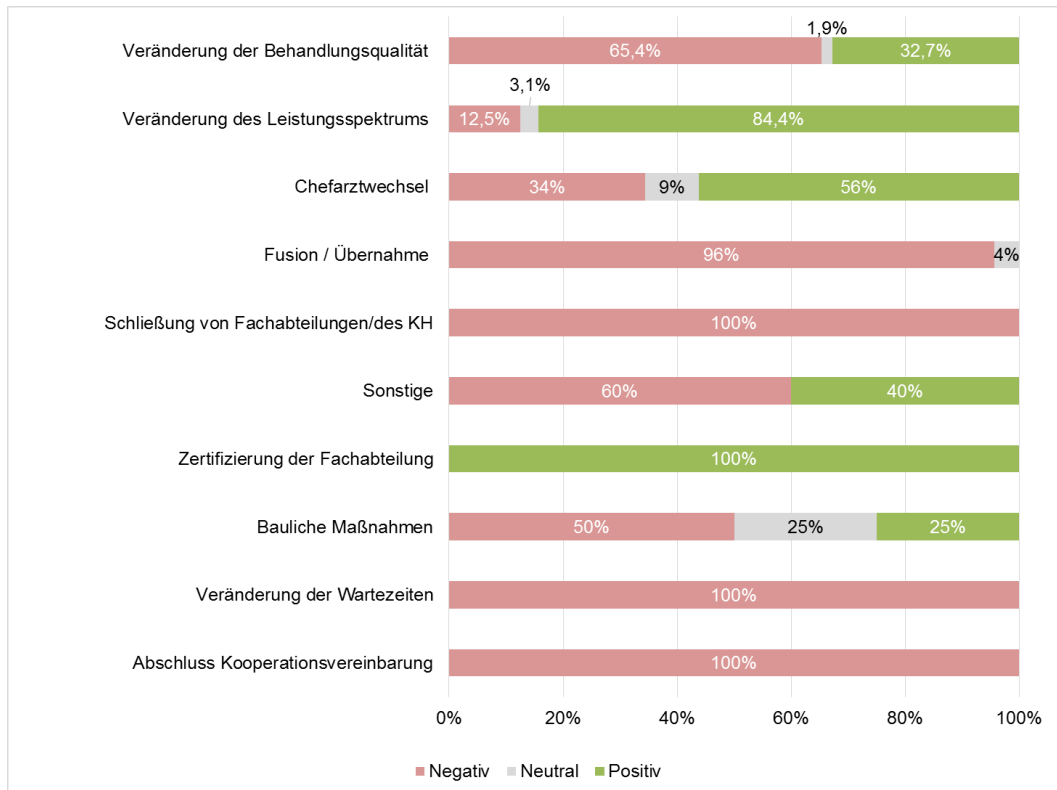


538. Die befragten Ärzte bewerteten rd. 54 Prozent der bemerkten Ereignisse als negativ, rd. 42 Prozent als positiv und sahen nur 4 Prozent als neutral an. Die Bewertungen der Einzelkriterien sind aus der folgenden Grafik zu erkennen.

<sup>593</sup> Ärztefragebogen, Frage 6a.

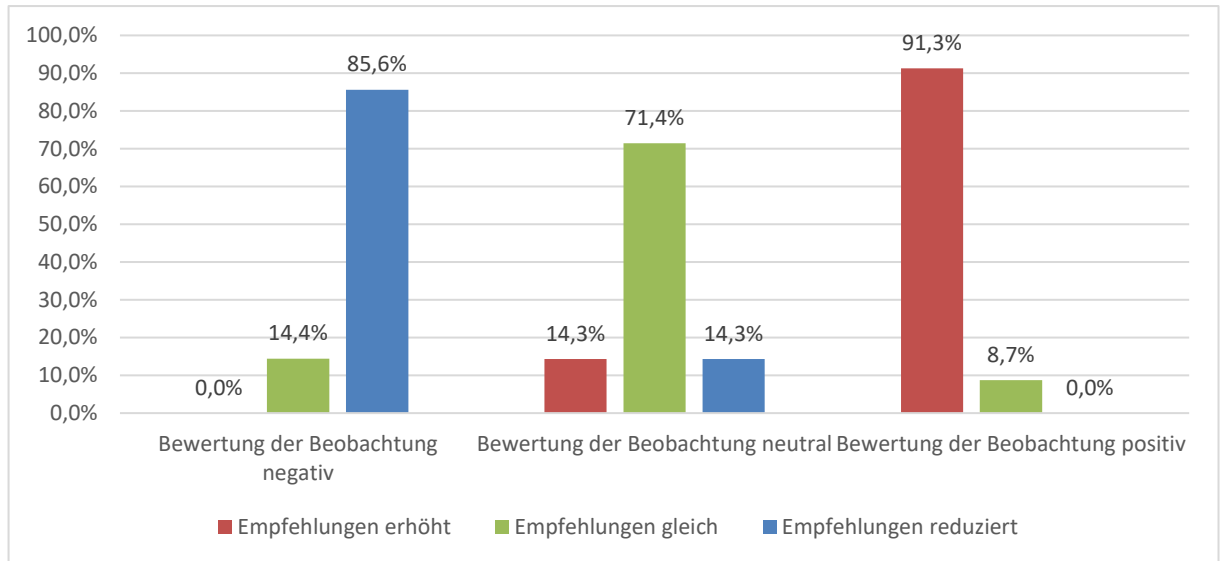


**Abbildung 86: Bewertung der beobachteten Ereignisse in den Krankenhäusern durch die Ärzte (N=166)**



539. Die überwiegende Zahl der im Raum Darmstadt befragten Ärzte bewertete die von ihnen beobachteten Veränderungen der Behandlungsqualität, Fusionen bzw. Übernahmen, Schließungen von Fachabteilungen, Veränderungen von Wartezeiten und den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen als negativ. Von der Mehrheit positiv eingeschätzt wurden Veränderungen des Leistungsspektrums, Chefarztwechsel und Zertifizierungen der entsprechenden Fachabteilung.
540. Diese Bewertungen haben unmittelbare Folgen für das Einweisungsverhalten der Ärzte: Rd. 86 Prozent der Ärzte, die negativ bewertete Ereignisse beobachteten, gaben an, die Zahl der Einweisungsempfehlungen für das betreffende Krankenhaus reduziert zu haben. Umgekehrt gaben rd. 91 Prozent der Ärzte, die ein positiv bewertetes Ereignis beobachtet hatten, an, die Zahl der Einweisungsempfehlungen für das betreffende Krankenhaus erhöht zu haben. Wurde das beobachtete Ereignis neutral bewertet, so änderte die große Mehrheit der Ärzte ihr Einweisungsverhalten nicht.

**Abbildung 87: Anteil der Reaktionen der Ärzte auf negativ, neutral und positiv bewertete Ereignisse, die sie in den Krankenhäusern beobachtet haben (N=166)**



541. Die Befragung niedergelassener Ärzte im Zusammenschlussverfahren zur Zusammenführung der Flensburger Krankenhäuser im Norden Schleswig-Holsteins ergab ebenfalls einen hohen Einfluss von wahrgenommenen Veränderungen bei Krankenhäusern in der Umgebung auf das ärztliche Beratungsverhalten.<sup>594</sup>

#### d) Ergebnis

542. Für die niedergelassenen Ärzte steht bei der Beratung ihrer Patienten, die eine stationäre Krankenhausbehandlung benötigen, die medizinische Qualität des Krankenhauses deutlich an erster Stelle. Die Qualität beurteilen die Ärzte weit überwiegend aus den von ihnen beobachteten Behandlungsergebnissen. Daneben sind für sie die interdisziplinäre Zusammenarbeit und der Einsatz moderner Geräte im Krankenhaus noch von größerer Bedeutung. Die Verweildauer der Patienten im Krankenhaus und auch allgemeine Zertifizierungen spielen für die Beurteilung der medizinischen Qualität hingegen weit überwiegend keine Rolle. Neben der Behandlungsqualität sind für die Ärzte die Hygiene und Infektionsraten im Krankenhaus für die Entscheidung von Bedeutung, welches Krankenhaus sie dem Patienten empfehlen. Die Wohnortnähe und Erreichbarkeit des Krankenhauses haben für die Ärzte überwiegend wenig Bedeutung. Auch Unterkunft und Verpflegung sowie der Ablauf der Patientenaufnahme (außerhalb der Notaufnahme) sind von nachrangiger Bedeutung.

<sup>594</sup> BKartA, Beschl. v. 31.07.2020, B 3-33/20 – Zentralklinikum Flensburg, Rn. 229 ff.

## D. Wettbewerb im Krankenhaussektor

543. Die Erkenntnisse über Qualität und Leistungsspektrum erhalten die Ärzte weit überwiegend über die Krankenhäuser, in deren Gebiet ihre Praxis liegt. Diese regional geprägten Informationen beeinflussen maßgeblich ihr Beratungs- und Empfehlungsverhalten, so dass sie weit überwiegend Krankenhäuser der eigenen Region empfehlen. Benachbarte Universitätskliniken spielen für die Versorgung der Patienten eine ergänzende Rolle.
544. Verändern die Krankenhäuser Leistungsspektrum oder Qualität, so wird dies von den Ärzten in ihrer Praxis beobachtet und bewertet. Insbes. Veränderungen der Behandlungsqualität, Chefarztwechsel und Veränderungen des Leistungsspektrums werden von den Ärzten wahrgenommen und bewertet. Diese Bewertung beeinflusst wiederum maßgeblich das Empfehlungsverhalten der Ärzte. Negativ eingeschätzte Veränderungen führen zu weniger Einweisungsempfehlungen in das Krankenhaus, positiv eingeschätzte Veränderungen zu mehr Einweisungsempfehlungen.

### 3. Nutzung der Wahlfreiheit durch die Patienten

545. Das Bundeskartellamt hat auch analysiert, inwieweit die Patienten tatsächlich ihre Freiheit nutzen, das aus ihrer Sicht für die notwendige stationäre Behandlung optimale Krankenhaus auszuwählen. Hierzu hat es ermittelt, welche Entfernungen die Patienten tatsächlich zum behandelnden Krankenhaus zurücklegen, wie viele konkurrierende Krankenhäuser nach dem jeweiligen Wohnort des Patienten durchschnittlich als Auswahloption in Betracht kommen und wie viele Patienten sich nicht im nächstgelegenen Krankenhaus behandeln lassen, das die jeweils benötigte stationäre Behandlung anbietet.
546. Grundlage für die Auswertungen sind die von den befragten Krankenhäusern im Rahmen der Ermittlungen gelieferten Krankenhausdaten entsprechend § 21 Abs. 3 Satz 8 KHEntgG für das Jahr 2015.<sup>595</sup> Zur Feststellung der Fahrstrecken wurde mangels Kenntnis der genauen Patientenadressen auf den Mittelpunkt des fünfstelligen PLZ-Gebiets abgestellt, in dem der jeweilige Patient wohnt. Die Entfernung von diesen Mittelpunkten zu den genauen Adressen der Krankenhäuser wurde anhand von Daten der dds digital data services GmbH bestimmt. Die Siedlungsstrukturtypen entsprechenden siedlungsstrukturellen Kreis- und Regionstypen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt-

---

<sup>595</sup> Siehe oben Rn. 14.

## D.Wettbewerb im Krankenhaussektor

und Raumforschung (BBSR).<sup>596</sup> Die Zuordnung der PLZ-Gebiete zu Landkreisen erfolgte auf der Basis von frei verfügbaren Daten von OpenStreetMaps.<sup>597</sup>

547. Um die Zahl der konkurrierenden Krankenhäuser zu bestimmen, wurden die einzelnen Krankenhäuser anhand der Angaben im Krankenhausfragebogen<sup>598</sup> ihrem jeweiligen Träger zugeordnet. Krankenhäuser der gleichen Gruppe wurden daher nicht als Konkurrenten betrachtet.<sup>599</sup> In diesem Punkt unterscheidet sich diese Analyse wesentlich vom GKV-Kliniksimulator<sup>600</sup> und vergleichbaren Tools. Diese geben allein die Entfernung zwischen den Patientenwohnorten und dem nächsten Krankenhaus an und berücksichtigen nicht die Konzern- bzw. Trägerzugehörigkeit der Krankenhäuser. Aussagen über die wettbewerbliche Situation in den Regionen lassen sich auf diese Tools nicht stützen.

### a) Von den Patienten tatsächlich zurückgelegte Entfernungen

548. Ausgangspunkt der Betrachtung ist die Entfernung, welche die Patienten tatsächlich zurückgelegt haben, bis sie das für ihre stationäre Behandlung ausgewählte Krankenhaus erreicht haben.

549. Die Auswertung ergab, dass Patienten nur eine begrenzte Wegstrecke zum behandelnden Krankenhaus zurücklegen. Rd. 81 Prozent aller Krankenhausfälle kommt aus einer Entfernung von bis zu 35 km. Mehr als 60 km legen nur 7,3 Prozent der Patienten zurück. In der folgenden Grafik sind die Entfernungen nach Versorgungsstufen und über alle Krankenhäuser dargestellt.

---

<sup>596</sup> [https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/themen/raumentwicklung/raumsystem-regionstypen/\\_node.html](https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/themen/raumentwicklung/raumsystem-regionstypen/_node.html).

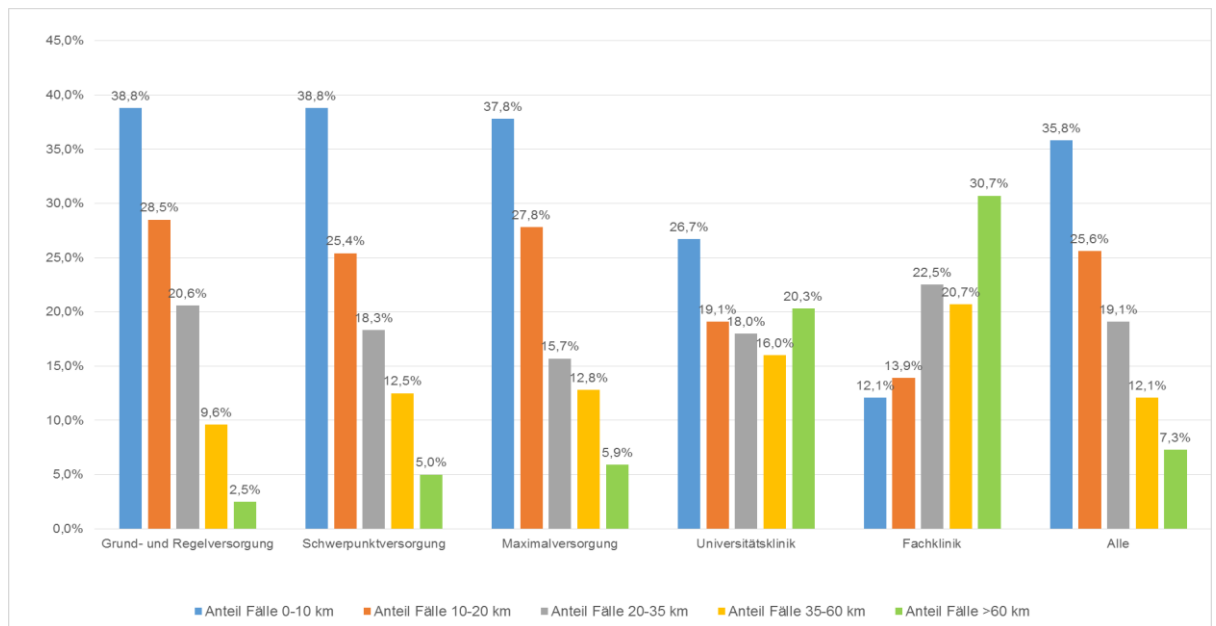
<sup>597</sup> <https://www.suche-postleitzahl.org/downloads>.

<sup>598</sup> Krankenhausfragebogen, Fragen I.3 und I.4.

<sup>599</sup> § 36 Abs. 2 GWB.

<sup>600</sup> Hierzu Näheres in der Pressemitteilung des GKV-Spitzenverbands vom 08.09.2016 unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv\\_spitzenverband/presse/pressemitteilungen\\_und\\_statements/pressemitteilung\\_417344.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_417344.jsp).

**Abbildung 88: Anteil der Fälle in % nach Entfernungen bis zum Krankenhaus und Versorgungsstufen 2015**



550. Die Abbildung zeigt, dass es bei den Versorgungsstufen der Krankenhäuser deutliche Unterschiede gibt: Die Grund- und Regelversorger, die Schwerpunktversorger und die Maximalversorger akquirieren jeweils über 80 Prozent ihrer Patienten aus einer Entfernung von bis zu 35 km. Dabei nehmen ihre Fallzahlen mit zunehmender Entfernung deutlich ab. Auf Krankenhäuser dieser drei Versorgungsstufen entfallen aus dem Befragungsgebiet rd. 82 Prozent der stationären Fälle.
551. Demgegenüber stammen bei den Universitätskliniken weniger als 65 Prozent und bei den Fachkliniken sogar weniger als 50 Prozent der Fälle aus einer Entfernung bis 35 km. Bei den Universitätskliniken geht die Fallzahl mit der Entfernung vergleichsweise weniger deutlich zurück, wobei der Anteil der Fälle aus einer Entfernung von über 60 km an zweiter Stelle steht. Bei den Fachkliniken nimmt die Fallzahl mit der Entfernung sogar zu. Die meisten Fälle der Fachkliniken stammen aus einer Entfernung von über 65 km. Die Universitätskliniken behandelten rd. 14 Prozent und die Fachkliniken 4,5 Prozent der stationären Fälle aus dem Befragungsgebiet.
552. Hieraus ist zu entnehmen, dass die Krankenhäuser mit zunehmender Spezialisierung Patienten auch aus größeren Entfernungen von mehr als 35 km behandeln, dass insgesamt aber nur wenige Patienten solche Strecken zurücklegen.
553. Die begrenzten Fahrstrecken der Patienten zum behandelnden Krankenhaus wurden auch durch die Analyse der für den Norden Schleswig-Holsteins erhobenen Patientendaten des Jahres 2019 bestätigt. In der eher ländlichen Region fahren rd. 83 Prozent der stationär behandelten Personen bis zu 50 km weit, mehr als die Hälfte legte nur

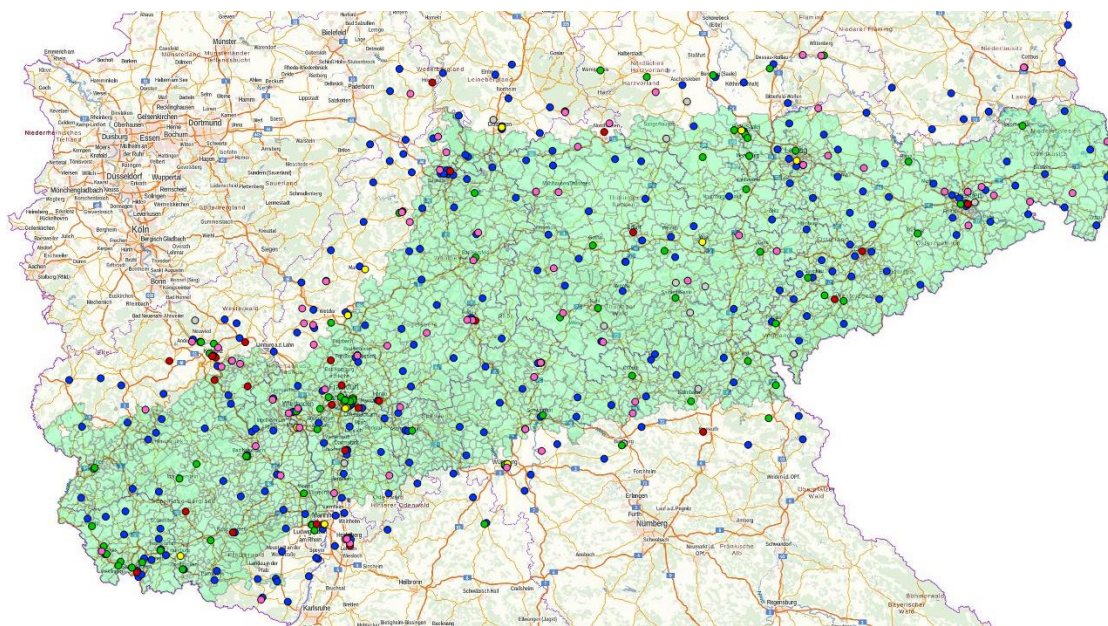
## D.Wettbewerb im Krankenhaussektor

eine Entfernung von weniger als 25 km zurück. Der Median der tatsächlich zum Krankenhaus zurückgelegten Wegstrecke lag 2019 im Norden Schleswig-Holsteins bei 16,1 km. Auch die Fahrzeit bis zum behandelnden Krankenhaus ist hier begrenzt: 2019 legten im Norden Schleswig-Holsteins 87,2 Prozent der Patienten eine Fahrzeit von weniger als 60 Minuten zurück, 67,4 Prozent sogar weniger als 30 Minuten.<sup>601</sup>

### b) Zahl der Auswahlmöglichkeiten für die Patienten

554. Die Auswahlmöglichkeiten wurden für die Patienten mit den fünfstelligen Wohnort-Postleitzahlgebieten bestimmt, die in einem Abstand von mindestens 35 km Luftlinie zum Rand des Abfragegebietes der Sektoruntersuchung<sup>602</sup> liegt. Denn je geringer der Abstand der Wohnort-Postleitzahlgebiete zu dieser Grenze, desto höher ist die nicht bekannte Zahl stationärer Fälle, die in Krankenhäusern außerhalb des Abfragegebietes behandelt worden sind. Das Untersuchungsgebiet ist auf der folgenden Karte farblich hervorgehoben dargestellt.

*Karte 5: Wohnort-Postleitzahlgebiete und befragte Krankenhäuser, 35 km Luftlinie zur Grenze des Abfragegebietes*



555. Ein Krankenhaus wurde bei der Auswertung nur dann als Auswechoption berücksichtigt, wenn es die dem jeweiligen Patienten zugeordnete DRG im Jahr 2015 mindestens einmal abgerechnet hat.

<sup>601</sup> BKartA, Beschl. v. 30.07.2020, B3-33/20 – *Zentralklinikum Flensburg*, Rn. 236 ff.

<sup>602</sup> Zum Abfragegebiet siehe oben Rn. 10, Karte 1.

**Tabelle 11: Zahl der Ausweichoptionen in einem Radius von 35 km um die Patienten-Wohngebiete 2015**

Statistik	Anzahl Anbieter 35 km Strecke	Anzahl Betriebsstätten 35 km Strecke
Durchschnitt (Fälle)	6,4	7,5
Minimalwert	0	0
25. Perzentil	3	3
Median	5	6
75. Perzentil	8	10
Maximalwert	27	34

556. Aus der Tabelle ist zu erkennen, dass im Untersuchungsgebiet den Patienten im Durchschnitt 6,4 konkurrierende Krankenhäuser unterschiedlicher Trägergruppen mit durchschnittlich 7,5 Betriebsstätten für die benötigte stationäre Behandlung zur Verfügung stehen. Dabei schwankt die Ausweichmöglichkeit zwischen 0 und 27 Krankenhäusern bzw. 0 und 34 Betriebsstätten.

557. Nach Siedlungsstrukturtypen<sup>603</sup> gegliedert zeigt sich, dass in städtischen Regionen die Anbieterdichte deutlich höher als in ländlichen Regionen ist. In kreisfreien Großstädten ist die durchschnittliche Zahl der Anbieter mehr als 3-mal höher als in dünn besiedelten ländlichen Kreisen. Die Trägerauswahl ist in den kreisfreien Großstädten und den städtischen Kreisen deutlich größer als in den ländlichen Kreisen. Gerade in den dünn besiedelten ländlichen Kreisen gibt es im Durchschnitt im Radius von 35 km um den Wohnort nur eine Auswahl zwischen 2,7 konkurrierenden Krankenhäusern mit 3,2 Betriebsstätten. Dies betrifft 22,5 Prozent der betrachteten Postleitzahlgebiete und 17,5 Prozent der Fälle aus dem Gesamtgebiet.

**Tabelle 12: Durchschnittliche Zahl der Ausweichmöglichkeiten nach Siedlungsstrukturtyp 2015**

Siedlungsstrukturtyp	Anzahl Anbieter 35 km Strecke	Anzahl Betriebsstätten 35 km Strecke	Anteil der PLZ-Gebiete	Anteil der Fälle
Kreisfreie Großstädte	9,4	10,9	11,9%	19,3%
Städtische Kreise	8,1	9,6	33,9%	36,9%
Ländliche Kreise m. Verdichtungsansätzen	4,4	5,1	31,6%	26,3%
Dünn besiedelte ländliche Kreise	2,7	3,2	22,5%	17,5%
Alle Siedlungstypen (Durchschnitt Fälle)	6,4	7,5	100%	100%

558. Die Anbieterdichte innerhalb einer Fahrstrecke von 35 km im Untersuchungsgebiet ist auf der folgenden Karte dargestellt. Hier zeigt sich eine große Auswahlmöglichkeit in

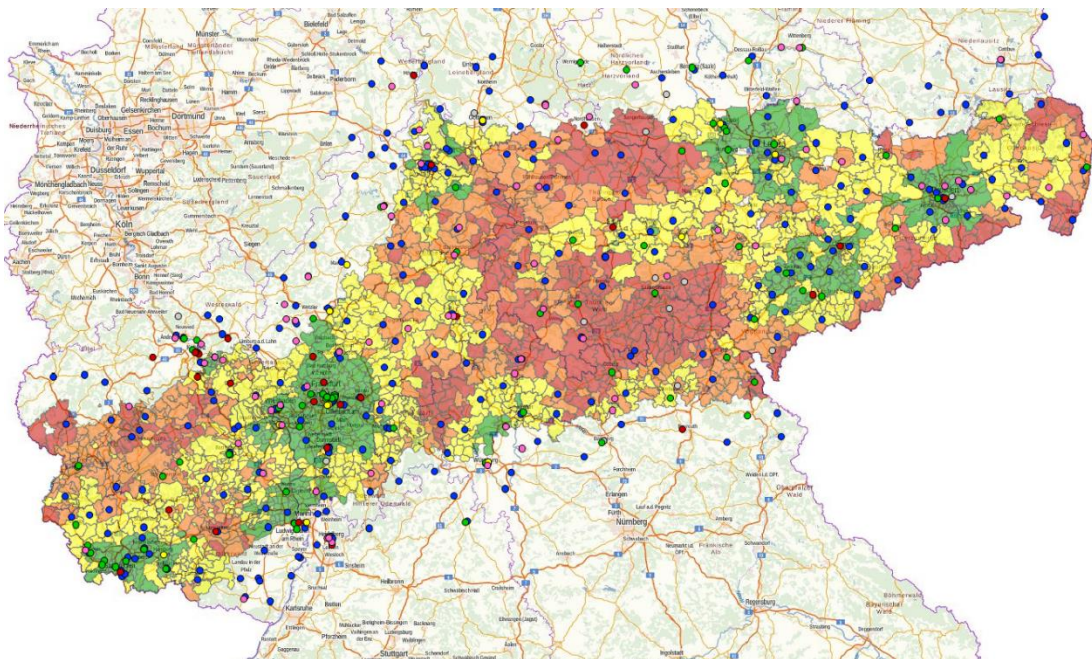
<sup>603</sup> Zur Grundlage siehe oben Rn. 12.

## D.Wettbewerb im Krankenhaussektor

den städtischen Regionen Saarbrücken, Ludwigshafen/Mannheim/Heidelberg, Frankfurt am Main, Halle, Leipzig und Dresden, deren Zentren jeweils grün und die Randbereiche gelb gefärbt sind. In der Metropolregion Rhein/Main liegen auch die 20 PLZ-Gebiete mit der höchsten Anbieterzahl in den Städten Offenbach und Frankfurt am Main sowie im Kreis Groß-Gerau. Hier können die Patienten in einem Radius von 35 km um den Wohnort jeweils über 20 Krankenhäuser von 17 Krankenhausträgern erreichen.

559. In den dünn besiedelten Regionen Hunsrück und Südeifel sowie südlich des Harzes, in der Rhön, im Thüringer Wald, im Frankenwald sowie in den Grenzregionen zu den Nachbarländern gibt es demgegenüber nur einen Krankenhausträger innerhalb einer Fahrstrecke von 35 km. In der Mitte Deutschlands, deren Gebiet durch Wittenhausen im Nordwesten, Lutherstadt Eisleben im Nordosten, Marktheidenfeld im Südwesten und durch den sächsischen Vogtlandkreis im Südosten begrenzt ist, sind überwiegend nicht mehr als 2 Krankenhausträger mit einer Fahrstrecke von 35 km erreichbar. Hier dürften Zusammenschlussvorhaben tendenziell wettbewerblich problematischer sein als in den städtischen Regionen.

*Karte 6: Anbieterdichte innerhalb einer Fahrstrecke von 35 km im Untersuchungsgebiet*



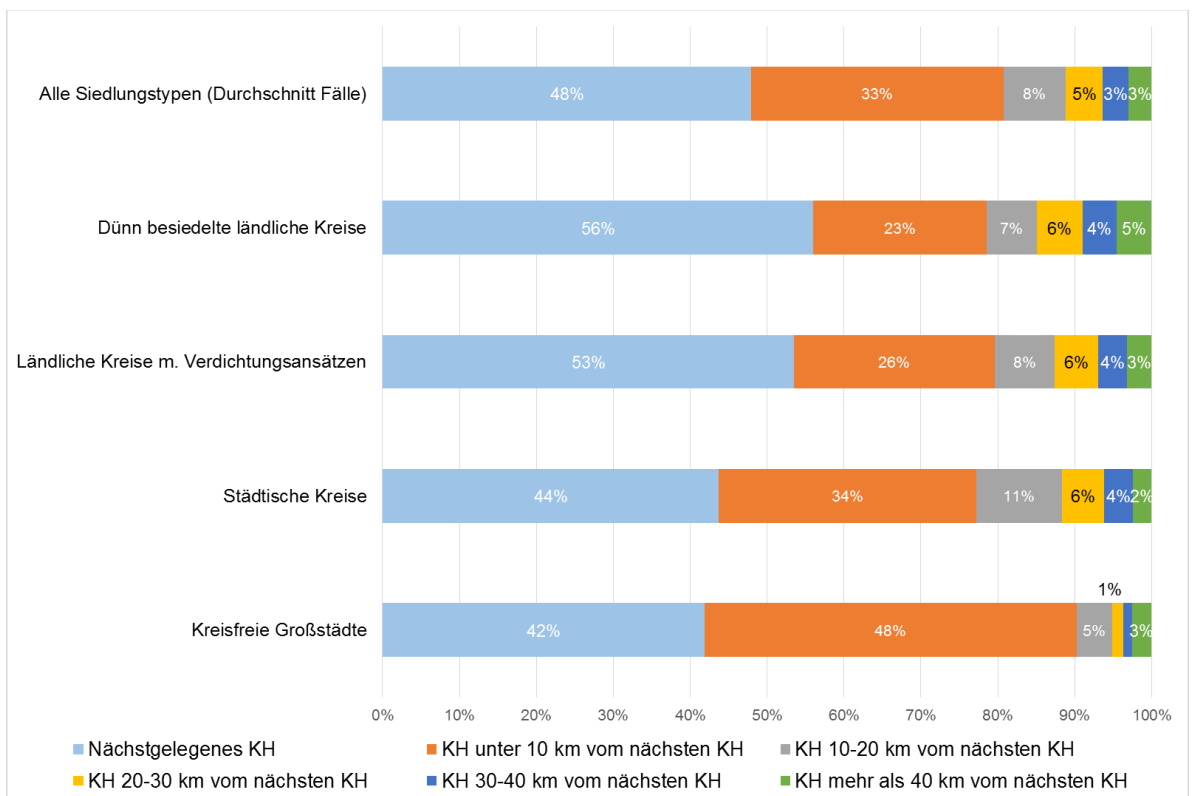
Legende	
Rot	1 Krankenhausträger
Orange	2 Krankenhausträger
Gelb	3-5 Krankenhausträger
Grün	6 oder mehr Krankenhausträger



**c) Tatsächliche Nutzung der Auswahlmöglichkeiten durch die Patienten**

560. Schließlich wurde untersucht, inwieweit die Patienten die ihnen zur Verfügung stehenden Auswahlmöglichkeiten tatsächlich nutzen und für die benötigte stationäre Behandlung ein anderes als das nächstgelegene geeignete Krankenhaus aufgesucht haben und welche zusätzlichen Fahrstrecken sie dafür in Kauf genommen haben.
561. Die Auswertung der im Rahmen der Ermittlungen gelieferten Krankenhausdaten entsprechend § 21 Abs. 3 Satz 8 KHEntgG für das Jahr 2015 zeigt, dass durchschnittlich weniger als die Hälfte der stationären Fälle im nächstgelegenen Krankenhaus behandelt wurde und Hauptausweichoption für die Patienten ein Krankenhaus in einer Entfernung von bis zu 10 km vom nächsten Krankenhaus darstellte. Hier wurden rd. ein Drittel der stationären Fälle behandelt. Auf die vom nächsten Krankenhaus 10 km bis 20 km entfernt liegenden geeigneten Krankenhäuser entfiel ein Fallanteil von 8 Prozent. Nur 11 Prozent der Patienten fuhren 20 km und mehr vom nächstgelegenen Krankenhaus, um sich behandeln zu lassen.

**Abbildung 89: Anteil der stationären Fälle 2015, die im nächstgelegenen Krankenhaus behandelt wurden, nach Siedlungsstrukturtypen**



562. Eine Betrachtung nach den Siedlungsstrukturtypen zeigt, dass das nächstgelegene Krankenhaus in den ländlichen Gebieten häufiger gewählt wurde, als in den städtischen Gebieten. In allen Siedlungsstrukturtypen suchten jeweils über 40 Prozent der

## D.Wettbewerb im Krankenhaussektor

Patienten ein anderes Krankenhaus als das nächstgelegene geeignete für die Behandlung auf.

563. In den kreisfreien Großstädten suchten die meisten Patienten nicht das nächstgelegene geeignete Krankenhaus auf, sondern ein Haus in einer Entfernung von bis zu 10 km zum nächsten Haus. Hier wurde knapp die Hälfte der Patienten stationär behandelt. Krankenhäusern mit einer Entfernung von 10 km bis 20 km kam mit 5 Prozent der Fälle noch eine gewisse Bedeutung zu, die weiter entfernt liegenden Häuser spielten keine Rolle.
564. In den städtischen Kreisen steigt die Bedeutung der nächstgelegenen Krankenhäuser im Vergleich zu den kreisfreien Großstädten kaum. Demgegenüber nimmt die Bedeutung der in einer Entfernung bis 10 km liegenden Krankenhäuser deutlich ab. Hier lässt sich nur ein gutes Drittel der Patienten behandeln. Zugleich steigt die Bedeutung der Krankenhäuser in Entfernungen zwischen 10 km und 20 km sowie zwischen 20 km und 30 km deutlich an. 17 Prozent der Patienten suchten sich ein Krankenhaus in diesen Entfernungen an Stelle des nächstgelegenen Krankenhauses aus.
565. In den ländlichen Kreisen ist die Bedeutung der nächstgelegenen Krankenhäuser für die Patienten am größten. Über die Hälfte der Fälle wurde dort behandelt. Rd. ein Viertel der Patienten wählte ein Krankenhaus in einer Entfernung von weniger als 10 km bis zum nächsten Krankenhaus. Der Anteil der Patienten, der mehr als 20 km zur stationären Behandlung zurücklegten, lag bei rd. 15 Prozent und weicht nicht signifikant von den Werten der städtischen Kreise mit 12 Prozent ab. Im Vergleich zu den kreisfreien Großstädten ist die Bedeutung der weiter entfernten Krankenhäuser dreimal so groß.

## 4. Ergebnis

566. Die Patienten legen nur eine begrenzte Wegstrecke zum behandelnden Krankenhaus zurück. Rd. 81 Prozent aller Krankenhausfälle kommen nach den Krankenhausdaten des Jahres 2015 aus einer Entfernung von bis zu 35 km. Die Auswahlmöglichkeiten der Patienten unterscheiden sich nach den Siedlungsstrukturtypen ihres Wohnortes. In städtischen Regionen ist die Anbieterdichte deutlich höher als in ländlichen Regionen.
567. Die Patienten nutzen ihre Auswahlmöglichkeiten und suchen für die benötigte stationäre Behandlung zu einem großen Teil andere als die jeweils nächstgelegenen Krankenhäuser auf. Weniger als die Hälfte der stationären Fälle wird im nächstgelegenen Krankenhaus behandelt. Hauptausweichoption für die Patienten ist ein Krankenhaus in einer Entfernung von bis zu 10 km vom nächsten Krankenhaus. Ausweichoptionen mit

## D. Wettbewerb im Krankenhaussektor

einer Entfernung von über 10 km vom nächsten Krankenhaus werden nur von 18 Prozent der Patienten genutzt.

568. Diese Befunde lassen die Schlussfolgerung zu, dass Zusammenschlüsse von bislang konkurrierenden Krankenhausträgern mit Krankenhäusern in ländlichen Kreisen in der Tendenz eher wettbewerblich problematisch sind als Vorhaben in städtischen Gebieten.

### III. Anreize zu wettbewerblichem Verhalten

569. Die Krankenhausträger haben nur im Wettbewerb mit den Einrichtungen anderer Träger einen wirtschaftlichen Anreiz, die im Rahmen der geltenden Regelungen bestehenden Verhaltensspielräume dafür zu nutzen, in ihren Krankenhäusern ein optimales Leistungs- und Qualitätsangebot für die Patienten bereitzustellen und ihre Leistungen möglichst kosteneffizient zu erbringen.
570. Dieser Anreiz der Krankenhausträger folgt ihrem wirtschaftlichen Risiko, das Krankenhaus im Rahmen einer Insolvenz zu verlieren. Denn im Wettbewerb mit anderen Trägern müssen die Krankenhausträger bei Leistungs- oder Qualitätseinschränkungen mit Patientenabwanderungen zu konkurrierenden Krankenhäusern und relevanten Umsatzverlusten rechnen, die sie ohne Wettbewerb nicht zu fürchten bräuchten (hierzu unter 1.). Umsatzverluste an Konkurrenten wiederum führen zu Gewinneinbußen, die es ohne wirksamen Wettbewerb nicht gäbe (hierzu unter 2.). Die Folge geringerer Gewinne bei den Krankenhäusern sind Einschränkungen bei Investitionen und Innovationen und dies führt wiederum zu geringerer Attraktivität für die Patienten. Die Gewinne werden im Wettbewerb nämlich für Investitionen und Innovationen benötigt, um für Patienten attraktiv zu sein. Letztendlich kann die Entwicklung dazu führen, dass ein Krankenhaus nicht mehr genügend Patienten anzieht und von seinem Träger dauerhaft nicht mehr wirtschaftlich betrieben werden kann (hierzu unter 3.). Die Krankenhausträger wissen um dieses Risiko und haben damit einen Anreiz, die Attraktivität des Krankenhauses mit Investitionen und Innovationen hoch zu halten. Dafür müssen Gewinne erwirtschaftet werden, indem das Krankenhaus zu Gunsten der Patienten und des Gesundheitssystems insgesamt effizient betrieben und die Kosten unter dem Durchschnitt aller Krankenhäuser gehalten werden (hierzu unter 4.).

#### 1. Geringere Umsatzerlöse bei Einschränkungen bei Leistung bzw. Qualität

571. Bieten Krankenhäuser nicht die von den Patienten und den sie beratenden niedergelassenen Ärzten als optimal eingeschätzte Behandlungsbreite bzw. Qualität, so werden

## D.Wettbewerb im Krankenhaussektor

die niedergelassenen Ärzte ihren Patienten andere Krankenhäuser für die notwendige stationäre Behandlung empfehlen, wie die Ermittlungen im Rahmen der Sektoruntersuchung ergaben<sup>604</sup> und zuletzt die Ärztebefragung im Norden Schleswig-Holsteins bestätigte<sup>605</sup>. Die Folge sind Patientenabwanderungen an andere Krankenhäuser.

572. Patientenabwanderungen führen unmittelbar zu weniger Behandlungsfällen an den betreffenden Krankenhausstandorten. Die finanziellen Auswirkungen dieser Abwanderungen sind davon abhängig, wo sich die abwandernden Patienten letztendlich behandeln lassen, in einem anderen Krankenhausstandort des gleichen Trägers oder in einem Krankenhaus eines anderen, konkurrierenden Trägers.

### a) Abwanderungen zu einem anderen Krankenhausstandort des gleichen Trägers

573. Lassen sich die abgewanderten Patienten in einem anderen Krankenhausstandort des gleichen Trägers behandeln, so führt dies insoweit zu keinem Patientenverlust bei dem betreffenden Träger. Im Hinblick auf den Umsatzerlös ist zu differenzieren: Gehören der abgebende und der aufnehmende Krankenhausstandort zu einem Krankenhaus mit mehreren Standorten des gleichen Trägers, so ist die Patientenwanderung budgetneutral. Die Abwanderung hat keine Erlösminderung für den Träger zur Folge, denn Krankenhäuser mit mehreren Standorten können weiterhin ein gemeinsames Budget nach § 11 Abs. 1 KHEntgG für alle Standorte vereinbaren.<sup>606</sup> Für die Behandlung wird die volle Fallpauschale gezahlt.
574. Gehören der abgebende und der aufnehmende Standort zu zwei unterschiedlichen Krankenhäusern des gleichen Trägers, so hat dies Auswirkungen auf die mit den Krankenkassen vereinbarten Budgets und die Erlöshöhe. Führen die Abwanderungen beim abgebenden Krankenhaus zu geringeren Erlösen als nach dem Budget mit den Krankenkassen vereinbart, werden diese Mindererlöse regelmäßig zu 20 Prozent ausgeglichen (§ 4 Abs. 3 Satz 3 KHEntgG). Im Rahmen der Budgetverhandlungen mit den Krankenkassen für die Folgeperiode müssen die Krankenhäuser ihre Fallzahlen je DRG offenlegen und den Kassen mit dem Formular E1 nach Anlage 1 des KHEntgG darlegen, wie sich die Leistungsmenge im kommenden Vereinbarungszeitraum voraussichtlich entwickeln wird. Ist die Fallzahl in der laufenden Periode rückläufig gewesen, wird auch für den nächsten Vereinbarungszeitraum nur die geringere Fallmenge

---

<sup>604</sup> Siehe oben Rn. 518 ff.

<sup>605</sup> BKartA, Beschl. v. 30.07.2020, B3-33/20 – *Zentralklinikum Flensburg*, Rn. 225 ff.

<sup>606</sup> Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG), Gesetzentwurf der Bundesregierung, Begründung, B. Besonderer Teil zu Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) Nummer 1 (§ 2a) Absatz 1, BT Drs. 18/9528, S. 30

## D. Wettbewerb im Krankenhaussektor

im Erlösbudget vereinbart, soweit keine Grundlage für eine anderweitige Prognose vorliegt.

575. Das aufnehmende Krankenhaus des Trägers wird durch die Patientenzuwanderung eine höhere Leistungsmenge abrechnen, als es ursprünglich im Budget mit den Krankenkassen vereinbart war. Auf die Mehrmengen findet - mit Ausnahme des Jahres 2020 - der Fixkostendegressionsabschlag Anwendung. Dieser beträgt nach § 4 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG 35 Prozent und wird in diesem Fall gemäß § 4 Abs. 2a Satz 3 KHEntgG auf 17,5 Prozent halbiert. Die Halbierung des Abschlags ist nämlich für die Leistungen vorzunehmen, die durch eine Leistungsverlagerung zwischen Krankenhäusern begründet sind, die wie im Fall der Patientenabwanderung nicht zu einem Anstieg der Summe der effektiven Bewertungsrelationen im Einzugsgebiet des Krankenhauses führen. Der Abschlag wird nach § 4 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG für 3 Jahre angewendet. Hierdurch sollen Kostenvorteile aus zusätzlichen Leistungen krankenhausspezifisch preisermäßigend berücksichtigt werden.<sup>607</sup> Gibt es in dem Zeitraum einen Rückgang der DRG-Leistungen bei dem aufnehmenden Krankenhaus, wird dies mindernd bei der Abschlagsgrundlage berücksichtigt.<sup>608</sup>
576. Durch eine Patientenwanderung zwischen Krankenhäusern des gleichen Trägers gibt es somit im ersten Jahr für den Träger insgesamt keine Erlösminderung, im zweiten und dritten Jahr kann sich eine Erlösminderung beim aufnehmenden Krankenhaus bei den Mehrleistungen von bis zu 17,5 Prozent ergeben.

### b) Abwanderungen zu einem konkurrierenden Träger

577. Wandern die Patienten aufgrund von Leistungs- oder Qualitätsdefiziten zu einem Krankenhaus eines konkurrierenden Trägers, sind die Fälle für den abgebenden Träger vollständig verloren. Er muss einen Fallzahl- und Erlösrückgang hinnehmen. Die Entgeltregelungen sehen zwar einen gewissen Ausgleich für Mindererlöse im Vergleich zum vereinbarten Budget vor, jedoch ist der Ausgleich auf 20 Prozent begrenzt (§ 4 Abs. 3 Satz 3 KHEntgG) und soll damit lediglich die entstandenen Vorhaltekosten abdecken.<sup>609</sup>
578. Der Fallzahlrückgang hat für das Krankenhaus die zusätzliche Konsequenz, dass im Budget für die Folgeperiode nur die geringere Fallmenge vereinbart werden wird, so-

---

<sup>607</sup> Hierzu siehe oben Rn. 96.

<sup>608</sup> § 4 Abs. 2a Satz 6 KHEntgG.

<sup>609</sup> *Vollmöller* in: Dettling/Gerlach, Krankenhausrecht, 2. Aufl., § 4 KHEntgG, Rn. 54.

## D.Wettbewerb im Krankenhaussektor

weit keine Grundlage für eine anderweitige Prognose vorliegt. Steigert das Krankenhaus dann seine Fallmenge wieder, wird mit Ausnahme des Jahres 2020<sup>610</sup> für die Mehrleistungen über 3 Jahre hinweg der halbierte Fixkostendegressionsabschlag von 17,5 Prozent abgezogen<sup>611</sup>, d.h. die Vergütung der zusätzlichen Leistungen gekürzt. Patientenabwanderungen haben damit unmittelbare Erlöseinbußen zur Folge.

### c) Ergebnis

579. Die Patientenabwanderung zu einem Krankenhaus eines konkurrierenden Trägers hat nach den Entgeltregelungen einen deutlich größeren Erlösrückgang zur Folge als eine Patientenwanderung zwischen Krankenhausstandorten des gleichen Trägers: Es gibt im Falle der Abwanderung zu einem anderen Träger einen Patientenrückgang mit einem Erlösrückgang von 80 Prozent im ersten Jahr und von 100 Prozent in den Folgejahren. Werden dann wieder mehr Patienten behandelt, werden für diese Mehrleistungen zunächst nur 82,5 Prozent der Fallpauschalenerlöse vergütet.
580. Bleiben die Patienten im Falle einer Abwanderung hingegen in einem Haus des gleichen Trägers, ist die Erlössituation deutlich besser: Abwanderungen zu einem anderen Krankenhausstandort des gleichen Trägers führen weder zu einem Patientenverlust noch zu einem Umsatzrückgang des Trägers. Es wird die volle Fallpauschale erstattet.
581. Lässt sich der abwandernde Patient in einem anderen Krankenhaus des gleichen Trägers behandeln, führt dies aufgrund der Entgeltregelungen beim abgebenden Haus zu einem Mindererlösausgleich in Höhe von 20 Prozent und beim aufnehmenden Haus zu einem halben Fixkostendegressionsabschlag, es werden dann für 3 Jahre nur 82,5 Prozent der Fallpauschalenerlöse vergütet.

## 2. Geringere Gewinne bei Patientenabwanderung zu Konkurrenten

582. Führen Leistungs- oder Qualitätsdefizite eines Krankenhauses zum Rückgang der Umsatzerlöse, so hat dies bei einer Abwanderung der Patienten zu einem anderen, konkurrierenden Träger einen höheren Gewinnverlust zur Folge als eine Wanderung der Patienten in ein anderes Krankenhaus des abgebenden Trägers.
583. Gewinne erzielen Krankenhäuser im Rahmen des DRG-Systems mit seinen diagnosebezogenen Fallpauschalen dann, wenn sie wirtschaftlicher arbeiten, als bei der Kalkulation der pauschalen Vergütung berechnet. Das InEK führt die jährliche Kalkulation

---

<sup>610</sup> Für 2020 ist der Fixkostendegressionszuschlag ausgesetzt, § 4 Abs. 2a Satz 5 KHEntgG.

<sup>611</sup> Hierzu siehe oben Rn. 96.

## D. Wettbewerb im Krankenhaussektor

der Bewertungsrelationen anhand der mittleren Kosten der an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäuser durch, wobei es Verweildauerextreme bereinigt.<sup>612</sup> Gelingt es einem Krankenhaus, die Behandlungen effizienter zu erbringen und die knappen Ressourcen sparsamer einzusetzen, verbleiben die Effizienzgewinne wegen der regulierten Preise bei den Krankenhäusern, bis die Effizienzverbesserungen vom InEK in die Bewertungsrelationen eingearbeitet werden.<sup>613</sup> Je effizienter ein Haus im Vergleich zur durchschnittlichen Kostensituation aller Kalkulationskrankenhäuser aufgestellt ist, desto größer ist dabei sein Gewinn.

584. Gewinne können im Rahmen des DRG-Systems auch dadurch erzielt werden, dass die Krankenhäuser sich aus betriebsorganisatorischen und betriebswirtschaftlichen Gründen auf für sie attraktive Leistungen spezialisieren. Das kann auch dazu führen, dass Vorhaltungen für die Notfallversorgung oder medizinisch "unattraktive" Patientengruppen reduziert werden und sich Krankenhäuser auf solche Leistungen konzentrieren, die den höchsten Deckungsbeitrag gewährleisten.<sup>614</sup> Dies birgt zugleich das Risiko, dass eine unnötig große Menge an stationären Behandlungen erbracht wird.<sup>615</sup> So gibt es Hinweise auf zum Teil wirtschaftlich ausgelöste Tendenzen, selektiv finanziell attraktive Leistungen zu erbringen. Auffällig ist nach Erkenntnissen des Landes Nordrhein-Westfalen die Leistungsentwicklung bei Endoprothesen von Hüfte oder Knie, bei kardiologischen Eingriffen, Schrittmacherimplantationen sowie bei Operationen an der Wirbelsäule.<sup>616</sup> Diese Anhaltspunkte führten mittlerweile zu einer gezielten Absenkung bzw. Abstufung von DRG-Bewertungsrelationen für solche Leistungen, bei denen es Anhaltspunkte dafür gibt, dass deren Mengenausweitung ökonomisch veranlasst ist.<sup>617</sup> Hierdurch soll derartigen Mengenausweitungen begegnet werden.
585. Gehen die Patientenzahlen eines Krankenhausträgers zurück, weil die Patienten zu konkurrierenden Krankenhäusern anderer Träger abwandern, entfällt insoweit mit dem Umsatz auch der Gewinn vollständig. Der Mindererlösausgleich dient nur dazu, die fortlaufenden Fixkosten des Krankenhauses teilweise zu decken. Ein Gewinn kann damit nicht erzielt werden.
586. Wandern die Patienten hingegen von dem Standort eines Krankenhauses zu einem anderen Standort des gleichen Krankenhauses, so nehmen Fallzahl und Umsatzerlöse

---

<sup>612</sup> Siehe oben Rn. 84.

<sup>613</sup> *Augurzky*, Gewinne im Krankenhaus in: Krankenhaus-Report 2020, Kap. 10.4.2, S. 195, Fn. 627.

<sup>614</sup> Krankenhausplan NRW 2015, Kap. 2.2.2.2, S. 35, Fn. 374.

<sup>615</sup> *Augurzky*, Gewinne im Krankenhaus in: Krankenhaus-Report 2020, Kap. 10.5, S. 196 f., Fn. 627.

<sup>616</sup> Krankenhausplan NRW 2015, Kap. 2.2.2.2, S. 35, Fn. 374.

<sup>617</sup> Siehe oben Rn. 86.

## D. Wettbewerb im Krankenhaussektor

des Trägers nicht ab. Der mit den Patienten erzielte Gewinn wird allenfalls insoweit geringer, als der aufnehmende Standort trotz des Mengenzuwachses höhere Kosten für die Behandlung aufwendet als der abgebende Standort. Dies dürfte regelmäßig nicht der Fall sein.

587. Wechseln Patienten von einem Krankenhaus in ein anderes Krankenhaus des gleichen Trägers, so wird der Erlös insoweit um den halben Fixkostendegressionsabschlag gemindert.<sup>618</sup> Diesem Abschlag liegt der Gedanke zu Grunde, dass betriebswirtschaftliche Kostenvorteile aus zusätzlichen Leistungen preismindernd berücksichtigt werden sollen.<sup>619</sup> Durch die Halbierung des Abschlags verbleiben dem Träger daher nach einer Fallverlagerung zwischen zwei Krankenhäusern regelmäßig mengenbedingte Kostenvorteile, der Gewinn wird nicht geschmälert.
588. Im Ergebnis verliert ein Krankenhaus im Falle einer Patientenabwanderung zu konkurrierenden Krankenhausträgern insoweit seinen Gewinn vollständig. Bleiben die abwandernden Patienten hingegen in einem Haus des gleichen Trägers, so bleibt der mit diesen Patienten zu erzielende Gewinn dem Träger weitgehend erhalten.

### 3. Rückgang von Investitionen und Innovation

589. Die Krankenhäuser benötigen Überschüsse aus ihrer Tätigkeit, um damit Investitionen, Innovation sowie Rendite auf Eigen- und Fremdkapital finanzieren zu können. Zudem schwanken die Gewinne über die Zeit, so dass sie mit den Gewinnen auch einen finanziellen Puffer aufbauen müssen, um ein eventuelles Insolvenzrisiko für Krisenzeiten abzufedern. Leistungs- oder Qualitätseinbußen führen im Wettbewerb mit anderen Krankenhausträgern zu Patienten-, Umsatz- und Gewinneinbußen, so dass Investitionen nicht mehr in gleichem Maße finanziert werden können. Die Folge wäre eine schlechtere Ausgangsposition im Wettbewerb um Patienten. Letztendlich kann die Entwicklung dazu führen, dass ein Krankenhaus nicht mehr genügend Patienten anzieht und von seinem Träger dauerhaft nicht mehr wirtschaftlich betrieben werden kann, so dass es aufgegeben werden muss.<sup>620</sup>

---

<sup>618</sup> Hierzu siehe Rn. 575.

<sup>619</sup> Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD, Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG), Begründung zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes – KHEntgG), Nummer 4 (§ 4) Buchstabe d BT-Drs. 18/5372, S. 59.

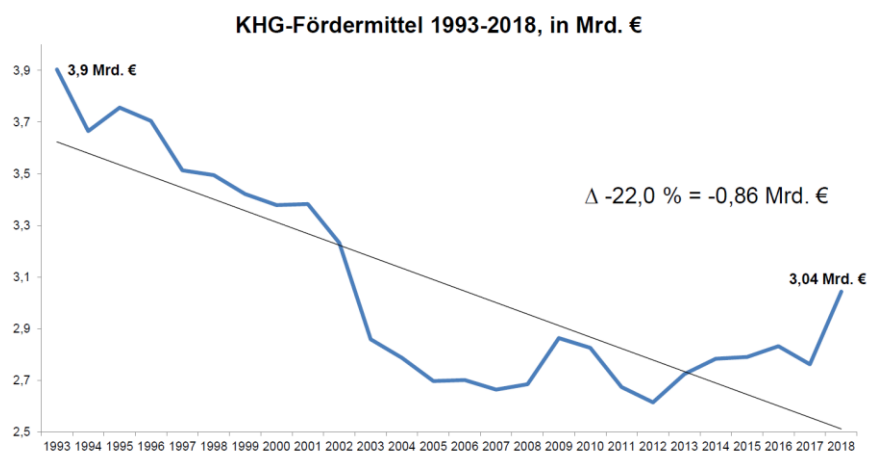
<sup>620</sup> Auch für das Ausscheiden eines Krankenhauses aus dem Markt gibt es besondere Regelungen, hierzu siehe unten Rn. 762.



## D.Wettbewerb im Krankenhaussektor

590. Grundsätzlich sollen die Krankenhausentgelte allein den laufenden Betrieb abdecken, während die Infrastrukturmaßnahmen über Zuschüsse der Bundesländer finanziert werden sollen.<sup>621</sup> Die Bundesländer stellen für die Zwecke der Krankenhausinvestitionen aber seit Jahren aus Sicht der Krankenhäuser zu wenig Finanzmittel zur Verfügung, so dass die Krankenhäuser Investitionen in erheblichem Umfang aus Eigenmitteln, Fremdkapital oder anderweitigen Zuschüssen finanzieren müssen.
591. Die Fördermittel der Bundesländer zur Investitionsförderung sind von 1993 bis 2018 nominal gesunken, wie die Krankenhausstatistik der Deutschen Krankenhausgesellschaft ausweist.

**Abbildung 90: Entwicklung Krankenhausfördermittel 1993 bis 2018<sup>622</sup>**

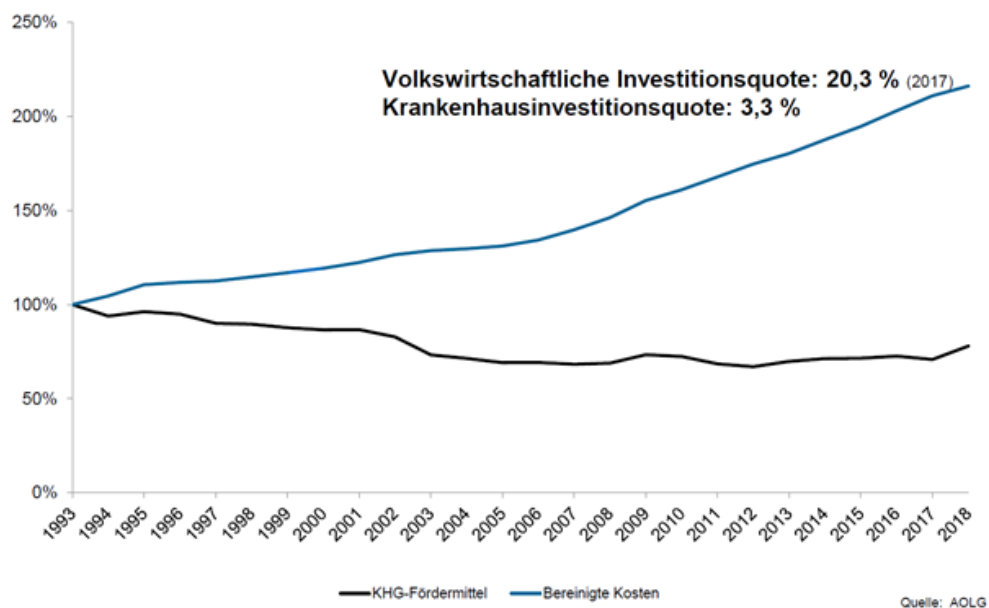


592. Vergleicht man die Entwicklung der Höhe der Landesförderung mit der Entwicklung der bereinigten Kosten, so zeigt sich, dass die Bundesländer seit 1993 immer weniger der Investitionskosten der Krankenhäuser abdecken.

<sup>621</sup> Zur Finanzierung der Investitionen durch die Bundesländer siehe oben Rn. 130 ff.

<sup>622</sup> Quelle: Krankenhausstatistik-Eckdaten der Krankenhausversorgung, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Investitionsfinanzierung, Seite 10, [https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/3\\_Service/3.2\\_Zahlen-Fakten/Foliensatz\\_Krankenhausstatistik.pdf](https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/3_Service/3.2_Zahlen-Fakten/Foliensatz_Krankenhausstatistik.pdf).

**Abbildung 91: Entwicklung der KHG-Fördermittel und der bereinigten Kosten 1993 bis 2018<sup>623</sup>**

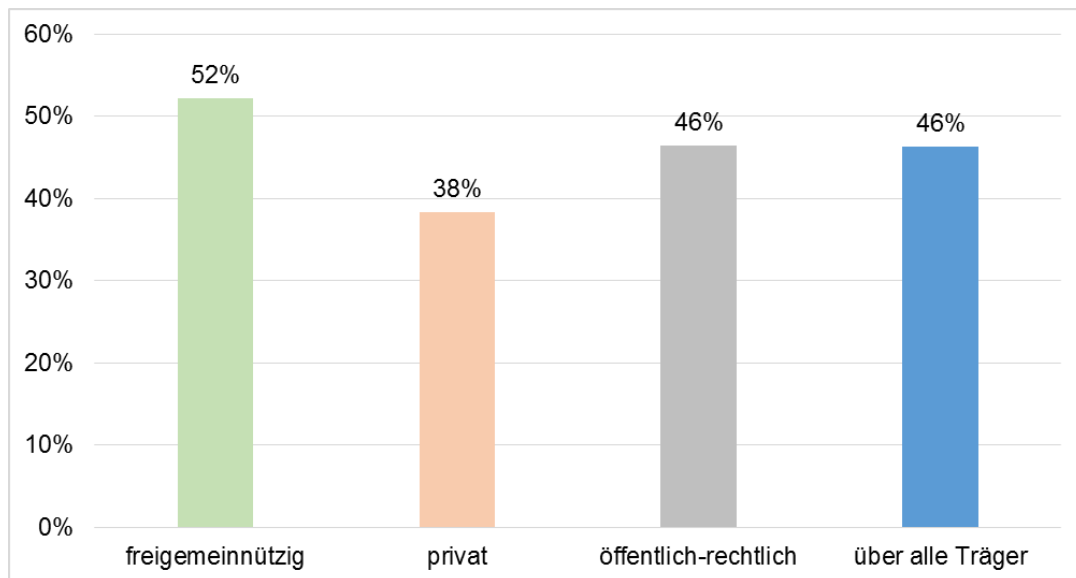


593. Die Krankenhäuser hatten im Rahmen der Sektoruntersuchung für die Jahre 2011 bis 2015 die in ihrem Krankenhaus durchgeführten Investitionen in Gebäude sowie Anlagengüter ohne Instandhaltung anzugeben und einzutragen, in welcher Höhe jeweils eine Investitionsförderung des jeweiligen Bundeslandes (Einzel- und Pauschalförderung) erfolgte.<sup>624</sup> Die Befragung ergab, dass die Landesfördergelder in den Jahren 2011 bis 2015 im Durchschnitt rd. 46 Prozent der durchgeführten Investitionen ohne Instandhaltungen abdeckten. Der größte Teil der Investitionen mussten die Krankenhäuser aus Eigen- und Fremdkapital finanzieren.
594. Nach Trägergruppen erhielten die freigemeinnützigen Krankenhäuser mit 52,2 Prozent der Investitionskosten den höchsten Förderanteil, die privaten Träger mit 38,3 Prozent den geringsten Teil.

<sup>623</sup> Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft, Krankenhausstatistik - Eckdaten der Krankenhausversorgung -, KHG-Fördermittel und Bereinigte Kosten 1993-2018, Seite 11, Fn. 622.

<sup>624</sup> Krankenhausfragebogen, Frage III.7.

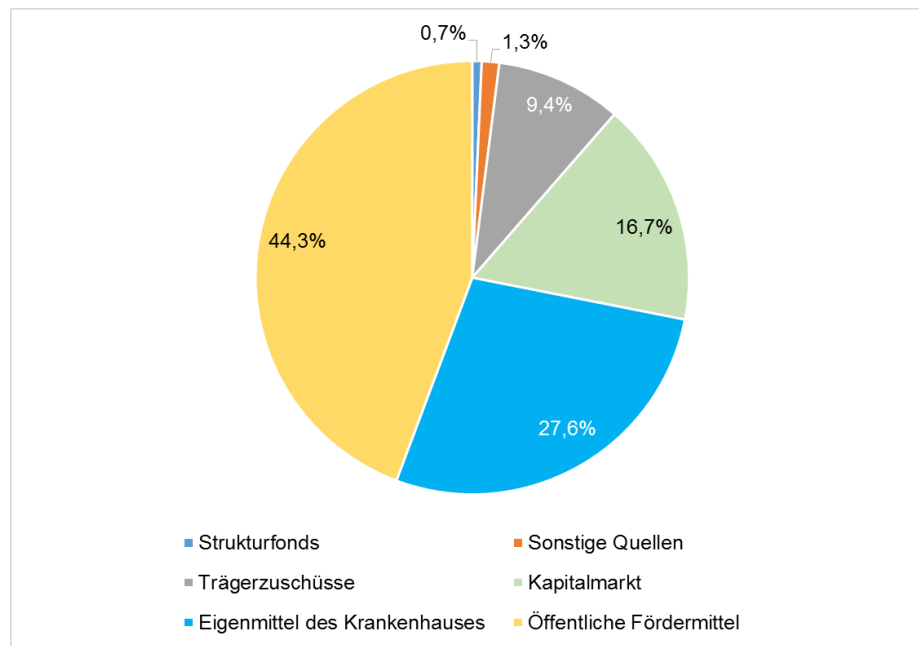
**Abbildung 92: Durchschnittlicher Anteil der Landesförderung an den Gesamtinvestitionen der Krankenhäuser in den Jahren 2011 bis 2015 nach Trägergruppen (N=394)**



595. Das Ergebnis wird bestätigt durch die Umfrage des Deutschen Krankenhausinstituts im Rahmen des Krankenhaus Barometers 2018. Hier gaben die befragten Krankenhäuser an, dass rd. 45 Prozent ihrer Investitionsmittel aus öffentlichen Fördermitteln stammten. Der größte Teil der Investitionen wurde überwiegend mit Eigenmitteln des Krankenhauses, vom Kapitalmarkt und aus Trägerzuschüssen finanziert. Gelder aus dem Krankenhaus-Strukturfonds und sonstige Quellen spielten nur eine nachrangige Rolle.<sup>625</sup> Jedoch werden den Krankenhäusern mit der Neuauflage des Krankenhaus-Strukturfonds zum Jahr 2019 und dem 2020 errichteten Krankenhauszukunftsfonds ab 2021 weitere Fördermittel bereitgestellt. Es handelt sich um ein Fördervolumen von bis zu 4,3 Mrd. Euro für Investitionen in moderne Notfallkapazitäten und in die Digitalisierung. Hierdurch könnte sich die Bedeutung öffentlicher Fördermittel für Krankenhausinvestitionen verändern.

<sup>625</sup> Blum/Löffert/Offermanns/Steffen, Krankenhaus Barometer Umfrage 2018, Deutsches Krankenhausinstitut, Kap. 2.1, S. 12 f., [https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/3\\_Service/3.4\\_Publikationen/3.4.5\\_Krankenhaus\\_Barometer/2018\\_11\\_KH\\_Barometer\\_final.pdf](https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/3_Service/3.4_Publikationen/3.4.5_Krankenhaus_Barometer/2018_11_KH_Barometer_final.pdf).

**Abbildung 93: Herkunft der Investitionsmittel der Krankenhäuser 2017 nach den Erhebungen des Krankenhaus Barometers 2018<sup>626</sup>**



596. Die Krankenhäuser benötigen Gewinne aus dem Krankenhausbetrieb nicht nur, um damit unmittelbar Investitionen zu finanzieren, sondern auch um eine Rendite auf das zur Verfügung gestellte Eigenkapital (Trägerzuschüsse) zu gewährleisten und Zinsen für das Fremdkapital vom Kapitalmarkt leisten zu können. Ohne Rendite auf das Eigenkapital gäbe es keine Eigenkapitalgeber; die Investitionen müssten allein über Fremdkapital finanziert werden. Da aber das finanzielle Risiko für den Fremdkapitalgeber mit abnehmender Eigenkapitalquote steigt, müsste er höhere Zinsen verlangen, so dass die Finanzierungskosten für das Fremdkapital ohne Eigenkapital ansteigen würden.<sup>627</sup>
597. Damit die Krankenhäuser investitionsfähig sind, müssen sie je nach Trägerschaft unterschiedliche EBITDA-Margen erzielen. Die EBITDA-Marge (**E**arnings **B**efore **I**nterests, **T**axes, **D**epreciation and **A**mortization) wird zur Beurteilung der Profitabilität eines Betriebs herangezogen und durch den Abzug von Kosten für Personal und Sachmitteln von den Betriebserlösen bestimmt. Das EBITDA, das notwendig ist, um die Eigenkapitalverzinsung und die Fremdkapitalzinsen sowie die Abschreibungen auf das

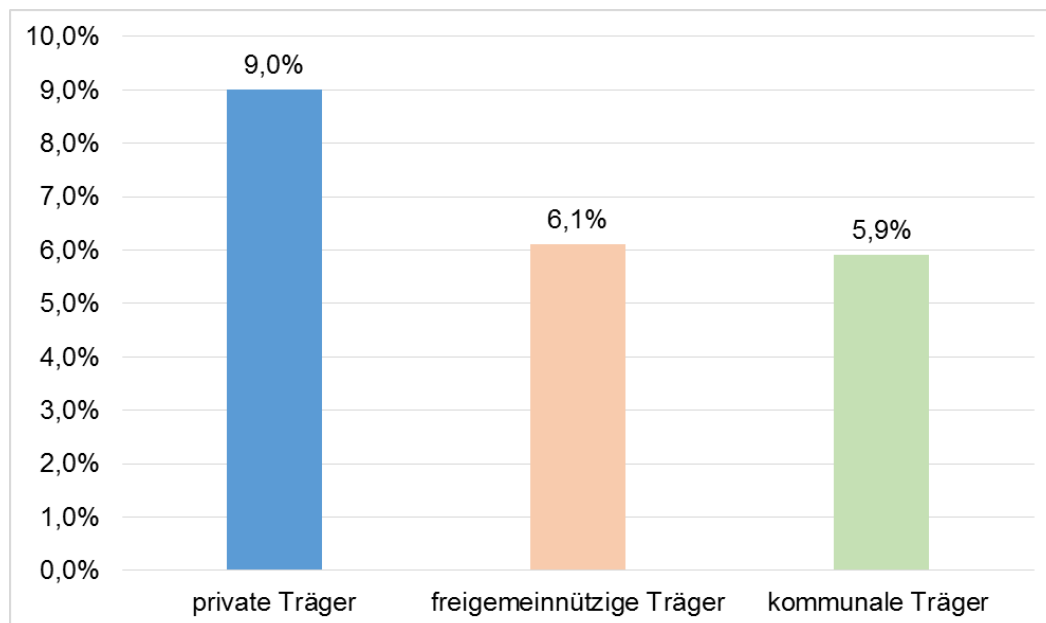
<sup>626</sup> Blum/Löffert/Offermanns/Steffen, Fn. 625, Abb. 9, S. 13.

<sup>627</sup> Augurzky, Gewinne im Krankenhaus in: Krankenhaus-Report 2020, Kap. 10.3, S. 190, <https://www.wido.de/publikationen-produkte/buchreihen/krankenhaus-report/2020/>.

## D.Wettbewerb im Krankenhaussektor

Anlagevermögen zu tragen, liegt nach den Daten für 2019 aus dem Krankenhaus-Rating Report von 2020 bei privaten Trägern am höchsten und bei den kommunalen Trägern am niedrigsten.

**Abbildung 94: Benötigte EBITDA-Margen der Krankenhäuser nach Trägerschaft, um in ausreichendem Maße Investitionen tätigen zu können<sup>628</sup>**



598. Unterschiedlich große Renditen für eigenmittelfinanzierte Investitionen müssen die Krankenhäuser nach den Erhebungen des Krankenhaus Barometers 2018 auch je nach Bettengrößenklassen erwirtschaften: Während Krankenhäuser mit 100 bis 299 Betten zur Hälfte mit einer EBITDA-Marge von unter 2 Prozent auskommen, sind dies bei den Häusern mit 300 bis 599 Betten nur 17,1 Prozent und bei den Häusern ab 600 Betten 21,3 Prozent. In den beiden Größenklassen ab 300 Betten benötigen rd. 52 Prozent der Häuser bzw. rd. 43 Prozent der Häuser EBITDA-Margen von 4 Prozent oder mehr.<sup>629</sup>
599. Wandern Patienten in Folge von Leistungs- bzw. Qualitätseinschränkungen zu konkurrierenden Krankenhäusern ab und sinken die Gewinne des Krankenhauses, kann der Träger die notwendigen Ausgaben für die Eigenkapitalverzinsung und die Fremdkapitalzinsen sowie die Abschreibungen auf das Anlagevermögen nicht mehr wie vor der Patientenabwanderung erwirtschaften. Es kommt zu einem Abbau von Investitionen und Innovation. Da die niedergelassenen Ärzte die Entwicklungen in den Krankenhäu-

<sup>628</sup> Augurzky, Gewinne im Krankenhaus in: Krankenhaus-Report 2020, Kap. 10.4.1, S. 194, Fn. 627.

<sup>629</sup> Blum/Löffert/Offermanns/Steffen, Fn. 625, Abb. 14, S. 18.

## D. Wettbewerb im Krankenhaussektor

ern beobachten und negative Entwicklungen zu einem veränderten Einweisungsverhalten führen, sind weitere Patientenabwanderungen zu erwarten. Die Investitionsschwierigkeiten verschärfen sich. Zugleich wird die Krankenhausplanungsbehörde auf zurückgehende Fallzahlen reagieren und im Rahmen der Krankenhausplanung die Bettenzahl in dem Krankenhaus dem tatsächlichen Bedarf entsprechend anpassen, d.h. dort Betten abbauen. Das Krankenhaus erhält dann weniger öffentliche Finanzmittel und muss entsprechend mehr Finanzmittel selbst für Investitionen und Innovation aufwenden. Diese Entwicklung kann sich weiter verstärken und letzten Endes dazu führen, dass ein Krankenhaus von seinem Träger dauerhaft nicht mehr wirtschaftlich betrieben werden kann und aufgegeben werden muss.

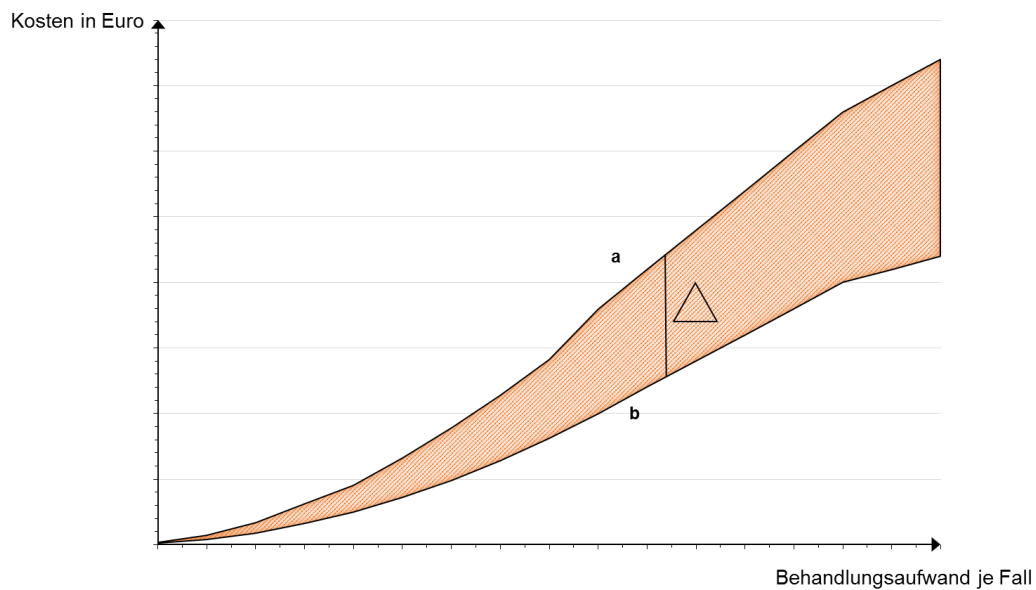
### 4. Wettbewerb sichert effiziente Leistungserbringung

600. Die Krankenhausträger wissen um das Risiko des Verlustes und haben damit einen Anreiz, die Attraktivität des Krankenhauses für die Patienten mit Investitionen und Innovation hoch zu halten und hierfür Gewinne zu erwirtschaften. Um Gewinne zu erzielen, müssen die Träger das Krankenhaus möglichst effizient aufstellen und die Kosten unter dem Durchschnitt aller Krankenhäuser halten.
601. Dies hat seinen Grund darin, dass Krankenhäuser in Deutschland den Preis für ihre Leistungen nicht frei bestimmen können, sondern in das aG-DRG-System eingebunden sind. Das DRG-System basiert auf dem Konzept der sog. Yardstick Competition, das insbes. auf die Arbeit von Shleifer<sup>630</sup> zurückgeht. Danach erfolgt die Krankenhausleistung dann volkswirtschaftlich effizient, wenn die Vergütung – wie unter perfekten Wettbewerbsbedingungen – dem Durchschnitt der Grenzkosten aller Krankenhäuser entspricht. Diese Art der Vergütung soll durch die DRG-Fallpauschalen imitiert werden. Die pauschalierte Vergütung überträgt das Kostenrisiko auf den Leistungserbringer und setzt ihm den Anreiz, seine Kosten zu minimieren.

---

<sup>630</sup> *Andrei Shleifer*, A theory of yardstick competition, *Rand Journal of Economics*, 1985, S. 319 ff., [https://scholar.harvard.edu/files/shleifer/files/theory\\_yardstick\\_comp.pdf](https://scholar.harvard.edu/files/shleifer/files/theory_yardstick_comp.pdf).

**Abbildung 95: Kostenfunktionen für Fallpauschalen (a) und für eine effiziente Leistung (b)**



602. In der degressiven Kostenfunktion der Krankenhäuser liegt die Kostenkurve bei effizienter Leistungserbringung (in Abbildung 95 oben bezeichnet mit **b**) unterhalb der Kostenkurve, die durch die Fallpauschalen-Erstattung abgedeckt wird (in Abbildung 95 oben bezeichnet mit **a**). Das Delta beider Kostenkurven ist der mit der effizienten Leistung erzeugte Gewinn, der in der Abbildung 95 schraffiert dargestellt ist und bei wirksamem Wettbewerb für Innovation und Investitionen im Krankenhaus genutzt wird. Je mehr Finanzmittel für Investitionen und Innovationen ein Krankenhaus benötigt, um wettbewerbsfähig zu sein, desto größer muss die Effizienz bei der Leistungserbringung sein.
603. Auch Ausschüttungen an private Kapitalgeber dienen der Patientenversorgung: Bei den Ausschüttungen handelt es sich um die Vergütung für das eingesetzte Eigenkapital, das in das Krankenhaus zum Wohle der Patienten investiert wurde und das zugleich einen Anreiz schafft, die knappen Ressourcen effizient einzusetzen. Die Investitionsquoten der gewinnorientierten Krankenhäuser liegen dementsprechend durchschnittlich über denen der nicht gewinnorientierten Häuser.<sup>631</sup>
604. Können die Patienten bei Leistungs- oder Qualitätseinbußen hingegen nicht mehr auf Krankenhäuser anderer Träger ausweichen, gibt es für den Träger keinen Anreiz zu investieren und Innovationen in seinem Haus anzustoßen. Da diese Ausgaben ange-

<sup>631</sup> Augurzky, Gewinne im Krankenhaus in: Krankenhaus-Report 2020, Kap. 10.6, S. 199, Fn. 627.

## D.Wettbewerb im Krankenhaussektor

sichts der zu geringen Landeszuschüsse über eine effiziente Ausgestaltung des Betriebs finanziert werden müssten<sup>632</sup>, entfällt damit zugleich der Anreiz, effizient zu wirtschaften. Die schraffiert dargestellten Finanzmittel kämen dann nicht mehr in gleichem Maße der Patientenversorgung zu Gute, sondern würden vielmehr für eine vergleichsweise ineffiziente Leistungserbringung verwendet. Das Krankenhaus könnte sich in den Zustand der „gemütlichen Ineffizienz“<sup>633</sup> mit geringer Qualität bei niedriger Effizienz zurückziehen. Es genügte, wenn über die Fallpauschalen die laufenden Kosten gedeckt werden.

605. Im Hinblick auf die Kosten sind die Krankenhäuser unterschiedlich effizient aufgestellt. Im Rahmen der Sektoruntersuchung hatten sie ihre in den Jahren 2011 bis 2015 entstandenen Kosten aufgeschlüsselt nach Konten der Krankenhausbuchführungsverordnung<sup>634</sup> in Personalkosten, medizinischen Bedarf, sonstige Sachkosten, Gebäudekosten und sonstige buchhalterische Kosten ohne Abschreibungen für Fördermittel, Zuschüsse Dritter und Zuschüsse des Trägers anzugeben.<sup>635</sup> Die Auswertung ergab, dass der weitaus größte Teil der Kosten mit einem Anteil von rd. drei Viertel auf die Personalkosten entfällt. Es folgen die Kosten für den medizinischen Bedarf vor den sonstigen Sachkosten und den sonstigen buchhalterischen Kosten sowie den Gebäudekosten. Im Zeitverlauf 2011 bis 2015 hat sich das Verhältnis kaum geändert. Der Anteil der Personalkosten an den Gesamtkosten ist leicht um 0,9 Prozentpunkte gestiegen. Der Anteil der Kosten für den medizinischen Bedarf ging im gleichen Zeitraum geringfügig um 0,4 Prozentpunkte zurück, der Anteil der sonstigen Sachkosten sank um 0,3 Prozentpunkte und der der Gebäudekosten um 0,2 Prozentpunkte.

---

<sup>632</sup> Hierzu siehe oben Rn. 589 ff.

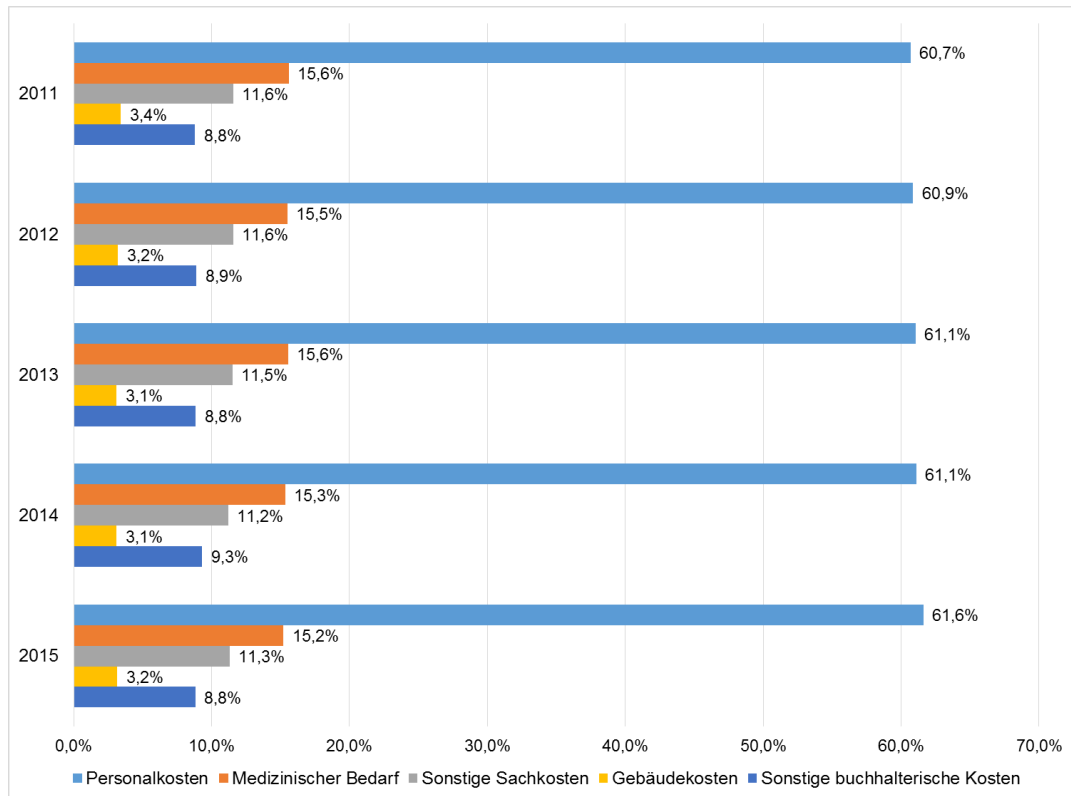
<sup>633</sup> Begriff nach *Augurzky*, Gewinne im Krankenhaus in: Krankenhaus-Report 2020, Kap. 10.5, S. 196, Fn. 627.

<sup>634</sup> Verordnung über die Rechnungs- und Buchführungspflichten von Krankenhäusern (Krankenhaus-Buchführungsverordnung – KHBV) in der Fassung der Bekanntmachung vom 24. März 1987 (BGBl. I S.1045), zuletzt geändert durch Artikel 2 der Verordnung vom 21. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3076).

<sup>635</sup> Ergänzungsfragebogen, Frage III.6.

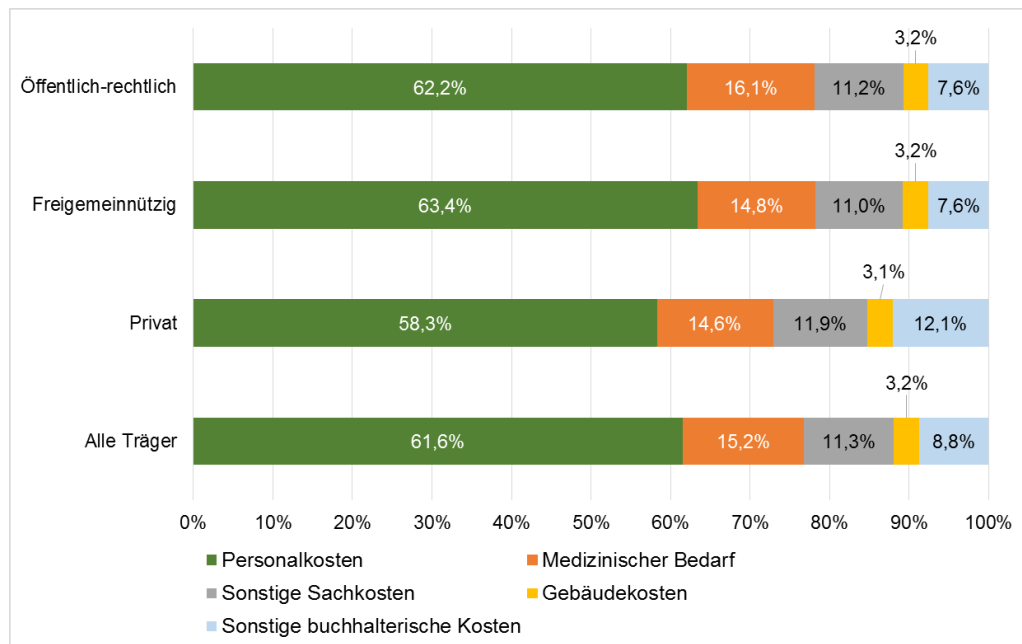


**Abbildung 96: Verteilung der Kosten der Krankenhäuser nach Kostenarten in den Jahren 2011 bis 2015 (N<sub>2011</sub>=392, N<sub>2012</sub>=395, N<sub>2013</sub>=400, N<sub>2014</sub>=402, N<sub>2015</sub>=400)**



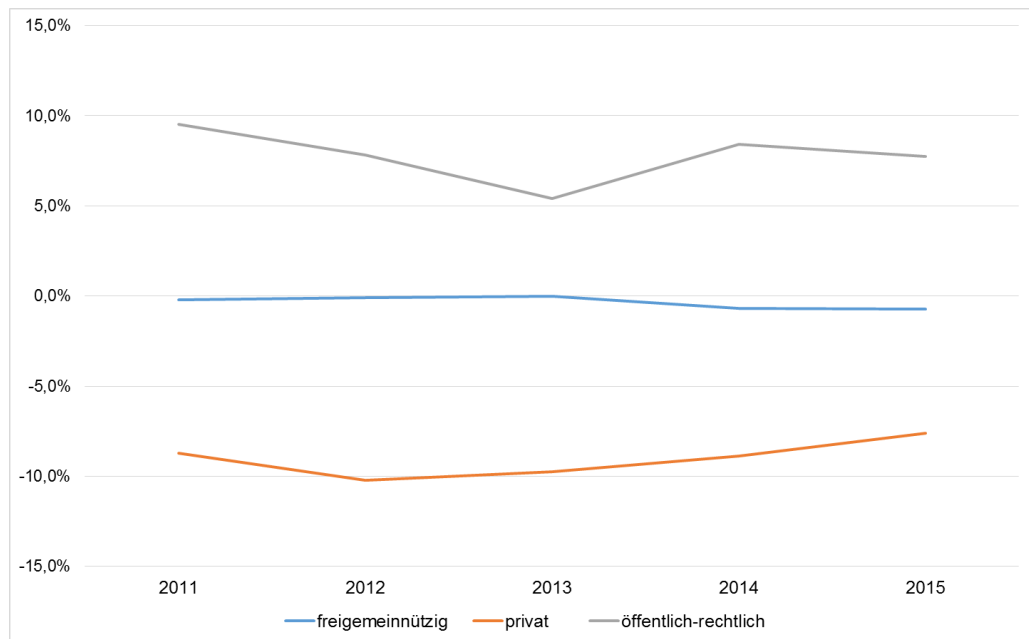
606. Vergleicht man die Kostenverteilung aufgeschlüsselt nach den unterschiedlichen Trägerarten der Krankenhäuser, ist festzustellen, dass die Kostenanteile der Krankenhäuser privater Träger für Personal und medizinischen Bedarf am niedrigsten liegen und auch der Gebäudekostenanteil unter dem Durchschnitt liegt. Im Vergleich der Träger haben sie einen höheren Anteil bei den sonstigen Sachkosten und den buchhalterischen Kosten nach den Konten 73 bis 89 der Krankenhausbuchführungsverordnung. Zu den buchhalterischen Kosten gehören insbes. Zinsen und ähnliche Aufwendungen für Betriebsmittelkredite, Aufwendungen an verbundene Unternehmen sowie für sonstiges Fremdkapital (Konto 74), die bei privaten Trägern erwirtschaftet werden müssen, um den externen Kapitalgebern eine Rendite auf das eingesetzte Kapital zu gewähren und weiteres Kapital für ihre Tätigkeiten anwerben zu können.

**Abbildung 97: Verteilung der Kosten der Krankenhäuser nach Kostenarten und Trägerschaft 2015 (N=400)**



607. Um die unterschiedliche Kostenstruktur der Krankenhäuser nach Trägergruppen näher zu beleuchten, wurde getrennt für die Trägergruppen ausgewertet, wie sich die Personalkosten als größter Kostenblock der Krankenhäuser je stationärem Fall im Vergleich zu den Gesamtkosten je Fall über alle Krankenhäuser in den Jahren 2011 bis 2015 entwickelt haben. Als Grundlage hierfür wurde für diesen Zeitraum getrennt für die einzelnen Trägergruppen ihr Median der Kosten je Fall mit dem Median der Kosten je Fall über alle Trägergruppen verglichen und der jeweilige Abstand zum Median über alle Trägergruppen in der folgenden Grafik dargestellt.

**Abbildung 98: Entwicklung des Medians des Personalkostenanteils je stationärem Fall nach Trägergruppen anhand des Abstands zum Median für alle Trägergruppen (N=319)**



608. Die Grafik zeigt, dass der Median der Personalkosten je Fall bei den privaten Trägern in allen Jahren deutlich unter dem Median aller Krankenhausträger liegt. Die im Median höchsten Personalkosten je Fall weisen demgegenüber die öffentlich-rechtlichen Träger auf, die freigemeinnützigen Krankenhäuser liegen sehr nahe am Median über alle Krankenhausträger.

## 5. Ergebnis

609. Reduzieren Krankenhäuser ihre Leistungen bzw. ihre Qualität, müssen sie nur in einem wettbewerblichen Umfeld mit Patientenabwanderungen zu konkurrierenden Krankenhäusern sowie Umsatzverlusten und Gewinneinbußen rechnen. Wandern die Patienten hingegen in eigene Krankenhäuser, bleiben ihnen Umsatzerlöse und Gewinn weitgehend erhalten.

610. Der Gewinn wird in Anbetracht der unzureichenden Landesförderung von Investitionen, die weniger als die Hälfte des insgesamt benötigten Finanzierungsvolumens abdeckt, von den Krankenhäusern benötigt, um die Investitionen selbst oder über Kapitalgeber finanzieren zu können. Kommen externe Kapitalgeber zum Einsatz, müssen die Krankenhäuser in der Lage sein, die Zinsen für das Eigen- und das Fremdkapital sowie die Abschreibungen zu finanzieren. Nur für Investitionen in moderne Notfallkapazitäten und die Digitalisierung können Krankenhäuser ggfs. auf Bundesfördermittel aus dem Krankenhauszukunftsfonds zurückgreifen.

## E. Fusionskontrollrechtliche Aspekte

611. Gehen die Gewinne infolge von Patientenabwanderungen zurück, können die Investitionen und Innovationen nicht mehr im gleichen Umfang finanziert werden, die Attraktivität des Krankenhauses für die Patienten sinkt. Es kommt in der Folge zu einem weiteren Patiententrückgang und zu einer krankenhauserischen Kapazitätsanpassung in Form des Abbaus von Planbetten. Dieser führt zu noch weniger staatlicher Förderung und noch größerem Kapitalbedarf für Investitionen. Diese Entwicklung kann letzten Endes dazu führen, dass ein Krankenhaus von seinem Träger dauerhaft nicht mehr wirtschaftlich betrieben werden kann und aufgegeben werden muss.
612. Die Krankenhausträger wissen um dieses Risiko und haben damit einen Anreiz, ihr Haus für Patienten im Wettbewerb attraktiv zu halten und ein optimales Leistungs- und Qualitätsangebot zu bieten. Hierzu sind Investitionen und Innovationen erforderlich, die grundsätzlich nur mit Überschüssen finanziert werden können. Diese Überschüsse erfordern eine effiziente Aufstellung des Krankenhauses, so dass die knappen Ressourcen bestmöglich genutzt werden und die Kosten unter den durchschnittlichen Kosten über alle Krankenhäuser liegen.
613. Eine Auswertung der Kostenstruktur von freigemeinnützigen, öffentlich-rechtlichen und privaten Krankenhausträgern zeigt systematische Unterschiede zwischen den Trägerarten. Während bei den Krankenhäusern privater Träger gut 75 Prozent der Kosten auf Personal, medizinischen Bedarf und Gebäudekosten entfallen, sind dies bei den Krankenhäusern öffentlich-rechtlicher Träger ebenso wie bei den freigemeinnützigen Krankenhäusern 81,5 Prozent der Gesamtkosten. Ein ähnliches Bild gibt es bei den Personalkosten je Fall. Diese liegen im Median bei den privaten Trägern deutlich unter dem Median aller Träger, die der öffentlich-rechtlichen Krankenhäuser deutlich darüber.

## E. Fusionskontrollrechtliche Aspekte

614. Das Bundeskartellamt muss anmeldepflichtige Zusammenschlüsse nach § 36 Abs. 1 Satz 1 GWB untersagen, wenn sie eine erhebliche Behinderung wirksamen Wettbewerbs, insbes. die Entstehung oder Verstärkung einer marktbeherrschenden Stellung, erwarten lassen (sog. SIEC-Test).
615. Im Rahmen der Sektoruntersuchung wurde das Verhältnis der Fusionskontrolle zur Krankenhausplanung der Bundesländer näher beleuchtet und untersucht, welche Schlussfolgerungen aus den Erkenntnissen über die regulatorischen Rahmenbedingungen und den Wettbewerb im Krankenhausesektor für die fusionskontrollrechtliche

## E. Fusionskontrollrechtliche Aspekte

Prüfung zu ziehen sind. Einige der im Laufe der Untersuchung festgestellten Ergebnisse hat das Bundeskartellamt bereits in die Prüfung von Zusammenschlussvorhaben aufgenommen und damit seine wettbewerbliche Analyse verfeinert.

### I. Verhältnis der Fusionskontrolle zur Krankenhausplanung

616. Von der Rechtsprechung grundsätzlich geklärt ist, dass die Krankenhäuser Unternehmen im Sinne des Kartellrechts sind und die Regeln der Fusionskontrolle nach §§ 35 ff. GWB auf Zusammenschlüsse von Krankenhäusern anwendbar sind.<sup>636</sup> Gleichwohl wird die Ansicht vertreten, die Regelungen der Fusionskontrolle stünden gesundheitspolitisch gewünschten Konsolidierungsbemühungen und der Krankenhausplanung im Wege und sollten deshalb geändert werden.<sup>637</sup>
617. Diese Meinung verkennt jedoch bereits im Ausgangspunkt die gleichlaufende Zielrichtung der Krankenhausplanung und der Fusionskontrolle, die gleichsam wie Puzzleteile ineinandergreifen und gemeinsam eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung sicherstellen. Im Zuge der Debatte um eine Ausnahmeregelung im Rahmen der 10. GWB-Novelle hat auch der Gesetzgeber daher an der grundsätzlichen Anwendbarkeit der Fusionskontrolle festgehalten und die in § 186 Abs. 9 GWB neu eingeführte Ausnahmeregel für Zusammenschlüsse im Krankenhausbereich in ihrem sachlichen Anwendungsbereich zielgerichtet begrenzt und befristet.

#### Abbildung 99: Ineinandergreifen von Krankenhausplanung und Fusionskontrolle



618. Die Landeskrankenhausplanung sorgt mit dem Versorgungsauftrag für eine flächendeckende stationäre Versorgung in den benötigten Fachgebieten. Die Fusionskontrolle

<sup>636</sup> BGH, Beschl. v. 16.01.2008, KVR 26/07 – *Kreiskrankenhaus Bad Neustadt*, juris-Rn. 14 ff; BGH, Beschl. v. 08.11.2011, KVZ 14/11, juris-Rn. 6; OLG Düsseldorf, Beschl. v. 11.04.2007, VI-Kart 6/05 (V), OLGR Düsseldorf, S. 628/629 f.; OLG Düsseldorf, Beschl. v. 07.05.2008, VI-Kart 1/07 (V) – *Universitätsklinikum Greifswald*, juris-Rn. 15; OLG Düsseldorf, Beschl. v. 08.10.2008, VI-Kart 10/07 (V), juris-Rn. 35 ff.; OLG Düsseldorf, Beschl. v. 15.12.2010, VI-Kart 6/09, juris-Rn. 17 ff.

<sup>637</sup> *Burholt*, Fusionskontrollpraxis erschwert Konsolidierung des deutschen Krankenhausesektors, WuW 2019, 363; *Heyers*, Krankenhausfusionskontrolle – Konsolidierung durch Verbundbildung unter dem Primat des Kartellrechts? WuW 2020, S. 237.

## E.Fusionskontrollrechtliche Aspekte

sichert Auswahlmöglichkeiten der Patienten unter verschiedenen Trägern und gewährleistet damit den wirtschaftlichen Anreiz der Krankenhäuser zu einem gesundheitspolitisch gewünschten, möglichst weit über dem Mindeststandard liegenden Leistungs- und Qualitätsangebot und einen effizienten Ressourceneinsatz.

### 1. Ziele der Landesplanung

619. Die Krankenhausplanung der Bundesländer verfolgt das Ziel, für die Bevölkerung eine flächendeckende, qualitativ hochwertige patienten- und bedarfsgerechte Versorgung mit Krankenhäusern sicherzustellen. Sie erfolgt **standortbezogen** und sorgt mit ihren Mitteln dafür, dass das richtige Krankenhaus am richtigen Ort vorhanden ist, d.h. die benötigten stationären Fachkompetenzen im jeweiligen Bundesland flächendeckend verfügbar sind. Zu diesem Zweck weist die zuständige Landeskrankenhausplanungsbehörde den einzelnen Krankenhäusern ihren Versorgungsauftrag verbindlich durch ihren jeweiligen Feststellungsbescheid zu.<sup>638</sup>
620. Erbringen zugelassene Krankenhäuser nicht nur vorübergehend eine in erheblichem Maß unzureichende Qualität in den für sie maßgeblichen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren, soll die Krankenhausplanungsbehörde darüber entscheiden, ob sie den erteilten Versorgungsauftrag für das Krankenhaus ganz oder zum Teil aufhebt.<sup>639</sup> Bislang gibt es Qualitätsindikatoren nur für die Fachrichtung der Gynäkologie und Geburtshilfe. Diese können mangels Umsetzungsregelungen von den Planungsbehörden derzeit noch nicht angewendet werden.<sup>640</sup> Die Krankenhausplanungsbehörde hat jedoch darüber hinaus keinen Einfluss darauf, ob die Standorte von ein und demselben Träger betrieben werden oder von unterschiedlichen Trägern. Befinden sich alle Krankenhausstandorte innerhalb einer Region in einheitlicher Trägerschaft, besteht kein Anreiz zur Optimierung der Ressourcenallokation. Solange die Mindestqualität nach den regulatorischen Vorgaben erreicht wird, gibt es keinen ökonomischen Anlass, in Fortschritt und Innovation zu investieren. Hier setzt die Fusionskontrolle an, denn sie kann die Trägervielfalt erhalten und damit den Wettbewerb schützen. Demgegenüber hat die Krankenhausplanungsbehörde bei ihren Entscheidungen die Trägervielfalt nach § 1 Abs. 2 KHG lediglich zu beachten. Sie kann die Übernahme von Standorten durch ein und denselben Träger aber nicht verhindern. Dies ist vielmehr Aufgabe der Fusionskontrolle.

---

<sup>638</sup> Zum Versorgungsauftrag siehe oben Rn. 57 ff.

<sup>639</sup> Siehe oben Rn. 187 ff.

<sup>640</sup> Siehe oben Rn. 435 ff.

## 2. Ziele der Fusionskontrolle

621. Die Fusionskontrolle hat, anders als die Krankenhausplanung, einen **trägerbezogenen** Blickwinkel auf die verschiedenen Krankenhaus-Standorte. Sie stellt sicher, dass in einer Region eine hinreichende Zahl unterschiedlicher Krankenhausträger tätig ist und die Patienten mit Beratung ihres Arztes das für ihre Behandlung optimale Angebot auswählen können. Gerade die Auswahl zwischen verschiedenen Trägern und das sich daraus für die Träger ergebende Risiko von Patientenabwanderungen setzt ihnen den wirtschaftlichen Anreiz, den Patienten ein effizient ausgestaltetes Behandlungsangebot mit hoher medizinischer und pflegerischer Qualität zu bieten und in Innovation zu investieren.<sup>641</sup> Denn Krankenhäuser mit vergleichsweise geringer Qualität und Innovation müssen mit Patientenabwanderungen zu Krankenhäusern anderer Träger und Verlusten rechnen.<sup>642</sup> Auch aus Sicht der Monopolkommission garantiert nur eine Sicherung der Wahlmöglichkeiten der Patienten eine hochwertige Versorgung.<sup>643</sup>
622. Die Fusionskontrolle steht damit einer gesundheitspolitisch erwünschten Reduktion von Krankenhausstandorten gerade nicht entgegen. Sie stellt vielmehr für die Patienten einer Region mit ihrem jeweils individuellen Behandlungsbedarf sicher, dass hinreichende Ausweichmöglichkeiten zu verschiedenen Trägern erhalten bleiben und fördert eine Konsolidierung dergestalt, dass auch danach die knappen Ressourcen des Gesundheitssystems nachhaltig und effizient eingesetzt werden und kein Zustand der „gemütlichen Ineffizienz“<sup>644</sup> eintritt.
623. Während staatliche Qualitätsvorgaben allein Mindeststandards für die medizinische Versorgung setzen und ein Eingreifen der Behörden erst bei deren Unterschreiten vorsehen, führt die Auswahlmöglichkeit zwischen mehreren Trägern zu Qualitätswettbewerb oberhalb und außerhalb dieser Mindeststandards und zwar flächendeckend in allen Bereichen der Medizin. Kann der Patient das behandelnde Krankenhaus unter verschiedenen Trägern auswählen, wird er seinen behandelnden Arzt nach dem am besten geeigneten Krankenhaus fragen. Der Arzt kann ihm dann die Vorzüge und Nachteile mehrerer Häuser darlegen und der Patient kann dann eines dieser Häuser oder auch ein ganz anderes wählen. Der Sicherung dieser Auswahlmöglichkeit dient

---

<sup>641</sup> Siehe oben Rn. 569 ff.

<sup>642</sup> Siehe oben Rn. 571 ff.

<sup>643</sup> *Monopolkommission*, Hauptgutachten XVII (2006/2007), Kapitel V, Rn. 813.

<sup>644</sup> Begriff nach *Augurzky*, Gewinne im Krankenhaus in: Krankenhaus-Report 2020, Kap. 10.5, S. 196, Fn. 627.

## E. Fusionskontrollrechtliche Aspekte

die Fusionskontrolle. Die Ergebnisse der Sektoruntersuchung zeigen, dass dieser Prozess grundlegend für ein optimales Angebot der Krankenhäuser für den Patienten ist. Wichtige Auswahlkriterien für die Patienten neben der medizinischen Behandlung und den daraus abgeleiteten Kriterien, wie dem Ruf des Hauses oder dem Ruf des Chefarztes, sind nach der Befragung der Krankenhäuser und der niedergelassenen Ärzte insbes. das Pflegeangebot sowie die Qualität von Unterbringung und Verpflegung.<sup>645</sup> Diese Suche der Patienten nach einem für sie optimalen Behandlungsangebot führt unter den Krankenhausträgern zu einem Wettbewerb darum, welches Haus mit den vorgegebenen Erlösen aus den Fallpauschalen das beste Ergebnis für den Patienten erbringt.

### 3. Grenzen der Fusionskontrolle

624. Der Fusionskontrolle unterliegen nicht alle Konsolidierungsbemühungen im Krankenhauswesen. Trägerinterne Umstrukturierungen und Vorhaben unterhalb der Umsatzzschwellen sind fusionskontrollfrei. Zudem setzt sich die Fusionskontrolle nicht in Widerspruch zu den wirksamen Festlegungen der Landesplanungsbehörden. Von der Fusionskontrolle ausgenommen sind mit Inkrafttreten der 10. GWB-Novelle gemäß § 186 Abs. 9 GWB nun solche Konzentrationsvorhaben, die aus Mitteln des Krankenhausstrukturfonds gefördert und bis Ende 2027 vollzogen werden.

#### a) Trägerinterne Umstrukturierungen

625. Standorte des gleichen Trägers gehören zum gleichen Unternehmen und stehen damit unter einheitlicher Leitung. Die Träger können die Strukturen dementsprechend unternehmensintern verändern oder ihre Standorte zusammenlegen, ohne dass dies der Fusionskontrolle unterliegt. Der Unterschied zwischen der planungsrechtlichen Standortbetrachtung und der kartellrechtlichen Unternehmensbetrachtung der Träger wird anhand der folgenden Karte für das linksrheinische Köln deutlich.

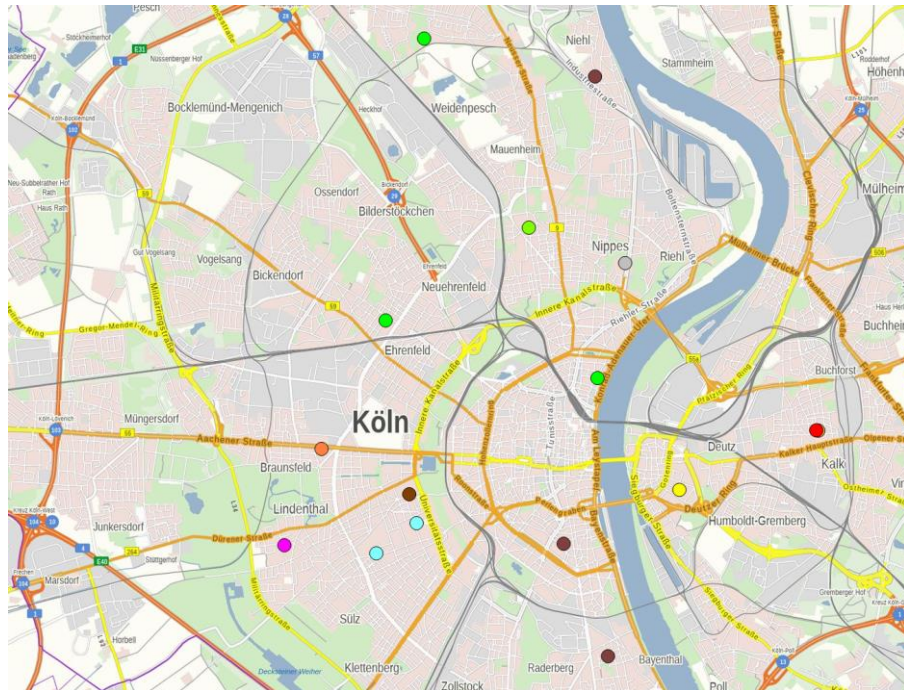
---

<sup>645</sup> Siehe oben Rn. 511 und Rn. 521.



## E.Fusionskontrollrechtliche Aspekte

Karte 7: Krankenhäuser und Träger in Köln linksrheinisch 2020



626. In der Stadt Köln gibt es bei standortbezogener Betrachtung auf der linken Rheinseite 11 Standorte von Allgemeinkrankenhäusern sowie die Kinderklinik Amsterdamer Straße in Köln-Nippes als Fachkrankenhaus für Kinder- und Jugendmedizin (grauer Punkt) und das Sana Dreifaltigkeits-Krankenhaus Köln als Fachklinik für Sporttraumatologie und Orthopädie (orangefarbener Punkt). Eine trägerbezogene Betrachtung anhand der Einfärbungen zeigt jedoch, dass die 11 Allgemeinkrankenhäuser nur durch 4 verschiedene Krankenhausträger (mit-)kontrolliert werden:

- das **Universitätsklinikum Köln** (türkisfarbene Punkte): Universitätsklinikum Köln und Ev. Klinikum Köln Weyertal<sup>646</sup>,

<sup>646</sup> An der Evangelisches Klinikum Köln Weyertal GmbH, Köln, ist das Universitätsklinikum Köln zu 49% beteiligt (siehe Veröffentlichung der Beteiligungshöhe in der Markus-Datenbank) und bestimmt nach § 10 Abs. 1 lit. a) Satz 2 des im Handelsregister veröffentlichten Gesellschaftsvertrags der Evangelisches Klinikum Köln Weyertal GmbH (GV) einen von zwei Geschäftsführern sowie nach § 9 Abs. 1 lit a) GV 3 Mitglieder des 5-köpfigen Aufsichtsrats, der nach § 9 Abs. 3 lit. c) GV mit einfacher Mehrheit u.a. den jährlichen Wirtschaftsplan genehmigt (§ 9 Abs. 4 lit b Nr. 1 GV) und bei grundsätzlichen Meinungsverschiedenheiten der Geschäftsführung entscheidet (§ 9 Abs. 4 lit b Nr. 6 GV); siehe auch: „Zusammenschluss Uniklinik Köln und Evangelisches Krankenhaus Weyertal kooperieren“, 12.01.2018, <https://www.bibliomedmanager.de/news/34145-uniklinik-koeln-und-evangelisches-krankenhaus-weyertal-kooperieren>.

## E. Fusionskontrollrechtliche Aspekte

- die **Stiftung der Cellitinnen zur hl. Maria**, Köln (grüne Punkte): St. Franziskus-Hospital, Köln-Ehrenfeld; Heilig Geist-Krankenhaus, Köln-Longerich; St. Marien-Hospital, Köln-Innenstadt und St. Vinzenz-Hospital, Köln-Nippes)<sup>647</sup>,
- die „**Stiftung der Cellitinnen**“ **gemeinnützig eingetragener Verein**, Köln (braune Punkte): Krankenhaus der Augustinerinnen, St. Antonius-Krankenhaus, St. Agatha Krankenhaus<sup>648</sup> sowie seit 2020 das St. Hildegardis-Krankenhaus<sup>649</sup>,
- **Erzbistum Köln** (magentafarbener Punkt): St. Elisabeth-Krankenhaus<sup>650</sup>.

627. Im linksrheinischen Köln könnte die Stiftung der Cellitinnen zur hl. Maria aus ihren 4 Standorten somit einen Zentralstandort bilden, ohne dass dies fusionskontrollrechtlich geprüft würde. Gleiches gilt für „Stiftung der Cellitinnen“ gemeinnützig eingetragener Verein mit ihren 4 Standorten. Insgesamt könnte die Zahl der Allgemeinkrankenhäuser auf der linken Rheinseite in Köln **ohne Fusionskontrollprüfung** von derzeit 11 auf 4 verringert werden, sofern dies von der Landeskrankenhausplanung genehmigt würde. Dieses Bild entspräche dem Ergebnis der Bertelsmann-Studie, die - je nach Modell - in Köln nur noch 2 bis 6 Krankenhäuser für ausreichend hält.<sup>651</sup>

### b) Konsolidierung unterhalb der Umsatzschwellen

628. Die Regeln der Fusionskontrolle erfassen nach § 35 Abs. 1 Nr. 1 GWB nur Fälle, in denen die beteiligten Unternehmen im letzten Geschäftsjahr vor dem Zusammenschluss insgesamt weltweite Umsätze von mehr als 500 Mio. Euro und im Inland mindestens ein beteiligtes Unternehmen Umsatzerlöse von aktuell mehr als 50 (zuvor: 25) Mio. Euro und ein anderes beteiligtes Unternehmen von mehr als 17,5 (zuvor: 5) Mio.

<sup>647</sup> <https://www.cellitinnenhaeuser.de/stiftung/unsere-einrichtungen-und-leistungen/>.

<sup>648</sup> <https://www.stdc.de/index.php?rub=einrichtungen>.

<sup>649</sup> „Übernahme im Spätsommer Kölner St. Hildegardis geht an die Cellitinnen“, Kölner Stadtanzeiger, 26.05.2020, <https://www.ksta.de/koeln/uebernahme-im-spaetsommer-koelner-st--hildegardis-geht-an-die-cellitinnen-36755984>.

<sup>650</sup> Unmittelbare Träger sind der Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln, e. V., Köln, (DICV) und Caritas-Trärgesellschaft West, siehe: St. Elisabeth-Krankenhaus Köln-Hohenlind, Fakten & Allgemeine Informationen: <https://www.hohenlind.de/ueber-uns/krankenhaus/fakten/>. DICV wird nach § 9 Abs. 2 seiner Satzung ([https://www.caritasnet.de/export/sites/dicv/content/galleries/downloads/ueber-uns/satzung\\_dicv.pdf](https://www.caritasnet.de/export/sites/dicv/content/galleries/downloads/ueber-uns/satzung_dicv.pdf)) vom Erzbistum Köln kontrolliert, denn der Erzbischof von Köln entscheidet über Ernennung und Abberufung von 3 der 5 Vorstandsmitglieder, die mit Stimmenmehrheit der anwesenden Mitglieder entscheiden (§ 13 Abs. 3 Satz 3 der Satzung). Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des vom Erzbischof von Köln ernannten Vorsitzenden (§ 9 Abs. 2 Satz 1 der Satzung) den Ausschlag (§ 13 Abs. 3 Satz 4 der Satzung).

<sup>651</sup> Loos/Albrecht/Zich, Zukunftsfähige Krankenhausversorgung, Simulation und Analyse einer Neustrukturierung der Krankenhausversorgung am Beispiel einer Versorgungsregion in Nordrhein-Westfalen, Bertelsmann-Stiftung 2019, Kap. 5, S. 63 ff.; [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV\\_Bericht\\_KH-Landschaft\\_final.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_Bericht_KH-Landschaft_final.pdf).

## E.Fusionskontrollrechtliche Aspekte

Euro erreicht haben. Trägerübergreifende Konsolidierungen von Krankenhäusern, denen nach § 36 Abs. 2 GWB Umsatzerlöse von zusammen weniger als 500 Mio. Euro zuzurechnen sind, unterliegen daher ebenfalls nicht der Fusionskontrolle. Dies betraf beispielsweise die Übernahme der OsteMed-Kliniken im Landkreis Rotenburg (Wümme) durch die Elbe-Kliniken in Stade.<sup>652</sup>

### c) Berücksichtigung wirksamer Planungsentscheidungen

629. Die Fusionskontrolle dient dem Schutz der strukturellen Voraussetzungen für wirksamen Wettbewerb und soll einen übermäßigen fusionsbedingten Zuwachs an Marktmacht verhindern.<sup>653</sup> Bei der kartellrechtlichen Prüfung eines Zusammenschlusses werden die sich aus bestandskräftigen öffentlich-rechtlichen krankenhauserischen Feststellungsbescheiden ergebenden Versorgungsaufträge als Teil der Wettbewerbsbedingungen berücksichtigt. Ein Krankenhaus darf außer im Notfall Leistungen nur im Rahmen seines Versorgungsauftrags erbringen (§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V). Für Leistungen, die es gleichwohl außerhalb des Versorgungsauftrags erbracht hat, kann es keine Vergütung beanspruchen (§ 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG). Insoweit verfügen die Krankenhausunternehmen aufgrund öffentlich-rechtlicher Vorgaben über einen eingeschränkten Handlungsspielraum.<sup>654</sup> Die Planungsbehörde kann aber keine verbindliche Verpflichtung zum Zusammenschluss mit einem anderen Krankenhaus aussprechen.<sup>655</sup>
630. Teil der Wettbewerbsbedingungen vor dem Zusammenschluss sind auch Kooperationen der Krankenhausträger, soweit es keinen Anlass gibt, sie wegen eines Verstoßes gegen § 1 GWB außer Betracht zu lassen.<sup>656</sup> Die Krankenhausgesetze der Bundesländer enthalten bis auf diejenigen von Niedersachsen und Sachsen-Anhalt Regelungen zur Zusammenarbeit der Krankenhäuser vor Ort. Dabei ist in einigen Bundesländern,

---

<sup>652</sup> „Bundeskartellamt erlaubt Übernahme – Grünes Licht für Klinik-Verkauf“, Weser Kurier vom 10.03.2016, [https://www.weser-kurier.de/region/wuemme-zeitung\\_artikel,-Gruenes-Licht-fuer-KlinikVerkauf-arid.1331425.html](https://www.weser-kurier.de/region/wuemme-zeitung_artikel,-Gruenes-Licht-fuer-KlinikVerkauf-arid.1331425.html).

<sup>653</sup> *Christiansen/Knebel* in: Münchener Kommentar zum Wettbewerbsrecht, 3. Aufl., § 36 Rn. 58 f.

<sup>654</sup> BKartA, Beschl. v. 30.07.2012, B 3-33/20 - *Zentralklinikum Flensburg*, Rn. 305, vgl. auch OLG Düsseldorf, Beschl. v. 08. 10. 2008, VI-Kart 10/07 (V), juris-Rn. 40.

<sup>655</sup> OLG Düsseldorf, Beschl. v. 08. 10. 2008, VI-Kart 10/07 (V), juris-Rn. 38; *Schneider* in: Langen/Bunte, Kartellrecht, 13. Aufl., Syst. V – Gesundheitswesen und Krankenhäuser, Rn. 57; dies übersieht *Heyers*, Fn. 637, S. 242.

<sup>656</sup> Vgl. BGH, Beschl. v. 19.06.2012 - *Haller Tagblatt*, juris-Rn. 24; BKartA, Beschl. v. 30.07.2012, B 3-33/20 - *Zentralklinikum Flensburg*, Rn. 308

## E. Fusionskontrollrechtliche Aspekte

wie im Freistaat Bayern oder im Freistaat Thüringen, nur eine fakultative Zusammenarbeit bzw. Kooperation vorgesehen. In anderen Bundesländern, wie in Bremen, Hamburg oder Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz, ist sie hingegen verpflichtend.

631. Diese landesrechtlichen Vorschriften stehen unter dem Vorbehalt des vorrangigen bundesgesetzlich geregelten Kartellrechts. Vereinbarungen zwischen Unternehmen, die eine Wettbewerbsbeschränkung bezwecken oder bewirken, sind nach § 1 GWB bundesgesetzlich verboten, soweit sie nicht die Voraussetzungen des § 2 GWB erfüllen und von dem Verbot freigestellt sind. Die Freistellung hat vier kumulative Kriterien: Effizienzgewinne, eine angemessene Beteiligung der Verbraucher am Gewinn, die Unerlässlichkeit der Beschränkung für den erstrebten Zweck und keine Möglichkeit zur Ausschaltung des Wettbewerbs.
632. Soweit die landesgesetzlichen Regelungen eine Zusammenarbeit unterschiedlicher Krankenhausträger fakultativ ausgestaltet haben, ist der Umfang der tatsächlichen Kooperation eine rein unternehmerische Entscheidung der jeweiligen Krankenhausträger. Sie unterliegt damit voll dem Kartellrecht. Eine Zusammenarbeit ist in dem nach § 2 GWB freigestellten Rahmen zulässig.
633. Soweit die Krankenhausgesetze der Bundesländer eine Pflicht zur Kooperation vorsehen, gebieten sie jedoch nicht eine Zusammenarbeit in einer Weise, die eine Freistellung nach § 2 GWB von vornherein ausschließt und damit zwingend zur Kollision von Landes- und Bundesrecht führt. Bei einem möglichen Verstoß von Landesrecht gegen Bundesrecht ist vielmehr das Landesrecht, das dem höherrangigen Recht zuwider laufen könnte, im Wege der bundesrechtskonformen Auslegung so auszulegen, dass es mit dem Bundesrecht konform ist.<sup>657</sup> Damit sind auch die obligatorisch gefassten landesgesetzlichen Regelungen der Landeskrankenhausgesetze so auszulegen, dass Kooperationen oder eine Zusammenarbeit, die gegen § 1 GWB verstoßen, nur im Rahmen des nach § 2 GWB Zulässigen erlaubt sind.

### **d) Ausnahmeregelung durch die 10. GWB-Novelle**

634. Im Zuge der im Januar 2021 in Kraft getretenen 10. GWB-Novelle hat der Gesetzgeber eine Ausnahme von der Fusionskontrolle für den Krankenhaussektor geschaffen, die eng mit der Krankenhausplanung verknüpft und zeitlich befristet ist. Mit der Ausnahmeregelung des § 186 Abs. 9 GWB werden standortübergreifende Konzentrationen von Krankenhäusern oder von einzelnen Fachrichtungen mehrerer Krankenhäuser von

---

<sup>657</sup> BVerwG, Urt. v. 19.11.1982, 8 C 39-41/81, juris-Rn. 17; BSG, Urt. v. 28.06.2001, B 3 P 9/00 R, juris-Rn. 29.

## E. Fusionskontrollrechtliche Aspekte

der Fusionskontrolle ausgenommen, die auf Antrag des jeweiligen Landes aus Mitteln des Krankenhausstrukturfonds gefördert und bis Ende 2027 vollzogen werden. Diese Zusammenschlüsse sind dem Bundeskartellamt nur nach Vollzug anzuzeigen, sie unterliegen aber keiner Anmelde- und Genehmigungspflicht.

635. Auch die Bundesregierung erkennt ausweislich der Gesetzesbegründung die große Bedeutung von Trägervielfalt und Wettbewerb im Krankenhaussektor zum Schutz einer qualitativ hochwertigen Versorgung an. Gleichwohl hat sie sich dazu entschieden, im Einzelfall mögliche, wettbewerbsrechtliche Bedenken für eine begrenzte Zeit hinter das durch den Strukturfonds verfolgte Konsolidierungsziel zurücktreten zu lassen und der Krankenhausplanung zu ermöglichen, für begrenzte Zeit gewünschte Strukturveränderungen unabhängig von wettbewerblichen Erwägungen voranzutreiben. Mit der Ausnahmeregelung sollen Zusammenschlussvorhaben im Sinne des § 11 Absatz 1 Nummer 2 KHSFV, mit denen die gesundheitspolitischen Ziele einer Spezialisierung und Zentrenbildung zugunsten einer patienten- und bedarfsgerechten wohnortnahen Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhäusern verfolgt werden, wettbewerbsrechtlich privilegiert und befristet aus dem Anwendungsbereich der Fusionskontrolle ausgenommen werden.<sup>658</sup>
636. Mit der Anknüpfung an die konkrete Förderung werden die Steuerungsmöglichkeiten der Länder gewahrt. Ein Abstellen auf lediglich Förderfähigkeit – wie teilweise gefordert – wäre dagegen mangels eingrenzender Kriterien de facto einer Bereichsausnahme gleichgekommen. Damit wären jegliche Kontrollinstanzen entfallen: Nicht nur die Länder hätten ihre Steuerungsmöglichkeiten für Strukturveränderungen verloren; mit dem weitestgehenden Entfallen der kartellrechtlichen Aufsicht wären auch Marktanteilsverschiebungen und Marktmachtkonzentrationen zugunsten weniger großer Krankenhausträger kontrollfrei möglich geworden. Wie sich die nun gültige Ausnahmeregelung auf die Wettbewerbsverhältnisse auswirkt, soll eine vom Gesetzgeber vorgesehene Evaluierung durch das Bundeskartellamt zeigen.

## 4. Ergebnis

637. Krankenhausplanung und Fusionskontrolle stehen nicht im Widerspruch, sondern ergänzen einander. Ihr Zusammenwirken ermöglicht eine optimale Versorgung der Bevölkerung mit stationären Behandlungen.

---

<sup>658</sup> Vgl. Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen für ein fokussiertes, proaktives und digitales Wettbewerbsrecht 4.0 und anderer wettbewerbsrechtlicher Bestimmungen (GWB-Digitalisierungsgesetz), Gesetzesentwurf der Bundesregierung, BT-Drs. 19/23492, Zu Nummer 43, Buchstabe c, S. 142.

## II. Schlussfolgerungen für die wettbewerbliche Prüfung

638. Die wettbewerbliche Prüfung von Zusammenschlüssen im Krankenhausesektor unterliegt aufgrund der dargestellten regulatorischen Rahmenbedingungen einigen Besonderheiten. Zudem stehen dem Bundeskartellamt über das InEK detaillierte Daten über die Behandlungsleistungen jedes zugelassenen Krankenhauses zur Verfügung. Deren Auswertung ermöglicht es dem Bundeskartellamt, die Marktverhältnisse in einer Genauigkeit abzubilden, die in kaum einem anderen Wirtschaftsbereich möglich ist. Mit den niedergelassenen Vertragsärzten als maßgeblichen Beratern der Patienten kann auch die Marktgegenseite umfassend befragt werden. Dies fließt in die ständige Praxis des Bundeskartellamts ein und führt zu den im Folgenden beschriebenen besonderen Ausprägungen der Fusionskontrolle im Krankenhausbereich.
639. Der erste Schritt zur Erfassung der Marktmacht der beteiligten Unternehmen ist die Marktabgrenzung. Mit ihr sollen die Wahlmöglichkeiten der Marktgegenseite in sachlicher und in räumlicher Hinsicht ermittelt werden. Die Marktabgrenzung ist ein Hilfsmittel zur Feststellung, welchen Wettbewerbskräften sich die beteiligten Unternehmen tatsächlich zu stellen haben.<sup>659</sup> Bei der Prüfung können folgende Fehler unterlaufen: Ein Markt wird zu eng abgegrenzt und ein wettbewerbliches Problem festgestellt, das tatsächlich aber nicht besteht (Fehlertyp I) oder der Markt wird zu weit abgegrenzt, so dass ein bestehendes wettbewerbliches Problem nicht erkannt und beseitigt wird (sog. Fehlertyp II). Ziel ist es, beide Fehlertypen zu vermeiden. Der zweite Schritt ist die sachgerechte Prüfung der Auswirkungen des Zusammenschlussvorhabens auf die Wettbewerbsstruktur, wobei eine Prognoseentscheidung zu treffen ist.

### 1. Sachliche Marktabgrenzung

640. Die sachliche Marktabgrenzung in der Fusionskontrolle erfolgt für alle Wirtschaftsbereiche in ständiger Praxis des Bundeskartellamts nach dem Bedarfsmarktkonzept.<sup>660</sup> Danach sind sämtliche Waren und Dienstleistungen, die sich nach ihren Eigenschaften, ihrem wirtschaftlichen Verwendungszweck und ihrer Preislage so nahe stehen, dass der verständige Abnehmer sie als für die Deckung eines bestimmten Bedarfs geeignet

---

<sup>659</sup> BGH, Beschl. v. Beschl. v. 4.11.2003, KZR 16/02 - *Strom und Telefon I*, juris-Rn. 25; *Bardong* in: Langen/Bunte, Kartellrecht, 13. Aufl., § 18 GWB, Rn. 15.

<sup>660</sup> Ständige Rspr. - Vgl. BGH, WuW/E DE-R 1087, 1091 – *Ausrüstungsgegenstände für Feuerlöschzüge*; BGH, WuW/E DE-R 1419, 1423 – *Deutsche Post/trans-o-flex*; BGH, WuW/E DE-R 1355, 1357 – *Staubsaugerbeutelmarkt*.

## E. Fusionskontrollrechtliche Aspekte

und miteinander austauschbar ansieht, in einen Markt einzubeziehen.<sup>661</sup> Bei der Feststellung einer funktionellen Austauschbarkeit stehen der Verwendungszweck und damit eng zusammenhängend die Eigenschaften von Waren im Vordergrund.<sup>662</sup> Dabei ist ein objektiver Maßstab anzulegen<sup>663</sup> und auf die Beurteilung eines verständigen Abnehmers abzustellen.<sup>664</sup>

641. Gegenstand eines Marktes kann neben einzelnen Produkten bzw. Leistungen auch ein umfassendes Sortiment untereinander nicht austauschbarer Waren oder Dienstleistungen als sog. Sortimentsmarkt sein.<sup>665</sup> Voraussetzung dafür ist, dass ein Leistungsangebot als Waren- oder Dienstleistungsbündel den typischen abstrakten Erwartungen der Abnehmer entspricht. Nicht vorausgesetzt wird für eine solche Sortimentsbetrachtung, dass die Nachfrage auch typischerweise auf das ganze Bündel des Angebots gerichtet ist. Es genügt vielmehr, dass sich die Nachfrage in einem einzelnen Produkt bzw. einer einzelnen Leistung erschöpft.<sup>666</sup>
642. Im Bereich stationärer Krankenhausdienstleistungen hat das Bundeskartellamt in seinen bisherigen Entscheidungen zu Zusammenschlussvorhaben von Allgemeinkrankenhäusern auf der Grundlage der höchstrichterlichen Rechtsprechung einen Sortimentsmarkt für akutstationäre Krankenhausdienstleistungen abgegrenzt. Dieser umfasst alle stationären medizinischen Dienstleistungen, die zugelassene Allgemeinkrankenhäuser und Fachkliniken gegenüber ihren Patienten erbringen.<sup>667</sup> Das Bundeskartellamt hat im Rahmen der Sektoruntersuchung überprüft, ob diese Abgrenzung weiterhin sachgerecht ist und welche Anpassungen ggf. erforderlich sind, um das wettbewerbliche Geschehen möglichst zutreffend abzubilden.

---

<sup>661</sup> BKartA, Beschl. v. 14.05.2014; B3-135/13 - *Klinikum Esslingen/Kreiskliniken*, Rn. 61; BKartA, Beschl. v. 28.10.2016, B2-51/16 - *REWE/Coop*, Rn. 90; OLG Düsseldorf, Beschl. v. 23.08.2017, VI-Kart 6/16 (V) – *EDEKA/Tengelmann*, juris-Rn. 58; BGH, Beschl. v. 5.10.2004, KVR 14/03 – *Staubsaugerbeutelmarkt*, AG 2005, 36; *Fuchs/Möschel* in: Immenga/Mestmäcker, Wettbewerbsrecht, 5. Aufl., § 18 Rn. 32 mwN.

<sup>662</sup> BKartA, Beschl. v. 28.10.2016, B2-51/16, *REWE/Coop*, Rn. 90; OLG Düsseldorf, Beschl. v. 14.09.2016, VI-U (Kart) 3/16 – *Das Örtliche*, juris-Rn. 30 f. mwN; OLG Düsseldorf, Beschl. v. 21.10.2009, VI-Kart 14/08 – *Schließsysteme*, juris-Rn. 40.

<sup>663</sup> BGH, Beschl. v. 5.10.2004, KVR 14/03 – *Staubsaugerbeutelmarkt*, AG 2005, 36.

<sup>664</sup> OLG Düsseldorf, Beschl. v. 23.08.2017, VI-Kart 6/16 (V) – *EDEKA/Tengelmann*, juris-Rn. 58.

<sup>665</sup> OLG Düsseldorf, Beschl. v. 23.08.2017, VI-Kart 6/16 (V) - *EDEKA/Tengelmann*, juris-Rn. 59; BGH, Beschl. v. 16.01.2008, KVR 26/07 – *Kreiskrankenhaus Bad Neustadt*, juris-Rn. 57.

<sup>666</sup> OLG Düsseldorf, Beschl. v. 23.08.2017, VI-Kart 6/16 (V) - *EDEKA/Tengelmann*, juris-Rn. 59; BGH, Beschl. v. 16.01.2008, KVR 26/07 – *Kreiskrankenhaus Bad Neustadt*, juris-Rn. 57.

<sup>667</sup> Zuletzt: BKartA, Beschl. v. 30.07.2020, B 3-33/20 - *Zentralklinikum Flensburg*, Rn. 216; BKartA, Beschl. v. 14.05.2014, B3-135/13 - *Klinikum Esslingen/Kreiskliniken*, Rn. 62 f.

### a) Patienten als Nachfrager

643. Ausgangspunkt der sachlichen Marktabgrenzung ist die Sicht der Nachfrager. Dies sind im Hinblick auf die von den Akutkrankenhäusern angebotene stationäre Krankenhausbehandlung die Patienten, welche die Behandlung benötigen. Dies gilt sowohl für die privat krankenversicherten als auch für die gesetzlich versicherten Patienten, denn sie wählen in beiden Fällen, ob und in welchem Krankenhaus sie stationär behandelt werden wollen.<sup>668</sup> Auch Personen mit Anspruch auf Hilfen zur Gesundheit nach dem Fünften Kapitel des SGB XII haben die Wahl unter den Krankenhäusern entsprechend den Bestimmungen der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 52 Abs. 2 Satz 1 SGB XII).
644. Die Eigenschaft der Patienten als Nachfrager ist unabhängig davon, auf welchem Weg sie in das Krankenhaus gelangen, mit einer (vertrags-)ärztlichen Verordnung, ohne ärztliche Verordnung im Wege der sog. Selbsteinweisung oder im akuten Notfall mit dem Rettungstransportwagen bzw. Rettungshubschrauber.
645. Hat ein niedergelassener (Vertrags-)Arzt festgestellt, dass der Patient eine Krankenhausbehandlung benötigt, legen weder der Arzt noch die Krankenkasse bzw. die Krankenversicherung fest, wo die stationäre Behandlung zu erfolgen hat. Vielmehr entscheidet der Patient, ob und welches Krankenhaus er für die benötigte stationäre Behandlung aufsucht.<sup>669</sup> Dies gilt auch für privat krankenversicherte Patienten.<sup>670</sup>
646. Die Patienten dürfen außerdem auch ohne (vertrags-)ärztliche Verordnung ein (zugelassenes) Krankenhaus aufsuchen und dort aufgenommen werden. Dies gilt nicht nur für Privatpatienten, sondern auch für gesetzlich Versicherte und auch außerhalb von akuten Notfallsituationen.<sup>671</sup> Nach § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V müssen die Krankenhäuser in jedem Fall eigenverantwortlich prüfen, ob eine vollstationäre Aufnahme in das Krankenhaus erforderlich ist, denn Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, dürfen sie nicht erbringen (§ 12 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Das gleiche gilt für die teilstationäre Behandlung im Krankenhaus, die ebenfalls eine Aufnahme in das Krankenhaus erfordert.<sup>672</sup> Nur für die vorstationäre Behandlung verlangt § 115a Abs. 1 Satz 1 SGB V eine vertragsärztliche Verordnung. Ist eine stationäre Behandlung im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich und wirtschaftlich, kann der Patient auf

---

<sup>668</sup> Vgl. OLG Düsseldorf, Beschl. v. 08.10.2008, VI-Kart 10/07, juris-Rn. 41; OLG Düsseldorf, Beschl. v. 11.04.2007, VI-Kart 6/05 (V), WuW 2007, S. 620/624.

<sup>669</sup> Siehe oben Rn. 51.

<sup>670</sup> Siehe oben Rn. 53.

<sup>671</sup> BSG, Urt. v. 19.06.2018, B 1 KR 26/17 R, ECLI:DE:BSG:2018:190618UB1KR2617R0, Rn. 19 ff.

<sup>672</sup> LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 25.07.2017, L 4 KR 10/15, juris-Rn. 29.



## E. Fusionskontrollrechtliche Aspekte

seinen Wunsch hin auch ohne Verordnung aufgenommen und stationär behandelt werden und das Krankenhaus die erbrachten Leistungen mit den Krankenkassen abrechnen.<sup>673</sup>

647. Muss ein Patient mit dem Rettungstransportwagen oder dem Rettungshubschrauber in ein Krankenhaus gebracht werden und kann er selbst das ihn behandelnde Krankenhaus nicht auswählen, so gibt es gleichwohl eine Auswahlentscheidung zwischen mehreren Krankenhäusern. In einer solchen Situation trifft der erstversorgende Notarzt bzw. der Rettungsassistent für den Patienten die Auswahl.<sup>674</sup> Es wird dann im Interesse und nach dem mutmaßlichen Willen des Patienten das nächsterreichbare Krankenhaus gewählt, das zur Behandlung des Patienten geeignet und in der Lage ist, eine schnelle medizinische Behandlung zu gewährleisten.<sup>675</sup> Ist ein Patient wegen bereits bekannter Erkrankungen in einem bestimmten Krankenhaus behandelt worden, wird auch versucht, ihn dort unterzubringen.<sup>676</sup>

### b) Bedarf der Patienten und Angebot der Krankenhäuser

648. Patienten haben als Nachfrager nach akutstationären Krankenhausdienstleistungen den Bedarf, mit dem Krankenhausaufenthalt ihre konkrete Erkrankung diagnostizieren und heilen bzw. lindern zu lassen. Der Bedarf eines Patienten ist damit sehr individuell.
649. Die Krankenhäuser bieten den Patienten jeweils eine unterschiedlich große Bandbreite an verschiedenen stationären Behandlungsleistungen an und decken darüber den individuellen Bedarf einer Vielzahl von Patienten. Hierzu haben sie gemäß ihres Versorgungsauftrags unterschiedliche Fachabteilungen eingerichtet, in denen sie alle Erkrankungsbilder behandeln, für die ihre dort tätigen Ärzte nach der jeweiligen Landes-WBO ausgebildet wurden.<sup>677</sup> Die Bandbreite der von einem Krankenhaus erbrachten stationären Behandlungsleistungen hängt dabei von der Zahl der Fachrichtungen nach dem

---

<sup>673</sup> BSG, Urt. v. 19.06.2018, B 1 KR 26/17 R, ECLI:DE:BSG:2018:190618UB1KR2617R0, Rn. 14; LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 25.07.2017, L 4 KR 10/15, juris-Rn. 37.

<sup>674</sup> Juristisch wird er als Geschäftsführer ohne Auftrag tätig, wirtschaftlich als Nachfragedisponent. Dies verkennt *Burholt*, Fusionskontrollpraxis erschwert Konsolidierung des deutschen Krankenhausesektors, WuW 2019, S. 364.

<sup>675</sup> § 3 Abs. 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB V (Krankentransport-Richtlinie) in der Fassung vom 22.01.2004, zuletzt geändert am 29.06.2020; DRK Rettungsdienst und Krankentransport im Landkreis Schaumburg e.V., Krankenhauswahl, <https://www.drk-rd-shg.de/notfallrettung/notruf-wer-kommt/krankenhauswahl/>.

<sup>676</sup> Feuerwehr Mönchengladbach, FAQs im Rettungsdienst – Muss ich in ein bestimmtes Krankenhaus?, <https://www.feuerwehr-mg.de/index.php/de/rettungsdienst/faq-s-im-rettungsdienst>.

<sup>677</sup> Siehe oben Rn. 259 ff.

## E.Fusionskontrollrechtliche Aspekte

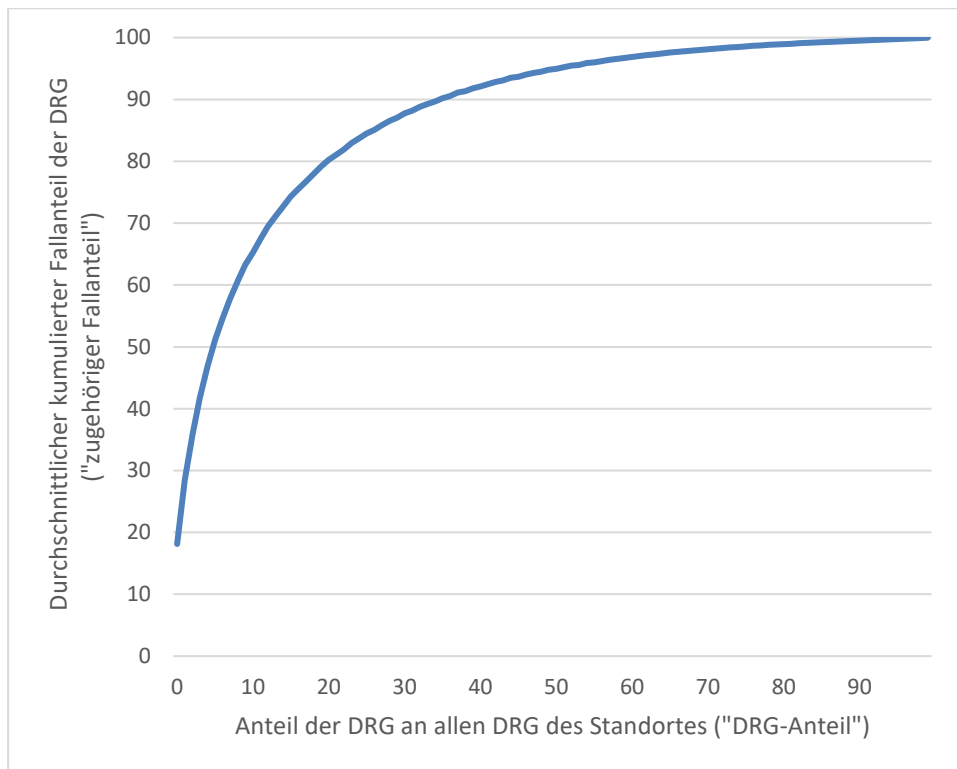
Versorgungsauftrag und von der Spezialisierung des Hauses ab. Insgesamt werden in den Abrechnungsdaten der Krankenhäuser des Jahres 2019 insgesamt 37 unterschiedliche somatische Fachabteilungen<sup>678</sup> und für die Hauptabteilungen 1.245 unterschiedliche Behandlungs-DRGs verschlüsselt.

650. Zur Veranschaulichung der Bedeutung der größten DRG in den jeweiligen Krankenhäusern wurden, für die Verteilung der Fälle auf die erbrachten DRG, die DRG der Krankenhausstandorte absteigend nach ihrer Fallzahl des jeweiligen Standortes sortiert und berechnet, welcher kumulierte Fallanteil auf die größten DRG der einzelnen Standorte entfällt. Zur gemeinsamen Darstellung der Fallverteilung der untersuchten Standorte wurden für jede der absteigend sortierten DRG eines jeden Standortes berechnet, welchen Anteil eine DRG an den DRG eines Standortes hat. Erbringt beispielsweise ein Krankenhaus Leistungen in 500 DRG, repräsentieren die größten 50 DRG 10 Prozent ihrer DRG ("DRG-Anteil"). Diese Angabe bildet die horizontale Achse des folgenden Diagramms. Für jede der absteigend sortierten DRG wird dann der kumulierte Fallanteil dieser DRG und der größeren DRG berechnet. Werden im Beispiel in den 50 größten DRG 6.000 Fälle und am ganzen Standort 10.000 Fälle abgerechnet, beträgt der zugehörige Fallanteil 60 Prozent. Im folgenden Diagramm wird der durchschnittliche Fallanteil über alle einbezogenen Standorte der Befragung je DRG-Anteil dargestellt.

---

<sup>678</sup> Schlüssel 6 – Fachabteilungen zur Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, oben Fn. 534.

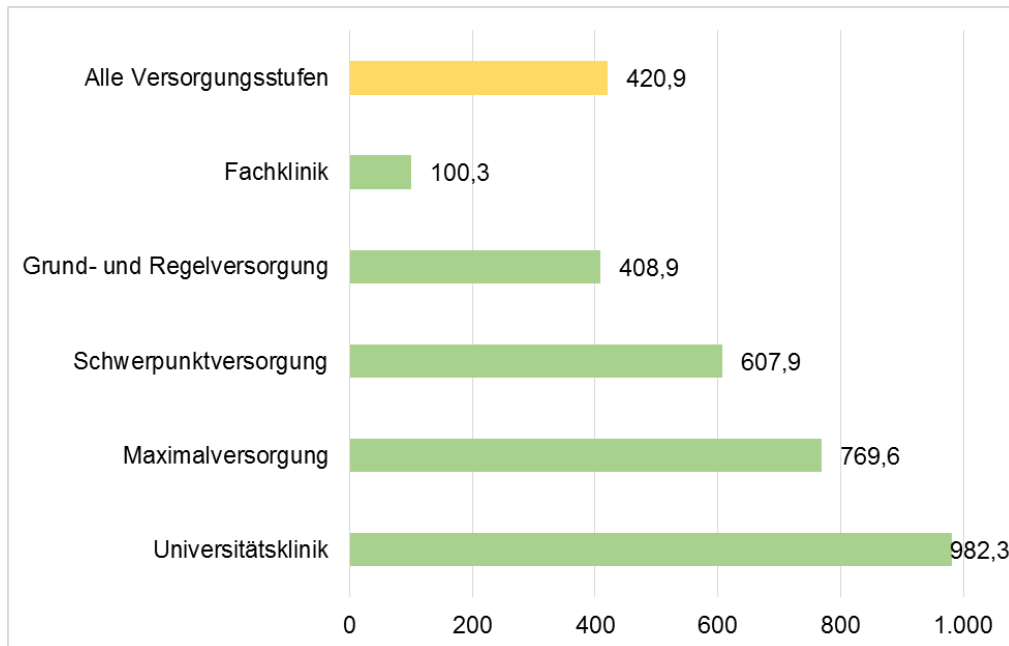
**Abbildung 100: Durchschnittlicher kumulierter Fallanteil je Anteil der DRG an allen DRG (N=477)**



651. Das Diagramm zeigt, dass die 10 Prozent größten DRG im Durchschnitt 63 Prozent der Fälle eines Krankenhauses ausmachen. Auf die 20 Prozent größten DRG entfallen im Durchschnitt 79 Prozent der Fälle, auf die 30 Prozent größten DRG 87 Prozent der Fälle.
652. Eine Betrachtung nach den unterschiedlichen Versorgungsstufen zeigt, dass die Fachkliniken mit durchschnittlich rd. 100 verschiedenen DRG die geringste Bandbreite an Behandlungsleistungen aufweisen und die Universitätskliniken mit durchschnittlich 982,3 verschiedenen DRG die höchste. Dabei steigt die Breite der erbrachten Behandlungen je höher die Versorgungsstufe ist. Gleichwohl decken auch die Grund- und Regelversorger mit durchschnittlich 408,9 verschiedenen DRG ein breites Spektrum an Behandlungen ab. Sie erreichen fast 50 Prozent des Leistungsspektrums der befragten Universitätskliniken und gut 2/3 desjenigen der Schwerpunktversorger.

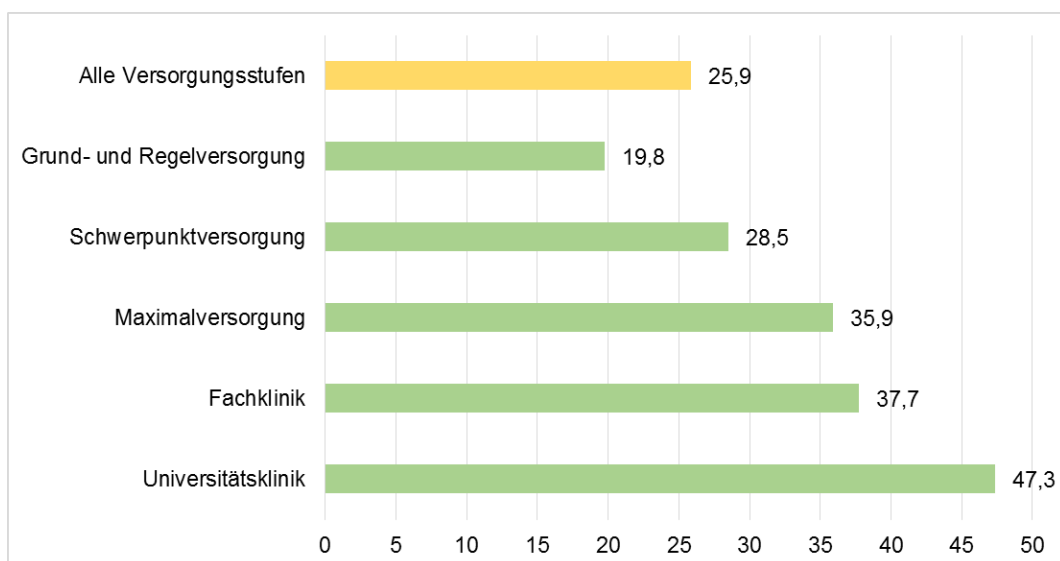
## E.Fusionskontrollrechtliche Aspekte

**Abbildung 101: Zahl der DRG, aus denen ein Krankenhaus im Durchschnitt Patienten behandelt (N=477)**



653. Werden ergänzend die Fälle je DRG betrachtet, ergibt sich, dass auch die Fallzahl je DRG zunimmt, je höher die Versorgungsstufe ist. Die Fachkliniken, die nach Abbildung 101 oben nur vergleichsweise wenige unterschiedliche Behandlungsleistungen abdecken, erreichen angesichts ihrer hohen Spezialisierung aber deutlich höhere Fallzahlen je DRG als die Grund- und Regelversorger und die Schwerpunktversorger und liegen sogar noch vor den Maximalversorgern. Die Universitätskliniken versorgen die meisten Fälle je DRG.

**Abbildung 102: Fälle je DRG nach Versorgungsstufen (N=477)**



## E. Fusionskontrollrechtliche Aspekte

654. Ferner zeigt die Auswertung der zur Verfügung gestellten Krankenhausdaten, dass die Krankenhäuser durchschnittlich in 80 Prozent der Hauptdiagnosegruppen Behandlungen erbringen.<sup>679</sup> Da die Hauptdiagnosegruppen nur eine grobe Einteilung des medizinischen Leistungsspektrums darstellen, lassen sich Aussagen zur Versorgungsbreite differenziert nach Versorgungsstufen Grund- und Regelversorgung, Schwerpunktversorgung, Maximalversorgung und Universitätsklinik bzw. der Fachkliniken hierauf nicht stützen.
655. Dem individuellen Bedarf der Nachfrage steht somit das Angebot eines Bündels an unterschiedlichen Behandlungsleistungen diverser Hauptdiagnosegruppen der Krankenhäuser gegenüber. Auch wenn die einzelnen Behandlungen nicht untereinander austauschbar sind, bieten alle Krankenhäuser ein Behandlungsbündel an, was auch den Erwartungen der Nachfrager entspricht, denn die Krankenhäuser sind durch ihren Versorgungsauftrag dazu verpflichtet, alle davon abgedeckten Behandlungen anzubieten und durchzuführen.<sup>680</sup> Für die Krankenhäuser bedeutet dies, dass sie mit allen von ihnen angebotenen Behandlungsleistungen mit anderen Krankenhäusern im Wettbewerb um Patienten stehen. Da die Marktabgrenzung dazu dient, die Marktmacht der beteiligten Unternehmen zu erfassen, ist es sachgerecht, bei der sachlichen Marktabgrenzung auf das Behandlungssortiment und nicht auf einzelne Behandlungen abzustellen. Denn nur so können die verschiedenen Wettbewerbskräfte, die auf die zusammenschlussbeteiligten Krankenhäuser einwirken, abgebildet und bewertet werden.

### c) Relevantes Marktsortiment

656. Das Bundeskartellamt betrachtet, von der Rechtsprechung bestätigt, sämtliche somatischen akutstationären Dienstleistungen, die Allgemeinkrankenhäuser und Fachkliniken gegenüber ihren Patienten erbringen, als Sortiment, das zu einem Markt gehört.<sup>681</sup> Angesichts der Organisation der Krankenhäuser nach Fachabteilungen wäre es denk-

---

<sup>679</sup> Zum Zweck der Auswertung wurden anhand der Kapitaleinteilung des deutschen DRG-Katalogs, d.h. der Anfangsbuchstaben der vierstelligen DRG, insgesamt 26 Hauptdiagnosegruppen unterschieden.

<sup>680</sup> § 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V.

<sup>681</sup> BGH, Beschl. v. 16.01.2008, KVR 26/07- *Kreiskrankenhaus Bad Neustadt*, juris-Rn. 49; OLG Düsseldorf, Beschl. v. 15.12.2010, VI-Kart 6/09 (V) – *Gesundheit Nordhessen*, juris-Rn. 38 mwN; OLG Düsseldorf, Beschl. v. 08.10.2008, VI-Kart 10/07 (V), juris-Rn. 43; BKartA, Beschl. v. 30.07.2020, B3-33/20 - *Zentralklinikum Flensburg*, Rn. 199 f.; BKartA, Beschl. v. 14.05.2015, B 3-135/13 - *Klinikum Esslingen/Kreiskliniken Esslingen*, Rn. 62; BKartA, Beschl. v. 19.02.2015, B 3-109/13 - *Fresenius/Rhön*; Rn. 52; Beschl. v. 18.06.2009, B 3-215/08 – *Gesundheit Nordhessen/Gesundheitsholding Werra-Meißner*, Rn. 36; BKartA, Beschl. v. 11.06.2006, B 3-1002/06 – *Universitätsklinikum Greifswald/Kreiskrankenhaus Wolgast*, Rn. 28.

## E. Fusionskontrollrechtliche Aspekte

bar, an Stelle eines Sortiments aller stationären Behandlungen auf fachabteilungsbezogene Sortimente abzustellen und unterschiedliche Märkte nach Fachabteilungen abzugrenzen.<sup>682</sup> Zudem wird in der Literatur eine Unterscheidung zwischen Notfallpatienten und Elektivpatienten befürwortet.<sup>683</sup> Im Rahmen der Sektoruntersuchung wurde diesen Fragen nachgegangen.

657. Würde mit dem Sortimentsmarkt für akutstationäre Krankenhausdienstleistungen der sachliche Markt zu weit betrachtet, könnten sich Fehler nach Fehlertyp II ergeben, mit der Folge, dass Krankenhäuser, die sich nicht im Wettbewerb mit den Zusammenschlussbeteiligten befinden, als Wettbewerber angesehen werden. Dies könnte auch ein unzutreffendes Bild über die wettbewerbliche Nähe der Zusammenschlussbeteiligten ergeben. Deshalb wurde im Rahmen der Sektoruntersuchung unter zwei Aspekten eine engere sachliche Marktabgrenzung geprüft, nämlich nach Fachabteilungen (hierzu unter aa) und nach Elektiv- und Notfallpatienten (hierzu unter bb).

### aa) Bedeutung der Fachabteilungen

658. Eine Unterscheidung des Sortimentsmarktes nach Fachabteilungen setzt voraus, dass zur Feststellung der Wettbewerbskräfte in den einzelnen Bereichen die Behandlungsleistungen der Krankenhäuser entsprechend voneinander abgegrenzt werden können. Die Ermittlungen im Zusammenschlussverfahren Rhön Klinikum/Landkreis Rhön-Grabfeld hatten im Jahr 2004 ergeben, dass sich die Behandlungen, die in den unterschiedlichen Fachabteilungen der Krankenhäuser erbracht werden, erheblich überschneiden und eine Abgrenzung nach Fachabteilungen die relevanten Wettbewerbskräfte nicht zutreffend abbilden kann.<sup>684</sup> Da sich die Auswertung auf den DRG-Katalog des Jahres 2004 bezog, wurden die Auswertungsergebnisse als veraltet angesehen.<sup>685</sup> Im Rahmen der Sektoruntersuchung hat das Bundeskartellamt den Sortimentsansatz empirisch daraufhin überprüft, ob die damals festgestellten erheblichen Überschneidungen zwischen den Fachabteilungen der Krankenhäuser weiterhin existieren. Hierzu wurden die Daten der befragten Krankenhäuser für das Jahr 2015 analysiert und für jede einzelne vergleichbare Leistung festgestellt, in welcher Abteilung die einzelnen

---

<sup>682</sup> So zunächst OLG Düsseldorf, Beschl. v. 11.04.2007, VI-Kart 6/05 (V), <https://open-jur.de/u/124090.html>, Rn. 119 ff.

<sup>683</sup> *Burholt*, S. 364, Fn. 674.

<sup>684</sup> Siehe hierzu BKartA, Beschl. v. 11.06.2006, B 3-1002/06 - *Universitätsklinikum Greifswald/Kreis-krankenhaus Wolgast*, Rn. 39 und *Monopolkommission*, Hauptgutachten XVII: Weniger Staat, mehr Wettbewerb, Kap. IV, 2.3.1, Rn. 539 f., BT-Drs. 26/10140, S. 241.

<sup>685</sup> *Mareck*, Fusionskontrolle im Krankenhausmarkt, 2020, Siebtes Kapitel, A.13, S. 379.

## E. Fusionskontrollrechtliche Aspekte

Fälle aufgenommen wurden. Als vergleichbare Leistung wurde dabei jede Leistung angesehen, die unter einer DRG abgerechnet wurde.<sup>686</sup>

659. Die Untersuchung zeigt, dass auch weiterhin eine exakte Zuordnung einer erbrachten stationären DRG-Behandlungsleistung zu einer bestimmten Fachabteilung kaum möglich ist. Die empirische Überprüfung ergab, dass im Durchschnitt rd. 85 Prozent der von den Krankenhäusern tatsächlich erbrachten stationären Behandlungsleistungen in unterschiedlichen Fachabteilungen erbracht werden und nicht eindeutig einer Fachabteilung zuzuordnen sind. Die in den Feststellungsbescheiden enthaltenen Fachabteilungen und Subdisziplinen nach den Landes-WBO sind nämlich nicht trennscharf voneinander abgegrenzt und die Behandlungen werden anhand von leistungsbezogenen DRG abgerechnet, die nicht auf bestimmte Fachgebiete bezogen sind.<sup>687</sup>
660. Allenfalls die Fachabteilungen der **Gynäkologie und Geburtshilfe** und der **Augenheilkunde** könnten nach der Datenauswertung für 2015 den Anforderungen an eigenständige Fachabteilungen genügen, denn hier werden im Durchschnitt rd. 90 Prozent der behandelten Fälle mit DRG-Leistungen erzielt, die weit überwiegend nur dort behandelt werden. Überschneidungen mit anderen Fachabteilungen sind dort i.d.R. jeweils relativ gering. Bei den übrigen Fachabteilungen zeigte die Datenauswertung im Durchschnitt erhebliche Überschneidungen der abgerechneten DRG.<sup>688</sup> Gleichwohl schließen diese fachabteilungsbezogenen Ergebnisse nicht aus, dass in konkreten Einzelfällen sachliche Teilmärkte für die zutreffende Erfassung der Wettbewerbskräfte abgegrenzt werden können.
661. Eine Besonderheit gilt für das **Fachgebiet der Kinder- und Jugendmedizin**, denn hier lassen sich die Wettbewerbsverhältnisse zwar nicht über die DRG-Leistungen, aber über eine Auswertung der Geburtsjahre der Patienten<sup>689</sup> hinreichend genau feststellen. In diesem Fachgebiet hat das Bundeskartellamt im Vergleich zu den übrigen Fachrichtungen Anhaltspunkte für besondere Wettbewerbsbedingungen gesehen, weil Kinder und Jugendliche im Alter von bis zu 18 Jahren andere Bedürfnisse als erwachsene Patienten haben. Dementsprechend werden Kinder und Jugendliche überwiegend in Krankenhäusern mit Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin (Pädiatrie) oder

---

<sup>686</sup> Siehe oben Rn. 292 ff.

<sup>687</sup> Siehe oben Rn. 283.

<sup>688</sup> Siehe die Auswertung oben unter Rn. 292 ff.

<sup>689</sup> § 21 Abs. 2 Nr. 2 lit. d) KHEntgG i.V.m. § 21 Abs. 2 Satz 8 KHEntgG.

## E.Fusionskontrollrechtliche Aspekte

in spezialisierten Kinderkrankenhäusern behandelt. Für Erwachsene stehen diese Einrichtungen nicht zur Verfügung. Ein getrennter Markt wurde auch in diesem Bereich bislang nicht abgegrenzt, denn es kam für das Ergebnis nicht darauf an.<sup>690</sup>

662. Für die Frage des relevanten Sortiments ist auch zu beachten, dass nach der Befragung der Krankenhäuser und der niedergelassenen Ärzte insbes. auch abteilungsübergreifende Kriterien eine maßgebliche Rolle für die Auswahlentscheidung der Patienten spielen. Über 90 Prozent der befragten Krankenhäuser meinten, dass der Ruf des Krankenhauses für die Entscheidung der Patienten sehr bedeutend oder bedeutend ist; als ebenso bedeutend werden Erfahrungen aus früheren Behandlungen eingeschätzt.<sup>691</sup> Die von den Krankenhäusern in der Befragung zusätzlich als relevante Auswahlkriterien angegebenen Merkmale sind ebenfalls fachgebietsübergreifend, wie die Wohnortnähe des Krankenhauses, sein Außenauftritt oder die Trägerschaft.<sup>692</sup>
663. Auch aus Sicht der niedergelassenen Ärzte sind auf das gesamte Krankenhaus bezogene Merkmale für die Krankenhauswahl der Patienten sehr bedeutend oder bedeutend. So schätzten über 90 Prozent der befragten Ärzte die Hygiene- und Infektionsraten sowie die Qualität der Krankenpflege in einem Krankenhaus als sehr bedeutend oder bedeutend für die Patientenwahl ein.<sup>693</sup> Bei den Kriterien, die die Ärzte für die Bewertung der medizinischen Qualität heranziehen, dem aus ihrer Sicht wichtigsten Merkmal, um ein Krankenhaus ihren Patienten zu empfehlen, spielt die enge interdisziplinäre Vernetzung der Behandlung für 90 Prozent der Ärzte eine sehr bedeutende bzw. eine bedeutende Rolle.<sup>694</sup>
664. Hinzu kommt, dass nur rd. 10 Prozent der Krankenhäuser angaben, die aus ihrer Sicht für die strategische Führung des Hauses relevanteste Ebene sei diejenige der Fachabteilungen. 90 Prozent der Krankenhäuser hielten hingegen die Ebene der Betriebsstätte, des Gesamtkrankenhauses, der Krankenhausgruppe oder einer anderen Ebene für maßgeblich.<sup>695</sup> Dabei gaben die Krankenhäuser, die eine andere Ebene als maß-

---

<sup>690</sup> Näheres hierzu in BKartA, Beschl. v. 30.07.2020, B 3-33/20 – *Zentralklinikum Flensburg*, Rn. 206 ff.

<sup>691</sup> Siehe oben Abbildung 76.

<sup>692</sup> Siehe oben Abbildung 77.

<sup>693</sup> Siehe oben Abbildung 79.

<sup>694</sup> Siehe oben Abbildung 80.

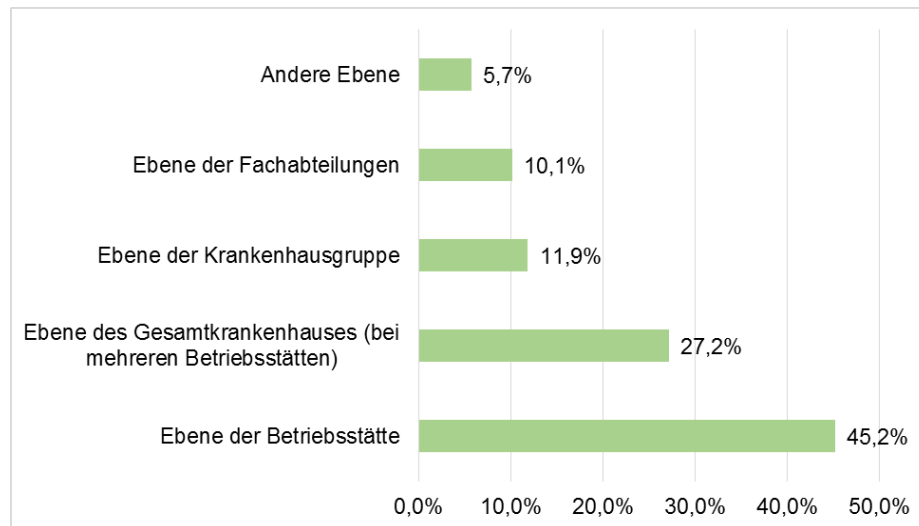
<sup>695</sup> Krankenhausfragebogen, Frage VII.1, Spalte 1.



## E.Fusionskontrollrechtliche Aspekte

geblich angesehen hatten, fachabteilungsübergreifende Organe und Organisationseinheiten, wie den Aufsichtsrat, die Geschäftsführung, den Vorstand, das Direktorium bzw. die Betriebsleitung an.<sup>696</sup>

**Abbildung 103: Anteil der Bezeichnung als wichtigste strategische Ebene des Krankenhauses (N=405)**



665. Angesichts der von den Krankenhäusern angebotenen heterogenen Leistungsbündel und der auf das gesamte Krankenhaus bezogenen Auswahlkriterien der Patienten werden die Verhaltensspielräume und Wettbewerbsverhältnisse bei einem Zusammenschluss von Allgemeinkrankenhäusern, die mehrere Fachgebiete abdecken, zunächst i.d.R. zutreffend dadurch erfasst, dass im ersten Schritt die sachliche Marktabgrenzung als Ausgangspunkt der Prüfung weiter gefasst wird und mit dem Gesamtsortiment der akutstationären Behandlungsdienstleistungen alle Krankenhäuser in die Betrachtung einbezogen werden.<sup>697</sup>
666. Um die tatsächlichen wettbewerblichen Kräfte und Verhaltensspielräume zutreffend zu berücksichtigen, werden wie in anderen Wirtschaftsbereichen die Besonderheiten des Leistungsspektrums der Zusammenschlussbeteiligten im zweiten Schritt bei der Prüfung der wettbewerblichen Auswirkungen des Zusammenschlusses berücksichtigt.<sup>698</sup> Für den Krankenhausbereich bedeutet dies, dass zur Feststellung der wettbewerbli-

<sup>696</sup> Krankenhausfragebogen, Frage VII.1, Spalte 2.

<sup>697</sup> Zustimmung: *Heyers*, Fn. 637, S. 239; *Bretthauer*, Zusammenschlüsse von Krankenhäusern in der Fusionskontrolle, NJW 2006, S. 2887; *Kuchinke/Kallfass*, Aktuelle Kontroversen bezüglich der ökonomischen Beurteilung von Krankenhauszusammenschlüssen in Deutschland, WuW 2006, S. 995.

<sup>698</sup> Für den Bereich der Gleitlager für Großmotoren: BKartA, Beschl. v. 17.01.2019, B 5 - 29/18 – *Miba/Zollern*, Rn. 167.

## E.Fusionskontrollrechtliche Aspekte

chen Nähe die Überschneidungen im Leistungsspektrum anhand der von den Allgemeinkrankenhäusern konkret abgerechneten DRG-Leistungen näher untersucht werden.<sup>699</sup> Beispielsweise könnten zwei fusionierende Allgemeinkrankenhäuser die beiden einzigen Anbieter eines bestimmten Behandlungsbereiches in einer Region sein. Soweit sich die Wettbewerbskräfte in dem Teilbereich deutlich vom allgemeinen Sortimentsmarkt für Krankenhausdienstleistungen unterscheiden, könnte dann eine spezifischere Betrachtung – auch von sachlichen Teilbereichen - geboten sein.<sup>700</sup> Eine detaillierte Analyse und ggf. engere Marktabgrenzung könnte außerdem erforderlich werden, wenn sich ein Allgemeinkrankenhaus mit einer Fachklinik zusammenschließt, die nur ein begrenztes DRG-Spektrum abdeckt. Allerdings hat das Bundeskartellamt im Rahmen der Prüfung einer Übernahme einer spezialisierten Herzklinik im Bereich der Herz- und Kreislauferkrankungen ebenfalls keinen eigenständigen Markt abgegrenzt, weil im konkreten Fall erhebliche Überschneidungen zwischen den spezialisierten Krankenhäusern der Beteiligten und den Allgemeinkrankenhäusern der Region bestanden.<sup>701</sup> In einem neueren Fall wurde eine engere fachabteilungsbezogene Definition des Marktes für herzchirurgische Behandlung erwogen, konnte aber mangels Entscheidungserheblichkeit offen gelassen werden.<sup>702</sup>

667. Kommt es jedoch zu einem Zusammenschlussvorhaben unter Beteiligung von Krankenhäusern mit einem bestimmten begrenzten Leistungsspektrum (bspw. Fachkrankenhäuser), so stehen den Patienten neben den Fachkrankenhäusern die Allgemeinkrankenhäuser für eine Behandlung nur insoweit zur Verfügung, wie diese über ein entsprechendes Behandlungsspektrum verfügen. Das durch den Zusammenschluss betroffene konkrete stationäre Behandlungsspektrum und die wettbewerblichen Handlungsspielräume sollten in einer solchen Fallkonstellation mit einer DRG-bezogenen Betrachtung vertieft untersucht werden.<sup>703</sup>

### bb) Bedeutung von Elektiv- und Notfallpatienten

---

<sup>699</sup> Hierzu siehe unten Rn. 723 ff.

<sup>700</sup> Vgl. BGH, Beschl. v. 16.01.2008, KVR 26/07 - *Kreiskrankenhaus Bad Neustadt*, juris-Rn. 59: „Andererseits könnte es sein, wenn sich der Zusammenschluss in besonderer Weise auf eines oder beide dieser Fachgebiete auswirken würde.“

<sup>701</sup> BKartA, Beschl. v. 08.01.2009, B 3-174/08 – *Universitätsklinikum Freiburg/Herzzentrum Bad Krozingen*, Rn. 43 ff.

<sup>702</sup> Charité/DHZB, B3-67/21, BKartA-Fallbericht vom 7. Juni 2021, S. 4.

<sup>703</sup> In diese Richtung auch: Monopolkommission, XVII. Hauptgutachten, Kap. IV, 2.3.1.1, Rn. 541, BT-Drs. 16/10140, S. 243 f.

## E.Fusionskontrollrechtliche Aspekte

668. Eine Differenzierung des von den Krankenhäusern angebotenen Sortiments nach Elektiv- und Notfallpatienten setzt voraus, dass für diese unterschiedliche Wettbewerbsbedingungen herrschen und die entsprechenden Behandlungsleistungen anhand der verfügbaren Daten hinreichend genau voneinander unterschieden werden können. Als Elektivpatienten sind im wettbewerbsrechtlichen Kontext alle Patienten anzusehen, die das behandelnde Krankenhaus selbst ausgewählt haben. Hierzu zählen sowohl Patienten, die mit einem Einweisungsschein eines niedergelassenen Arztes erscheinen, als auch Patienten, die sich ohne Einweisungsschein in das Krankenhaus begeben haben. Dies betrifft Patienten, die ihren Einweisungsschein vergessen haben, oder die sich in der Notfallambulanz vorstellen, ohne zuvor in einer Praxis eines niedergelassenen Arztes gewesen zu sein. Zu den Notfallpatienten sind im wettbewerbsrechtlichen Kontext diejenigen Fälle zu zählen, die über den Rettungsdienst eingeliefert worden sind, so dass nicht der Patient, sondern der Notarzt bzw. Rettungsassistent die Krankenhauswahl für den Patienten vorgenommen hat.
669. Für die Frage der sachlichen Marktabgrenzung sind keine relevanten Unterschiede im Hinblick auf die Wettbewerbsbedingungen feststellbar: Die Krankenhäuser differenzieren bei Behandlungsspektrum und Qualität nicht zwischen Elektivpatienten und Notfällen, sondern stellen ein einheitliches Angebot für beide Fallgruppen bereit.<sup>704</sup> Die Behandlungen werden auch nicht unterschiedlich vergütet. Zudem gibt es eine Auswahlentscheidung zwischen den Krankenhäusern, die entweder der Patient selbst oder der Rettungsdienst in seinem Interesse trifft.<sup>705</sup>
670. Eine trennscharfe Unterscheidung zwischen den Fällen, in denen der Patient selbst das Krankenhaus ausgewählt hat, und denen, in denen der Notarzt bzw. Rettungsassistent für den Patienten diese Entscheidung getroffen hat, ist ebenfalls nicht durchführbar.
671. In den Krankenhausdaten, die dem Bundeskartellamt vom InEK nach § 21 Abs. 3 Satz 8 KHEntgG für die Zwecke der Fusionskontrolle zur Verfügung gestellt werden, ist auch der Aufnahmearbeit nach § 21 Abs. 2 Nr. 2 lit. e) KHEntgG enthalten. Die Krankenhäuser haben dem InEK hierzu den Aufnahmearbeit mit den folgenden Schlüsselbezeichnungen mitzuteilen:<sup>706</sup>

---

<sup>704</sup> BGH, Beschl. v. 16.01.2008, KVR 26/07 - *Kreiskrankenhaus Bad Neustadt*, juris-Rn. 60; BKartA, Beschl. v. 05.09.2012, B 3-43/12 – *Klinikum Worms/Hochstift*, Rn. 31.

<sup>705</sup> Siehe oben Rn. 647.

<sup>706</sup> Anlage zur Vereinbarung über die Übermittlung von DRG-Daten nach § 21 Abs. 4 und Abs. 5 KHEntgG, Daten nach § 21 KHEntgG – Version 2020 für das Datenjahr 2019, Fortschreibung vom

## E.Fusionskontrollrechtliche Aspekte

**Tabelle 13: Schlüsselbezeichnungen für die Angabe der Aufnahmeanlässe im Datensatz nach § 21 Abs. 2 KHEntgG**

Aufnahmeanlass	Schlüsselbezeichnung
Einweisung durch einen Arzt	E
Einweisung durch einen Zahnarzt	Z
Notfall	N
Aufnahme nach vorangehender Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung	R
Verlegung mit Behandlungsdauer im verlegenden Krankenhaus > 24 h	V
Verlegung mit Behandlungsdauer im verlegenden Krankenhaus < 24 h	A
Geburten	G
Begleitpersonen	B

672. Die Schlüsselbezeichnungen zum Aufnahmeanlass lassen faktisch keine trennscharfe Unterscheidung zwischen den Fällen zu, in denen der Patient selbst das Krankenhaus ausgewählt hat, und den Fällen, in denen der Notarzt bzw. der Rettungsassistent für den Patienten diese Entscheidung getroffen hat. Es fehlt hierzu an einer einheitlichen Definition des Notfallbegriffs, so dass die Krankenhäuser unterschiedliche Patientengruppen mit dem Aufnahmeanlass „N-Notfall“ im Datensatz nach § 21 Abs. 2 Nr. 2 lit. e) KHEntgG kodieren.
673. So bezeichnen die Krankenhäuser in den elektronischen Krankenhausinformationssystemen nicht allein die Fälle der Patienten als Notfälle, die mit dem Rettungsdienst antransportiert werden, sondern auch Fälle von Patienten, die sich selbst mit Erkrankungen in die Notfallaufnahme begeben haben (sog. Selbsteinweiser) oder im Krankenhaus keinen ärztlichen Einweisungsschein vorlegen können.<sup>707</sup> Nach einer im Jahr 2017 durchgeführten Studie<sup>708</sup> waren rd. 41 Prozent der Patienten aus eigenem Entschluss in die Notaufnahme des Krankenhauses gekommen. Zudem fiel danach mehr als die Hälfte der Patienten mangels Behandlungsdringlichkeit nicht unter die Definition eines medizinischen Notfalls.

---

04.12.2019, S. 23, [https://www.g-drg.de/Datenlieferung\\_gem.\\_21\\_KHEntgG/Dokumente\\_zur\\_Datenlieferung/Datensatzbeschreibung](https://www.g-drg.de/Datenlieferung_gem._21_KHEntgG/Dokumente_zur_Datenlieferung/Datensatzbeschreibung).

<sup>707</sup> Zu den Unterschieden siehe BKartA, Beschl. v. 30.07.2020; B 3-33/20 – *Zentralklinikum Flensburg*, Rn. 323.

<sup>708</sup> *Scherer/Lühmann/Kazek/Hansen/Schäfer*, Patienten in Notfallambulanzen, Querschnittstudie zur subjektiv empfundenen Behandlungsdringlichkeit und zu den Motiven, die Notfallambulanzen von Krankenhäusern aufzusuchen, *Dtsch. Ärzteblatt Int.*, 2017, S. 645 ff., <https://www.aerzteblatt.de/archiv/193509/Patienten-in-Notfallambulanzen>.

## E. Fusionskontrollrechtliche Aspekte

674. Von den im Rahmen der Sektoruntersuchung befragten Krankenhäusern waren nur rd. 22 Prozent dazu in der Lage, die Zahl der Einweisungen über Rettungsdienste einzuschätzen.<sup>709</sup> Eine Zuordnung der einzelnen Behandlungsfälle zu Patienten, die als akute medizinische Notfälle mit dem Rettungsdienst antransportiert wurden, kann auch dem Datensatz nach § 21 Abs. 2 KHEntgG nicht entnommen werden. Eine Auswertung der Daten nach den Patienten, die selbst das Krankenhaus ausgewählt haben (Elektivpatienten), und solchen, für die der Rettungsdienst die Auswahl getroffen hat (wettbewerbsrechtliche Notfälle), ist derzeit nicht möglich.
675. Um die Bedeutung der Einweisungen über die Rettungsdienste besser untersuchen zu können, wäre es wünschenswert, wenn in der Anlage zur Vereinbarung über die Übermittlung von DRG-Daten nach § 21 Abs. 4 und Abs. 5 KHEntgG die Codierung N auf medizinische Notfälle begrenzt würde, die über den Rettungsdienst in das Krankenhaus eingewiesen werden. Selbsteinweiser und Patienten ohne Einweisungsschein eines niedergelassenen Arztes könnten von dem Krankenhaus in einer separaten Kategorie S verschlüsselt werden.

### cc) Ergebnis

676. Im Ergebnis ist es für die Zwecke der Feststellung der wettbewerblichen Handlungsspielräume mangels hinreichender Unterscheidbarkeit derzeit weiterhin sachgerecht, im Rahmen der sachlichen Marktabgrenzung beim Zusammenschluss von Allgemeinkrankenhäusern mit mehreren Fachabteilungen, die ein heterogenes Leistungsbündel anbieten, einen Sortimentsmarkt für akutstationäre Krankenhausdienstleistungen zu betrachten. Soweit sich die Wettbewerbskräfte in einem Teilbereich deutlich vom allgemeinen Sortimentsmarkt für Krankenhausdienstleistungen unterscheiden, könnte im Einzelfall eine spezifischere Betrachtung – auch von sachlichen Teilbereichen – geboten sein. Außerdem können Elektivfälle und Notfälle nicht trennscharf unterschieden werden und sind daher derzeit ebenfalls einem einheitlichen Sortimentsmarkt der akutstationären Krankenhausdienstleistungen zuzuweisen.

## 2. Räumliche Marktabgrenzung

677. Wie die sachliche Marktabgrenzung dient auch die räumliche Abgrenzung des relevanten Marktes dazu, die wesentlichen auf die Zusammenschlussbeteiligten wirkenden Wettbewerbskräfte von weniger bedeutsamen Wettbewerbskräften abzugrenzen. Sie

---

<sup>709</sup> Siehe oben Rn. 461.

## E.Fusionskontrollrechtliche Aspekte

erfolgt ebenfalls nach dem Bedarfsmarktkonzept.<sup>710</sup> Demnach ist für die Zusammenschlusskontrolle der Nachfragemarkt räumlich relevant, auf dem sich das Zusammenschlussvorhaben auswirkt.<sup>711</sup> Der räumliche Markt ist die Region, deren Patienten zu einem signifikanten Teil die Krankenhäuser der Zusammenschlussbeteiligten aufgesucht haben. Denn ihre Auswahlentscheidung wird durch den geplanten Zusammenschluss betroffen. Nur hier wirkt sich der Zusammenschluss aus. Regionale Teilmärkte können aus wirtschaftlichen, technischen oder sonstigen tatsächlichen Gegebenheiten resultieren, wobei die tatsächlichen Verbrauchergewohnheiten zu berücksichtigen sind.<sup>712</sup>

678. Das Bundeskartellamt grenzt die räumlich relevanten Krankenhausmärkte anhand der tatsächlich getroffenen und über die Krankenhausdaten des § 21 Abs. 2 KHEntgG zu beobachtenden Auswahlentscheidungen der Patienten ab, in welchem Krankenhaus sie sich haben stationär behandeln lassen. Der räumlich relevante Markt umfasst dabei ein Gebiet, in dem **die Zusammenschlussbeteiligten** ihre Leistungen anbieten, in dem die Wettbewerbsbedingungen hinreichend homogen sind und das sich von den benachbarten Gebieten durch spürbar unterschiedliche Wettbewerbsbedingungen unterscheidet.<sup>713</sup> Ausgangspunkt ist im ersten Schritt das Gebiet, in dem die am Zusammenschlussvorhaben beteiligten Krankenhäuser ihre Behandlungsleistungen anbieten (angebotsseitige Betrachtung).<sup>714</sup> Entscheidendes Kriterium für die räumliche Marktabgrenzung ist aber die nachfragebezogene Betrachtung. Hier wird analysiert, welche Patienten durch den geplanten Zusammenschluss in ihren Auswahlmöglichkeiten beeinflusst werden. Dabei berücksichtigt das Bundeskartellamt, inwieweit Patienten überwiegend Krankenhäuser des Gebiets aufsuchen, in dem sie selber wohnen (Eigenversorgungsanteil) und ob in die Gebiete nicht unerhebliche Einwanderungen aus Nach-

---

<sup>710</sup> Vgl. *Bardong* in: Langen/Bunte, Kartellrecht, 12. Auflage, Bd. 1, § 18 GWB Rn. 44.

<sup>711</sup> BGH, Beschl. v. 16.01.2008, KVR 26/07 - *Kreiskrankenhaus Bad Neustadt*, juris-Rn. 69; OLG Düsseldorf, Beschl. v. 15.12.2010, VI-Kart 6/09 – *Gesundheit Nordhessen*, Beschlussausfertigung, S. 13; BGH, Beschl. v. 8.11.2011, KVZ 14/11, juris-Rn. 11; OLG Düsseldorf, Beschl. v. 23.08.2017, VI-Kart 6/16 (V) – *Edeka/Kaiser's Tengelmann*, juris-Rn. 66; OLG Düsseldorf, Beschl. v. 25.09.2013, VI Kart 4/12 (V) – *Xella/H+H*, juris-Rn. 61.

<sup>712</sup> BGH, Beschl. v. 04.11.2003, KZR 16/02, juris-Rn. 23 mwN.

<sup>713</sup> BGH, Beschl. v. 16.01.2008, KVR 26/07 - *Kreiskrankenhaus Bad Neustadt*, juris-Rn. 69; OLG Düsseldorf, Beschl. v. 15.12.2010, VI-Kart 6/09 – *Gesundheit Nordhessen*, Beschlussausfertigung, S. 13; OLG Düsseldorf, Beschl. v. 14.08.2013, VI-Kart 1/12 (V) - *Signalmarkt*, juris-Rn. 79.

<sup>714</sup> BGH, Fn. 713, Rn. 69; OLG Düsseldorf, Beschl. v. 25.09.2013, VI Kart 4/12 (V) – *Xella/H+H*, juris-Rn. 62.

## E. Fusionskontrollrechtliche Aspekte

bargebieten – insbes. in die Krankenhäuser der Zusammenschlussbeteiligten – bestehen.<sup>715</sup> Suchen die Patienten überwiegend Krankenhäuser des Gebiets auf, in dem sie selber wohnen (hoher Eigenversorgungsanteil), spricht dies für homogene Wettbewerbsbedingungen in diesem Gebiet und die Annahme eines eigenständigen räumlich relevanten Marktes.<sup>716</sup>

679. Gegen diese Vorgehensweise wird eingewendet, dass der so abgegrenzte räumliche Markt auf die Vergangenheit bezogen und zu eng sei, weil keine dynamische Zukunftsbetrachtung erfolge.<sup>717</sup> Vielmehr nähmen die Patienten zunehmend längere Fahrzeiten in Kauf, um eine optimale Behandlung zu erhalten.<sup>718</sup> Deshalb müsse zur Abgrenzung der räumlichen Märkte untersucht werden, welche Krankenhäuser zukünftig von Ärzten empfohlen und von Patienten aufgesucht werden könnten, wenn sich die stationäre Behandlungsqualität der Krankenhäuser der Zusammenschlussparteien verschlechtern würde.<sup>719</sup>
680. Diese Kritik macht sinngemäß geltend, die räumliche Marktabgrenzung des Amtes sei zu eng und führe zur Feststellung wettbewerblicher Probleme, die tatsächlich aber nicht existierten (Fehlertyp I). Das Bundeskartellamt ist im Rahmen der Sektoruntersuchung dieser Frage nachgegangen und hat geprüft, inwieweit die räumlichen Wettbewerbsbeziehungen mit dem aktuellen Konzept des Bundeskartellamts zutreffend abgebildet werden (hierzu unter a). Ferner hat es Vorschläge aus der Literatur untersucht, für die räumliche Marktabgrenzung auf den G-BA-Beschluss zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen abzustellen: Ergibt die Prüfung, dass in einer Region mehr als 5.000 Einwohner leben, die innerhalb einer Fahrzeit von 30 Minuten keine alternative Krankenhauswahl haben, soll der Zusammenschluss in einer Region untersagt werden<sup>720</sup> (hierzu unter b). Außerdem hat sich das Bundeskartellamt mit der Anregung der Monopolkommission befasst, dass mit der Befragung einer repräsentativen Auswahl von

---

<sup>715</sup> Die Vorgehensweise des Amtes zur Abgrenzung der räumlichen Märkte im Einzelfall wird detailliert beschrieben in BKartA, Beschl. v. 30.07.2020, B 3-33/20 – *Zentralklinikum Flensburg*, Rn. 238 ff.

<sup>716</sup> BGH, Beschl. v. 16.01.2008, KVR 26/07 - *Kreiskrankenhaus Bad Neustadt*, juris-Rn. 72.

<sup>717</sup> *Schalast/Sibbel*, Zusammenschlusskontrolle als Wettbewerbshindernis auf den regulierten Infrastrukturmärkten? Der Rhön-Grabfeld-Beschluss und die Praxis des Bundeskartellamts bei Krankenhausfusionen, WuW 2008, S. 565; *Augurzky/Jendges*, Strukturanpassungen im Krankenhausbereich: Notwendige Veränderungen bei der Fusionskontrolle, RWI Position #73, 2019, S. 4, [https://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-positionen/pos\\_073\\_strukturanpassungen\\_im\\_krankenhausbereich.pdf](https://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-positionen/pos_073_strukturanpassungen_im_krankenhausbereich.pdf); *Burholt*, S. 364, Fn. 674.

<sup>718</sup> *Schalast/Sibbel*, S. 565 f., Fn. 717.

<sup>719</sup> *Burholt*, S. 364, Fn. 674.

<sup>720</sup> *Augurzky/Jendges*, Fn. 717, S. 7; verkürzend nur auf die Fahrzeit abstellend: *Burholt*, S. 364, Fn. 674.

## E.Fusionskontrollrechtliche Aspekte

Patienten der am Zusammenschluss beteiligten Krankenhäuser ein genaueres Bild über die räumlichen Wettbewerbsbeziehungen gewonnen werden könne.<sup>721</sup>

### a) Zutreffende Abbildung der räumlichen Wettbewerbskräfte

681. Die Kritik an der Vorgehensweise des Amtes zur räumlichen Marktabgrenzung und die Ansicht, es müsse bereits hier eine Prüfung der Ausweichmöglichkeiten der Patienten auf andere Krankenhäuser erfolgen, berücksichtigt nicht die Grundlagen des Konzepts der Marktabgrenzung im Krankenhausbereich und dessen Funktion im Rahmen der Fusionskontrollprüfung insgesamt. Dieses Konzept beruht auf der Besonderheit des Krankenhausesektors, dass einem bundesweiten Angebot eine regionale Nachfrage gegenübersteht (hierzu unter aa) und dass mit der räumlichen Marktabgrenzung deshalb die Nachfragerseite festgestellt wird, auf die es für die weitere Prüfung ankommt, ohne dabei die Anbieterseite zu begrenzen (hierzu unter bb).

#### aa) Bundesweites Angebot trifft regionale Nachfrage

682. Ein Markt ist der Ort, an dem Angebot und Nachfrage aufeinandertreffen. Dies gilt auch für den Krankenhausbereich. Der Markt ist der Ort, an dem das Angebot akutstationärer Krankenhausdienstleistungen auf behandlungsbedürftige Patienten trifft. Die Krankenhäuser sind nach § 108 SGB V bundesweit zugelassen und bieten ihre akutstationären Krankenhausbehandlungen bundesweit an. Die Patienten suchen Krankenhäuser aber nicht bundesweit auf, sondern zum weit überwiegenden Teil in enger räumlicher Nähe zum Wohnort.<sup>722</sup> Dem bundesweiten Angebot steht also eine räumlich begrenzte Nachfrage gegenüber: Rd. 81 Prozent aller Patienten eines Krankenhauses kommen aus einer Entfernung von bis zu 35 km. Die seit 2008 in der Literatur vertretene Ansicht, die Patienten nähmen zunehmend längere Fahrten in Kauf, um besser behandelt zu werden<sup>723</sup>, wird durch die empirischen Daten so pauschal nicht bestätigt. Die Anfahrtswege der Patienten zum Krankenhaus sind weit überwiegend begrenzt und so können sie dort auch einfacher und kostengünstiger von Familienangehörigen und Freunden besucht werden. Zudem erhalten die Patienten aufschlussreiche Kenntnisse über die Qualität der Krankenhäuser im näheren Umkreis durch Erfahrungsberichte von Bekannten.<sup>724</sup>

---

<sup>721</sup> *Monopolkommission*, Hauptgutachten XVII: Weniger Staat, mehr Wettbewerb, Kap. IV, Rn. 546, BT-Drs. 16/10140, S. 245.

<sup>722</sup> Siehe oben Rn. 549 ff.

<sup>723</sup> *Schalast/Sibbel*, Fn. 717, S. 565 f., so auch unter Hinweis auf angeblich intensive Internetrecherchen der Patienten: *Burholt*, S. 364, Fn. 674.

<sup>724</sup> BGH, Beschl. v. 16.01.2008, KVR 26/07 - *Kreiskrankenhaus Bad Neustadt*, juris-Rn. 71.



## E.Fusionskontrollrechtliche Aspekte

683. Es ist nach der Sektoruntersuchung festzustellen, dass ein Patient nur in Ausnahmefällen ein Krankenhaus außerhalb seiner Wohnsitzregion aufsucht, etwa auf Reisen oder wenn er ein spezifisches medizinisches Behandlungsbedürfnis oder persönliche Kontakte zum behandelnden Krankenhaus hat. Das führt aber nicht dazu, dass aus dem regional begrenzten Markt ein bundesweiter Markt wird. Denn der Markt besteht dort, wo das Behandlungsangebot der zusammenschlussbeteiligten Krankenhäuser auf Patienten trifft, d.h. von diesen angenommen wird. Die Behandlung erfolgt nicht am Ort des Patienten, sondern am Ort des Krankenhauses. Daher „bewegt“ sich nicht die Dienstleistung zum Patienten, sondern der Patient zur Dienstleistung. Damit ist der räumliche Markt der Krankenhäuser dort, wo die Patienten herkommen, die sich in den zusammenschlussbeteiligten Krankenhäusern behandeln lassen.
684. Auch von den niedergelassenen Ärzten erhalten die Patienten für ihre Auswahlentscheidung wichtige Informationen und Empfehlungen, die sich überwiegend auf die in der Umgebung der Arztpraxen liegenden Krankenhäuser beziehen. Die Befragung der niedergelassenen Ärzte im Rahmen der Sektoruntersuchung ergab, dass die Ärzte Veränderungen bei Qualität oder Leistungsspektrum hauptsächlich bei Krankenhäusern wahrnehmen, in deren Gebiet ihre Praxis liegt.<sup>725</sup> Diese Wahrnehmungen beeinflussen maßgeblich das Beratungs- und Empfehlungsverhalten der niedergelassenen Ärzte, wenn einer ihrer Patienten stationär im Krankenhaus behandelt werden muss.<sup>726</sup> Die weit überwiegende Zahl der niedergelassenen Ärzte gibt ihren Patienten Ratschläge zur Krankenhauswahl und schätzt die Bedeutung ihrer Empfehlungen für die Auswahl des Krankenhauses durch die Patienten als sehr hoch ein. Rd. zwei Drittel der befragten Ärzte meinte, dass ihre Patienten der Empfehlung zu über 75 Prozent folgen.<sup>727</sup> Dieser Befund bestätigte sich 2020 im Rahmen der Ärztebefragung im Zusammenschlussfall der Flensburger Krankenhäuser.<sup>728</sup>

### **bb) Abgrenzungskriterien für den relevanten räumlichen Markt**

685. Angesichts der Ausgangslage, dass die Patienten als Nachfrager nicht das bundesweite Angebot der Krankenhäuser in Anspruch nehmen, sondern aufgrund der Informationslage und Bereitschaft nur eine begrenzte Fahrstrecke zum Krankenhaus zu-

---

<sup>725</sup> Siehe oben Rn. 529 ff.

<sup>726</sup> Siehe oben Rn. 533 f.

<sup>727</sup> Siehe oben Rn. 518 ff.

<sup>728</sup> BKartA, Beschl. v. 30.07.2020, B 3-33/20 – *Zentralklinikum Flensburg*, Rn. 225 ff.

## E.Fusionskontrollrechtliche Aspekte

rücklegen, ist für jeden Zusammenschluss neu festzustellen, wo die Patienten der Zusammenschlussbeteiligten herkommen. Danach bestimmt sich dann der räumliche Markt.

686. Der räumliche Markt umfasst nämlich alle Nachfrager, die nach den tatsächlichen Begebenheiten des konkreten Falls als Abnehmer für das Angebot der Zusammenschlussbeteiligten Unternehmen in Betracht kommen und deren Handlungsmöglichkeiten durch den Zusammenschluss betroffen, insbes. eingeschränkt, werden können.<sup>729</sup> Dabei handelt es sich um die Patienten, die sich tatsächlich für eine stationäre Behandlung in einem der vom geplanten Zusammenschluss betroffenen Krankenhäuser entschieden haben.<sup>730</sup> Erhielte der Krankenhausträger mit dem Zusammenschluss zusätzliche Verhaltensspielräume zu Leistungs- oder Qualitätsreduktionen, könnten diese Patienten im Falle unzureichender Ausweichoptionen nachteilig betroffen sein. Der räumliche Markt bestimmt sich daher durch die Wohnorte dieser Patienten.
687. Das Bundeskartellamt ermittelt dementsprechend im Rahmen der räumlichen Markt- abgrenzung anhand der Krankenhausdaten, aus welchen Gebieten die zusammenschlussbetroffenen Nachfrager (Patienten) tatsächlich stammen.<sup>731</sup> Damit wird allein der Kreis der Nachfrager festgelegt, auf den es für die Prognose der wettbewerblichen Wirkungen des geplanten Zusammenschlusses ankommt.<sup>732</sup> Wie auch in anderen Wirtschaftsbereichen dient die Feststellung der relevanten Nachfrager dabei als empirischer Ausgangspunkt für die zu treffende wettbewerbliche Prognoseentscheidung, unterliegt aber selbst nicht der Prognose.<sup>733</sup> Denn eine Prognoseentscheidung ohne em-

---

<sup>729</sup> BGH, Beschl. v. 16.01.2008, KVR 26/07 - *Kreiskrankenhaus Bad Neustadt*, juris-Rn. 69; OLG Düsseldorf, Beschl. v. 15.12.2010, VI-Kart 6/09 – *Gesundheit Nordhessen*, Beschlussausfertigung, S. 13; BGH, Beschl. v. 8.11.2011, KVZ 14/11, Beschlussausfertigung, Rn. 11; OLG Düsseldorf, Beschl. v. 25.09.2013, VI Kart 4/12 (V) – *Xella/H+H*, juris-Rn. 61.

<sup>730</sup> Deshalb sind Patientenbewegungen zu anderen Krankenhäusern, sog. Auswanderungen, für die räumliche Markt- abgrenzung entgegen von *Mareck*, Fusionskontrolle im Krankenhausmarkt, 2020, Siebtes Kapitel, B.II.4, S. 447f. nicht relevant.

<sup>731</sup> Die Vorgehensweise des Amtes zur Abgrenzung der räumlichen Märkte im Einzelfall wird detailliert beschrieben in BKartA, Beschl. v. 30.07.2020, B 3-33/20 – *Zentralklinikum Flensburg*, Rn. 238 ff.

<sup>732</sup> BGH, Beschl. v. 16.01.2008, KVR 26/07 - *Kreiskrankenhaus Bad Neustadt*, juris-69; OLG Düsseldorf, Beschl. v. 14.08.2013, VI-Kart 1/12 (V) - *Signalmarkt*, juris-Rn. 79.

<sup>733</sup> Dies verkennt *Burholt*, S. 364, Fn. 674.

## E. Fusionskontrollrechtliche Aspekte

pirische Grundlage wäre reine Spekulation. Dementsprechend wird auch die Bedarfsprognose im Rahmen der Krankenhausplanung zulässiger Weise aus Daten über die zurückliegende, tatsächlich stattgefundene Entwicklung abgeleitet.<sup>734</sup>

688. Der räumliche Markt sagt nichts darüber aus, zwischen welchen Krankenhäusern sich diese Patienten bei ihrer Auswahl letztlich entschieden haben.<sup>735</sup> Durch die Definition des räumlichen Marktes wird der Kreis der auf der Gegenseite als Anbieter stehenden Krankenhäuser nicht auf die Krankenhäuser begrenzt, die auch im räumlichen Markt liegen, denn alle Krankenhäuser in Deutschland könnten Patienten aus dem räumlichen Markt behandeln.<sup>736</sup> Welche Krankenhäuser die Patienten aufsuchen würden, ist eine Frage der Prognoseentscheidung im Rahmen der Prüfung der wettbewerblichen Auswirkungen des Zusammenschlussvorhabens.<sup>737</sup> Hier werden die mit einem Zusammenschluss zu erwartenden veränderten Marktverhältnisse und die Ausweichmöglichkeiten der Patienten berücksichtigt, wenn es zu einer Verschlechterung bei Leistungsumfang oder Qualität der Beteiligten kommen sollte.
689. Im Ergebnis stellt das Bundeskartellamt mit seinem Konzept auf der Ebene der räumlichen Marktabgrenzung die für die Prüfung relevanten Nachfrager fest und erhält darüber auch die Information, welche Krankenhäuser diese Patienten tatsächlich ausgewählt haben. Diese stehen miteinander im aktuellen Wettbewerb. Damit wird aber keine Aussage über die Ausweichoptionen der Patienten nach dem geplanten Zusammenschluss getroffen. Das ist Gegenstand der wettbewerblichen Bewertung der Situation mit dem Zusammenschluss, also der Prognoseentscheidung. Die in der Literatur gesehene Gefahr von Fehlertyp I, weil tatsächlich als Ausweichoption für die Patienten zur Verfügung stehende Krankenhäuser auf Anbieterseite ausgeblendet würden, besteht insoweit nicht.
690. Die Analyse des räumlichen Marktes ließe sich dadurch weiter optimieren und zugleich der Verwaltungsaufwand erheblich reduzieren, dass dem Bundeskartellamt vom InEK künftig einmal jährlich die anonymisierten Daten nach § 21 Abs. 3 Satz 8 KHEntgG für alle Krankenhausstandorte bundesweit zur Verfügung gestellt werden. Derzeit erhält das Bundeskartellamt vom InEK nur Daten für ausgewählte Krankenhäuser. Dies führt

---

<sup>734</sup> Krankenhausplan 2017 des Landes Schleswig-Holstein, Allgemeiner Teil, Kap. 5.1.1, S. 21, [https://www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/K/krankenhaeuser/Downloads/Krankenhausplan\\_2017\\_Teil\\_A.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=10](https://www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/K/krankenhaeuser/Downloads/Krankenhausplan_2017_Teil_A.pdf?__blob=publicationFile&v=10), unter Hinweis auf BVerwG, Beschl. v. 31.05.2000, 3 B 53/99, juris-Rn. 5 f.

<sup>735</sup> So aber: *Burholt*, S. 364, Fn. 674.

<sup>736</sup> Dies meint auch unzutreffender Weise die *Monopolkommission*, Hauptgutachten XXIII: Wettbewerb 2020, Kap. I, Rn. 156.

<sup>737</sup> BGH, Beschl. v. 16.01.2008, KVR 26/07 - *Kreiskrankenhaus Bad Neustadt*, juris-Rn. 67.

## E.Fusionskontrollrechtliche Aspekte

in jedem einzelnen Zusammenschlussfall zu einem aufwändigen zweistufigen Vorgehen, das im Regelfall mindestens zwei Wochen dauert: Erst legt das Bundeskartellamt das vorsorglich weit gezogene Abfragegebiet fest und listet die darin liegenden Krankenhäuser auf. Dabei achtet es darauf, ob die Daten der Krankenhäuser aus vorangegangenen Abfragen bereits vorhanden sind. Die Liste wird dann dem InEK übermittelt, das diese Liste auf Häuser durchsieht, deren Daten es zur Verfügung stellen kann. Die Liste wird vom InEK entsprechend korrigiert zurückgesandt. Das Bundeskartellamt erstellt auf dieser Grundlage die endgültige Krankenhausliste und übermittelt sie dem InEK. Im zweiten Schritt stellt das InEK die Daten für die auf der endgültigen Liste enthaltenen Krankenhäuser zur Verfügung, die anschließend vom Bundeskartellamt in eine Datenbank importiert werden.

691. Angesichts des bundesweiten Angebots der Krankenhäuser könnte das Bundeskartellamt bei einer einmal jährlichen Datenlieferung seine Datenbasis optimieren und direkt die Wanderungen aller Patienten einer Region auch in deutlich entferntere Krankenhäuser berücksichtigen. Zugleich würde der in jedem Einzelfall durch den fehleranfälligen Listenabgleich entstehende (Korrektur-)Aufwand für Bundeskartellamt und InEK entfallen. Probleme mit fehlenden Krankenhäusern oder doppelt importierten Daten würden vermieden. Zu Gunsten der Zusammenschlussbeteiligten verbliebe mehr Zeit für die Fallprüfung.
692. Es wäre daher wünschenswert, wenn das Bundeskartellamt künftig einmal im Jahr die Falldaten des § 21 Abs. 3 Satz 8 KHEntgG für alle Krankenhausstandorte bundesweit erhielte.

### **b) Fahrzeit von 30 Minuten als Abgrenzungskriterium**

693. Eine räumliche Marktabgrenzung anhand des G-BA-Beschlusses zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen würde zu keinen sachgerechten Ergebnissen führen.
694. Eine Prüfung anhand des G-BA-Beschlusses führt nicht zur Ermittlung des Ortes, an dem Angebot und Nachfrage aufeinandertreffen, sondern gibt diesen vor, ohne ihn empirisch zu belegen.<sup>738</sup> Der Wert von 30 Minuten Fahrzeit leitet sich für die Zwecke der Gewährung von Sicherstellungszuschlägen aus den Erreichbarkeitsstandards in den

---

<sup>738</sup> Kritisch daher auch die Monopolkommission, Hauptgutachten XXIII: Wettbewerb 2020, Kap. I, Rn. 155.

## E. Fusionskontrollrechtliche Aspekte

Raumordnungsgesetzen der Bundesländer ab.<sup>739</sup> Da es keine evidenzbasierten Angaben zu Mindeststandards der Erreichbarkeit gibt, ist die Festlegung solcher Standards eine politische Entscheidung ohne empirische Grundlage.<sup>740</sup> Eine wettbewerbsökonomische Begründung, warum diese Fahrzeitgrenze relevant sein sollte, fehlt.<sup>741</sup>

695. Eine pauschale 30 Minuten-Grenze ist zudem nicht geeignet, die tatsächlichen Verhältnisse hinreichend zu berücksichtigen und damit fehlerhafte Beurteilungen zu verhindern, wie der Fall der Flensburger Krankenhäuser zeigt. Vielmehr bleibt unberücksichtigt, ob das Vorhaben eine städtische Region mit tendenziell geringeren Fahrstrecken<sup>742</sup> oder eine ländlich geprägte Region betrifft, wie z.B. den Norden Schleswig-Holsteins. Dort legen die Patienten nach den Erkenntnissen des Bundeskartellamts in 32,6 Prozent der Fälle eine Fahrzeit von mehr als 30 Minuten zum Krankenhaus zurück.<sup>743</sup> Hätte das Bundeskartellamt in diesem Fall den räumlichen Markt nach der 30 Minuten-Fahrzeit abgegrenzt, wäre Fehlertyp I unterlaufen. Das Projekt wäre mit einer politisch gesetzten Formel untersagt worden, obwohl nach einer empirischen Untersuchung die Freigabe richtig war.

### c) Patientenbefragung

696. Die Monopolkommission hat in der Vergangenheit als alternative Methodik vorgeschlagen, die räumliche Marktabgrenzung durch eine Befragung einer repräsentativen Auswahl von Patienten der Zusammenschlussbeteiligten Krankenhäuser festzustellen. Die Patienten sollen nach Ansicht der Monopolkommission Auskunft darüber geben, welches Krankenhaus sie zu einer stationären Behandlung aufgesucht hätten, wenn es das Krankenhaus nicht gegeben hätte, in dem sie sich tatsächlich behandeln lassen.<sup>744</sup>
697. Dieser Vorschlag birgt zahlreiche Probleme, die insgesamt eine solche Patientenbefragung für eine sachgerechte Marktabgrenzung wenig geeignet erscheinen lassen.<sup>745</sup>

---

<sup>739</sup> Augurzky/Jendges, Fn. 717, Seite 6.

<sup>740</sup> Krankenhausplan 2017 des Landes Schleswig-Holstein, A.5.1.4 Erreichbarkeit, S. 22, Fn. 734.

<sup>741</sup> So zutreffend Schmid, Die Zukunft der Fusionskontrolle im Krankenhaussektor, 2019, veröffentlicht unter: <https://epub.uni-bayreuth.de/4318/>.

<sup>742</sup> Siehe hierzu z.B. die Marktgebiete in der Stadt Köln im Fallbericht B 3-122/18, [www.bundeskartellamt.de](http://www.bundeskartellamt.de).

<sup>743</sup> Siehe BKartA, Beschl. v. 30.07.2020, B 3-33/20 – *Zentralklinikum Flensburg*, Abbildung 9.

<sup>744</sup> *Monopolkommission*, Hauptgutachten XVIII: Weniger Staat, mehr Wettbewerb, Kap. IV, Rn. 546, BT-Drs. 16/10140, S. 245.

<sup>745</sup> Kritisch gegenüber Patientenbefragungen auch Mareck, Fusionskontrolle im Krankenhausmarkt, 2020, Siebtes Kapitel, B.II.2, S. 435.

## E.Fusionskontrollrechtliche Aspekte

Zunächst soll mit der Abgrenzung des relevanten räumlichen Marktes festgestellt werden, auf welche Patienten auf der Marktgegenseite es für die Beurteilung der wettbewerblichen Verhältnisse ankommt, d.h. aus welchen Gebieten eine relevante Patientenzahl in den zusammenschlussbeteiligten Häusern stationär behandelt wird.<sup>746</sup> Die Befragung der Patienten in den zusammenschlussbeteiligten Krankenhäusern kann diese Frage nicht beantworten, weil die Angaben der Patienten der anderen Krankenhäuser fehlen und es somit keine Grundgesamtheit aller Patienten der relevanten Gebiete gibt.

698. Hinzu kommt die praktische Schwierigkeit, eine Patientenbefragung umzusetzen. Um bereits aus dem Krankenhaus entlassene Patienten zu befragen, müssten deren Adressen dem Bundeskartellamt bekannt gemacht werden, wozu aufgrund der geltenden Datenschutzregelungen eine Einwilligung des Patienten vorliegen müsste. Eine solche Einwilligung wird aber regelmäßig vor der Anmeldung eines Zusammenschlussvorhabens nicht erteilt worden sein, so dass diese Personengruppe für eine Befragung ausscheidet. Eine Befragung von Patienten gleichsam „am Krankenbett“ erfordert ebenfalls eine Einwilligung einer hinreichend großen Patientenzahl sowie eine Befragung vor Ort. Eine solche Befragung könnte das Bundeskartellamt nur durch Einschaltung eines Marktforschungsunternehmens als Sachverständigem (§ 57 Abs. 2 GWB) durchführen, was in den engen Fristen der Fusionskontrolle nur schwer durchführbar ist. Hinzu kommen die Probleme bei einer Befragung zum hypothetischen Verhalten im Krankheitsfall. Das Nachfrageverhalten der Patienten wird zuverlässiger durch das tatsächliche Verhalten der Patienten in der Vergangenheit abgebildet als durch Befragungen gesunder Personen zur Wahl des Krankenhauses im Fall einer Erkrankung.<sup>747</sup> Es würde vermutlich selbst aktuellen Patienten im Krankenhaus schwer fallen, eine realistische Prognose ihrer einbezogenen Ausweichalternativen bei Nicht-Verfügbarkeit des gewählten Krankenhauses abzugeben. In sachlicher Hinsicht fehlt den Patienten häufig die notwendige Fachkenntnis zur Bewertung der möglichen Alternativen. In räumlicher Hinsicht ist zu befürchten, dass die in der Befragung angegebene Bereitschaft, weit entfernte Krankenhäuser im Krankheitsfall aufzusuchen, die tatsächliche räumliche Mobilität deutlich überschätzt.
699. Auch die Monopolkommission sieht mittlerweile diese Probleme. Da sie die dargestellte Methode des Bundeskartellamts für praktisch ausgereift hält, rät sie aktuell lediglich zu

---

<sup>746</sup> Siehe oben Rn. 685.

<sup>747</sup> BGH, Beschl. v. 16.01.2008, KVR 26/07 - *Kreis Krankenhaus Bad Neustadt*, juris-Rn. 66.

## E.Fusionskontrollrechtliche Aspekte

einer Validierung der Ergebnisse der Marktabgrenzung im Einzelfall mit Hilfe einer Patientenbefragung.<sup>748</sup>

700. Das Bundeskartellamt führt mittlerweile eine Validierung der anhand der Patientenwanderungen abgegrenzten räumlich relevanten Märkte im Rahmen eines Hauptprüfverfahrens durch, soweit dies angesichts des Vortrags der Zusammenschlussbeteiligten im Einzelfall geboten ist. In Anbetracht der oben dargestellten Schwierigkeiten, Patienten unmittelbar zu befragen, erfolgt die Validierung im Rahmen einer Befragung der niedergelassenen Ärzte als Nachfragedisponenten der Patienten in der zusammenschlussbetroffenen Region. Das Bundeskartellamt fragt die niedergelassenen Ärzte nach der Zahl ihrer Einweisungsempfehlungen für die einzelnen Krankenhäuser. Diese Frage wird bewusst offen gestaltet, damit sie dem Auskunft gebenden Arzt die Möglichkeit gibt, einer vorgegebenen Liste beliebig viele weitere Krankenhäuser hinzuzufügen und für sie die Zahl seiner Einweisungsempfehlungen anzugeben. So können alle aus Sicht der niedergelassenen Ärzte relevanten Krankenhäuser in die Bewertung des räumlich relevanten Marktes einfließen.
701. Die Antworten der Ärzte werden dann nach dem Praxisstandort der niedergelassenen Ärzte ausgewertet. Das bedeutet, dass nicht der Wohnort eines Patienten, sondern der Praxisstandort des Arztes für die Marktabgrenzung im Rahmen der Validierung herangezogen wird. Es wird zum Zwecke der Validierung ermittelt, welcher Anteil der Empfehlungen jeweils für Krankenhäuser im gleichen Marktgebiet und für Krankenhäuser in anderen Gebieten abgegeben wurde.<sup>749</sup>
702. Bei der Bewertung dieser Befragungsergebnisse ist jedoch zu berücksichtigen, dass hieraus nur eine Tendenz entnommen werden kann. Die tatsächlich von den Patienten getroffene Auswahlentscheidung bildet sich allein durch die Fallzahlen der Krankenhäuser ab. Denn das Empfehlungsverhalten der niedergelassenen Ärzte ist nicht mit der Entscheidung des Patienten gleichzusetzen, sondern dieser Entscheidung vorgelegt. Wie die Patienten letztlich mit der Empfehlung umgehen und sich entscheiden, ergibt sich hieraus nicht. Außerdem geben nicht alle niedergelassenen Ärzte ihren Patienten auch tatsächlich einen Ratschlag, wo sie sich stationär behandeln lassen können.

---

<sup>748</sup> *Monopolkommission*, Hauptgutachten XXIII: Wettbewerb 2020, Kap. I, Rn. 157.

<sup>749</sup> So im Zusammenschlusskontrollverfahren zur Zusammenführung der Stiftung der Cellitinnen zur heiligen Maria mit dem „Stiftung der Cellitinnen“ e.V. im Jahr 2018, B 3-122/18, Fallbericht vom 17.12.2018, S. 3.

## E.Fusionskontrollrechtliche Aspekte

703. Die von der Monopolkommission ursprünglich für die räumliche Marktabgrenzung vorgeschlagene Frage an die Patienten, welches Krankenhaus die Patienten zu einer stationären Behandlung aufgesucht hätten, wenn es das Krankenhaus nicht gegeben hätte, in dem sie sich tatsächlich behandeln lassen,<sup>750</sup> greift das Bundeskartellamt inhaltlich ebenfalls im Rahmen der Ärztebefragung auf. Für die Prognose der wettbewerblichen Zusammenschlusswirkungen haben die niedergelassenen Ärzte anzugeben, wie sie die Zahl ihrer Empfehlungen für die zusammenschlussbeteiligten Krankenhäuser verteilt hätten, wenn eines oder mehrere der empfohlenen Krankenhäuser nicht verfügbar gewesen wäre.<sup>751</sup> Hieraus ermittelt das Bundeskartellamt, welcher Anteil der Empfehlungen im Falle von Leistungs- oder Qualitätsverschlechterungen bei den beteiligten Krankenhäusern mit dem geplanten Zusammenschluss vermutlich in einem eigenen Krankenhaus des Trägers aufgefangen würde und welcher Anteil der Fälle an konkurrierende Träger verloren ginge. Anhand der sich ergebenden Auffangquoten lässt sich der wirtschaftliche Anreiz zu Leistungs- bzw. Qualitätsreduktionen ermessen. Eine hohe Auffangquote durch Krankenhäuser desselben Trägers indiziert einen geringen Wettbewerbsdruck und damit einen erhöhten Anreiz zur Gewinnmaximierung durch Leistungs- bzw. Qualitätsreduktion.

### d) Ergebnis

704. Im Krankenhausbereich trifft ein bundesweites Angebot an akutstationären Behandlungsleistungen auf eine regionale Nachfrage. Diese Besonderheit in den Krankenhausmärkten wird durch die Ermittlung der tatsächlichen Patientenströme abgebildet und im Hauptprüfverfahren gegebenenfalls durch eine Ärztebefragung validiert. Die Kriterien des G-BA zum Sicherstellungszuschlag haben sich für die Zwecke der räumlichen Marktabgrenzung bzw. die wettbewerbliche Prüfung nicht als sachgerecht erwiesen. Eine Patientenbefragung stößt an Grenzen durch Vorgaben des Datenschutzes und einen hohen zeitlichen Aufwand bei engen Verfahrensfristen sowie durch ihre begrenzte Aussagekraft.

705. Die Analyse des räumlichen Marktes ließe sich dadurch weiter optimieren und zugleich der Verwaltungsaufwand erheblich reduzieren, dass dem Bundeskartellamt vom InEK künftig einmal jährlich die anonymisierten Daten nach § 21 Abs. 3 Satz 8 KHEntgG für alle Krankenhausstandorte bundesweit zur Verfügung gestellt werden.

---

<sup>750</sup> Monopolkommission, Rn. 546, Fn. 744.

<sup>751</sup> BKartA, Beschl. v. 30.07.2020, B 3-33/20 – *Zentralklinikum Flensburg*, Rn. 392.



### 3. Prüfung der wettbewerblichen Zusammenschlusswirkungen

706. Ein Zusammenschluss, der eine erhebliche Behinderung wirksamen Wettbewerbs, insbes. die Entstehung oder Verstärkung einer marktbeherrschenden Stellung erwarten lässt, ist vom Bundeskartellamt gemäß § 36 Abs. 1 Satz 1 GWB zu untersagen (sog. „SIEC“-Test vom Englischen „significant impediment to effective competition“).<sup>752</sup> Dieser mit der 8. GWB-Novelle im Jahr 2013 eingeführte Prüfungsmaßstab soll eine zweifelsfreie, flexible und damit optimale Erfassung aller potentiell wettbewerblich kritischen Fälle ermöglichen.<sup>753</sup>
707. Die Begründung oder Verstärkung einer marktbeherrschenden Stellung erfüllt als Regelfall stets und ohne zusätzlich zu prüfende Voraussetzungen den Tatbestand einer erheblichen Wettbewerbsbehinderung.<sup>754</sup> Liegt der Regelfall vor, ist die hierzu ergangene umfangreiche Rechtsprechung nach dem Willen des Gesetzgebers weiterhin anwendbar.
708. Daneben sind auch wettbewerblich schädliche Konstellationen zu untersagen, in denen die Voraussetzungen der Einzelmarktbeherrschung nicht erfüllt oder nicht nachweisbar sind. Der SIEC-Test ist damit offener für die Beurteilung von Unternehmenszusammenschlüssen auf Basis einer Analyse der wettbewerblichen Auswirkungen der angemeldeten Transaktion.<sup>755</sup>
709. Die erhebliche Behinderung wirksamen Wettbewerbs kann sich aus unilateralen und aus koordinierten Effekten ergeben, die sich auf dem gleichen Markt auswirken (horizontale Effekte), auf einem vor- bzw. nachgelagerten Markt (vertikale Effekte) oder auf einem Drittmarkt (konglomerate Effekte). Horizontale Zusammenschlüsse können wirksamen Wettbewerb durch unilaterale und durch koordinierte Wirkungen erheblich behindern. Die unmittelbare Wirkung des Zusammenschlusses liegt im Verlust des Wettbewerbs zwischen den zusammengeschlossenen Unternehmen.<sup>756</sup> Innerhalb oligopolistischer Marktstrukturen kann ein Zusammenschluss allein durch die Ausschaltung des Wettbewerbsdrucks zwischen den zusammenschlussbeteiligten Unternehmen und die Verringerung des Wettbewerbsdrucks durch die verbleibenden Wettbewerber dazu

---

<sup>752</sup> § 36 Abs. 1 Satz 1 GWB.

<sup>753</sup> Entwurf eines Achten Gesetzes zur Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (8. GWB-ÄndG), BT-Drs. 17/9852, Begründung, B. Besonderer Teil zu Nummer 20, S. 28.

<sup>754</sup> BGH, Beschl. v. 12.01.2021, KVR 34/20, Rn. 37 – *CTS Eventim/Four Artists*.

<sup>755</sup> 8. GWB-ÄndG, Fn. 753.

<sup>756</sup> Vgl. Leitlinien der EU-Kommission zur Bewertung horizontaler Zusammenschlüsse gemäß der Ratsverordnung über die Kontrolle von Unternehmenszusammenschlüssen, ABl. EU, C 31/5 vom 05.02.2004, Rn. 24.

## E.Fusionskontrollrechtliche Aspekte

führen, dass die Oligopolisten einseitig, ohne Rücksicht auf das Verhalten der anderen Marktteilnehmer, dazu in der Lage sind, ihr bisheriges Angebot zu verschlechtern und z.B. die Produktqualität zu verringern oder das Leistungsangebot einzuschränken (unilaterale Effekte).<sup>757</sup> Im Rahmen der wettbewerblichen Prüfung sind die wettbewerblichen Strukturen und das Wettbewerbsgeschehen auf dem gesamten Markt inklusive vor- und nachgelagerter Ebenen und ggf. betroffener Drittmärkte zu berücksichtigen.

710. Zur Prüfung der wettbewerblichen Auswirkungen des Zusammenschlussvorhabens hat das Bundeskartellamt eine Prognoseentscheidung zu treffen, wie sich der Zusammenschluss auf die Verhaltensspielräume der Beteiligten auswirken wird. Dabei ist die bisherige Wettbewerbslage ohne den Zusammenschluss zukunftsgerichtet mit der Wettbewerbslage zu vergleichen, die durch den und mit dem geplanten Zusammenschluss entstehen wird.<sup>758</sup> Hierzu sind alle relevanten Marktstrukturfaktoren und Wettbewerbsbedingungen im Rahmen einer Gesamtbewertung zu würdigen.<sup>759</sup> Neben der Marktposition der Zusammenschlussbeteiligten sind insbes. die Verhaltensspielräume der Zusammenschlussbeteiligten und der übrigen relevanten Marktteilnehmer im Prognosezeitraum von Belang.

### a) Wettbewerbslage ohne den geplanten Zusammenschluss

711. Ausgangspunkt der wettbewerblichen Beurteilung eines angemeldeten Zusammenschlussvorhabens ist die Situation, wie sie sich im Prognosezeitraum ohne den Zusammenschluss entwickeln würde. Hierbei sind auch Veränderungen zu berücksichtigen, für die auf der Grundlage konkreter Umstände jedenfalls einige Wahrscheinlichkeit spricht. Künftige Veränderungen der Rahmenbedingungen des Wettbewerbs oder bevorstehende Gesetzesänderungen dürfen bei der Prognose dann berücksichtigt werden, wenn sie mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten sind.<sup>760</sup>
712. Grundlage der Prognose ist die wettbewerbliche Stärke der Krankenhäuser im räumlichen Markt, d.h. in dem Gebiet, in dem die vom Zusammenschluss betroffenen Patienten wohnen. Zur Einschätzung der Marktmacht der Zusammenschlussbeteiligten kann auch im Krankenhausbereich der Marktanteil als erstes Indiz im Vergleich zu den übrigen, in dem Gebiet tätigen Krankenhäusern herangezogen werden (hierzu unter

---

<sup>757</sup> *Christiansen/Knebel* in: Münchener Kommentar zum Wettbewerbsrecht, 3. Aufl., § 36 GWB, Rn. 120.

<sup>758</sup> BKartA, Leitfaden Fusionskontrolle, Rn. 12; BGH, Beschl. v. 19.06.2012, KVR 15/11 – *Haller Tagblatt*, juris-Rn. 17.

<sup>759</sup> BKartA, Leitfaden Fusionskontrolle, Rn. 23.

<sup>760</sup> BGH, Beschl. v. 19.06.2012, KVR 15/11 – *Haller Tagblatt*, juris-Rn. 19; *Christiansen/Knebel* in: Münchener Kommentar zum Wettbewerbsrecht, 3. Aufl., § 36 GWB, Rn. 32.

## E. Fusionskontrollrechtliche Aspekte

aa). Angesichts der weiten Sortimentsabgrenzung im Rahmen der sachlichen Markt-  
abgrenzung und der unterschiedlichen Leistungsspektren und Spezialisierungen der  
Krankenhäuser hat das Bundeskartellamt ein Konzept entwickelt, wie die wettbewerb-  
liche Nähe der zusammenschlussbeteiligten Krankenhäuser zueinander und zu kon-  
kurrierenden Krankenhäusern und damit ihre Verhaltensspielräume festgestellt werden  
können (hierzu unter bb). Ferner untersucht das Bundeskartellamt die voraussichtliche  
Entwicklung der wettbewerblichen Verhaltensspielräume im Prognosezeitraum (hierzu  
unter cc).

### aa) Marktanteile

713. Aus den Marktanteilen lassen sich der Erfolg und die Leistungsfähigkeit der Unterneh-  
men ablesen.<sup>761</sup> Dies gilt nach den Feststellungen der Sektoruntersuchung auch für  
den Krankenhausbereich. Die Krankenhäuser verfügen über hinreichende Verhaltens-  
spielräume, um Patienten und die sie beratenden niedergelassenen Ärzte von ihrem  
Angebot im Hinblick auf ihr Leistungsspektrum<sup>762</sup> und die Qualität ihrer akutstationären  
Krankenhausdienstleistungen<sup>763</sup> zu überzeugen und ihre Marktstellung zu verbessern.  
Denn die Patienten treffen die Entscheidung, in welchem Krankenhaus sie sich statio-  
när behandeln lassen, danach, wo sie mit ihrer Erkrankung optimal versorgt werden.  
Für sie haben aus Sicht der Krankenhäuser die Empfehlung der niedergelassenen  
Ärzte, das gute Pflegeangebot, der Ruf des Krankenhauses sowie Erfahrungen aus  
früheren Behandlungen die größte Bedeutung für die Krankenhauswahl.<sup>764</sup> Die befrag-  
ten niedergelassenen Ärzte bestätigten die hohe Bedeutung ihrer Empfehlungen für  
die Patienten.<sup>765</sup> Die Ärzte sprechen ihre Empfehlungen wiederum auf Grundlage der  
von ihnen wahrgenommenen medizinischen Qualität der Krankenhäuser aus.<sup>766</sup> Die  
Krankenhäuser haben auch einen wirtschaftlichen Anreiz dazu, den eröffneten Verhal-  
tensspielraum dazu zu nutzen, im Wettbewerb Patienten zu akquirieren und Abwande-  
rungen zu verhindern.<sup>767</sup>

---

<sup>761</sup> *Bardong* in: Langen/Bunte, Kartellrecht, 13. Aufl., § 18 Rn. 88 mwN

<sup>762</sup> Zu den Verhaltensspielräumen in Bezug auf das Leistungsspektrum siehe oben Rn. 246 ff.

<sup>763</sup> Zu den Spielräumen in Bezug auf die Qualität siehe oben Rn. 423 ff.

<sup>764</sup> Siehe oben Rn. 510 ff.

<sup>765</sup> Siehe oben Rn. 513.

<sup>766</sup> Siehe oben Rn. 518 ff.

<sup>767</sup> Zum wirtschaftlichen Anreiz siehe oben Rn. 569 ff.

## E.Fusionskontrollrechtliche Aspekte

714. Erfolg und Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses spiegeln sich daher insbes. in der Zahl der Patienten, die sich dazu entschieden haben, gerade dort die notwendige stationäre Krankenhausbehandlung durchführen zu lassen. Dementsprechend werden im Krankenhaussektor die Marktanteile aktuell als Fallanteile berechnet.<sup>768</sup>
715. Auf die DRG-Erlöse bezogene Anteilsbetrachtungen geben hingegen derzeit keine Anhaltspunkte für Erfolg und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser im Wettbewerb. Zwar wird auf Märkten mit Preiswettbewerb für die Marktanteilsbetrachtung häufig auf Umsatzanteile abgestellt, weil bei heterogenen Produkten damit automatisch bestehenden Preis- und Qualitätsunterschieden Rechnung getragen wird und sie daher die Bedeutung der Unternehmen im Wettbewerb besser wiedergeben.<sup>769</sup> Aber im Krankenhausbereich ist der Preiswettbewerb derzeit nur schwach ausgeprägt, weil rd. 98 Prozent der stationären Krankenhaüsfallfälle anhand der einheitlichen DRG-Fallpauschalen und ggf. mit bundeseinheitlichen Zusatzentgelten vergütet werden.<sup>770</sup> Die DRG-Erlöse und die Bewertungsrelationen als Kostengewichte und der einheitliche Landesbasisfallwert als ihre Grundlagen dienen vielmehr dazu, den Ressourcenaufwand für die entsprechende DRG landesweit einheitlich finanziell auszugleichen. Ein höherer Erlös folgt dabei nicht einem größeren Erfolg des Krankenhauses, sondern allein aus einer höheren Vergütung für den Behandlungsaufwand. Auch die Leistungsqualität spiegelt sich aktuell nicht in den DRG-Erlösen wieder. Eine qualitätsorientierte Vergütung (sog. Pay-for-Performance-Modell) war bis 2021 in § 136b Abs. 1 Nr. 5 SGB V angelegt und wurde durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) aufgehoben.<sup>771</sup>
716. Für die Frage des Erfolges bei der Patientenakquise geben die Fallanteile ein aussagekräftiges erstes Bild zur Stellung der Unternehmen im Wettbewerb. Ein Abstellen auf die Fallschwere würde dazu führen, die Marktstellung von Krankenhäusern, die als Fachkrankenhäuser oder Maximalversorger besonders aufwändige Behandlungen mit hohen Erlösen durchführen, im Verhältnis zu den Allgemeinkrankenhäusern zu überzeichnen.<sup>772</sup> Dies bedeutet jedoch nicht, dass die Erlösanteile für die wettbewerbliche Prüfung unberücksichtigt bleiben. Vielmehr ergeben sich hieraus Hinweise darauf, in welchem Umfang das Krankenhaus aufwändige Behandlungen erbringt. Dies ist für die

---

<sup>768</sup> Hierzu siehe BGH, Beschl. v. 08.11.2011, KVZ 14/11, juris-Rn. 13 mwN; OLG Düsseldorf, Beschl. v. 15.10.2010, VI-Kart 6/09 – *Gesundheit Nordhessen*, zitiert nach [www.nrwe.de](http://www.nrwe.de), Rn. 151 ff.

<sup>769</sup> Bundeskartellamt, Leitlinien Marktbeherrschung in der Fusionskontrolle, Rn. 28.

<sup>770</sup> Siehe oben Rn. 218 f.

<sup>771</sup> Hierzu siehe oben Rn. 150 ff.

<sup>772</sup> OLG Düsseldorf, Fn. 768.

## E.Fusionskontrollrechtliche Aspekte

weitere Prüfung der wettbewerblichen Nähe der Zusammenschlussbeteiligten zueinander und im Verhältnis zu ihren Wettbewerbern von Bedeutung.<sup>773</sup>

717. Berechnet werden die Marktanteile unter Berücksichtigung aller somatischen stationären DRG-Behandlungsfälle als Sortiment. Die Grundgesamtheit bilden dabei alle DRG-Fälle aus dem abgegrenzten räumlichen Markt. Dabei ist es unerheblich, ob das behandelnde Krankenhaus in dem räumlichen Markt oder außerhalb davon liegt. Denn auch Behandlungsleistungen von Krankenhäusern außerhalb des räumlich relevanten Marktes sind Leistungen in diesem Gebiet, wenn sie von den Nachfragern als Bezugsalternative tatsächlich wahrgenommen werden. Diese Leistungen werden dem Volumen des räumlich relevanten Markts hinzugerechnet und bei der Ermittlung der Marktanteile in diesem Markt berücksichtigt.<sup>774</sup> Die Ansicht, das Bundeskartellamt würde im Rahmen seiner wettbewerblichen Zusammenschlussprüfung Krankenhäuser ausblenden, die außerhalb des Marktgebietes liegen<sup>775</sup>, trifft nicht zu.

### **bb) Wettbewerbliche Nähe**

718. Um die tatsächlichen Verhaltensspielräume der zusammenschlussbeteiligten Krankenhäuser und der konkurrierenden Krankenhäuser im Rahmen des SIEC-Tests zu erfassen, untersucht das Bundeskartellamt zusätzlich ihre wettbewerbliche Nähe in räumlicher und fachlicher Hinsicht. Diese Analyse erfolgt unter Berücksichtigung der Unterschiede in der räumlichen und sachlichen Austauschbarkeit der Krankenhäuser mit ihrem unterschiedlichen Leistungsangebot und Spezialisierungsgrad aus Sicht der Patienten. Denn nur wenn es für die Patienten aus dem relevanten Marktgebiet mit den Krankenhäusern der Wettbewerber im Falle von Leistungs- oder Qualitätseinschränkungen bei einem der zusammenschlussbeteiligten Krankenhäuser im konkreten Fall hinreichende räumliche und fachliche Ausweichoptionen gibt, haben die Zusammenschlussbeteiligten keinen Anreiz zu solchen Verschlechterungen. Diese würden dann nämlich zu Patientenabwanderungen bei den Zusammenschlussbeteiligten führen, die ihren Verhaltensspielraum im Wettbewerb begrenzen.<sup>776</sup>

---

<sup>773</sup> Hierzu siehe nachfolgend Rn. 718 ff.

<sup>774</sup> BGH, Beschl. v. 16.01.2008, KVR 26/07 – *Kreiskrankenhaus Bad Neustadt*, Ls. d) und Rn. 74.

<sup>775</sup> So implizit und unzutreffend *Burholt*, S. 364, Fn. 674.

<sup>776</sup> Zur Begrenzung der Verhaltensspielräume durch Patientenabwanderungen siehe oben Rn. 571 ff.

## E.Fusionskontrollrechtliche Aspekte

### (1) Räumliche Nähe

719. Die Patienten suchen nach den Erkenntnissen aus der Sektoruntersuchung regelmäßig ein Krankenhaus in räumlicher Nähe zu ihrem Wohnort für eine stationäre Behandlung auf. Dabei variiert jedoch die Entfernung, die sie zurücklegen, nach Versorgungsstufen deutlich.<sup>777</sup>
720. Um diese Unterschiede bei der wettbewerblichen Beurteilung zu berücksichtigen, prüft das Bundeskartellamt die Beziehungen der Zusammenschlussbeteiligten nicht allein im gesamten Marktgebiet, sondern auch in den einzelnen fünfstelligen Postleitzahlgebieten, die dieses Gebiet bilden. Auf diese Weise können die Verhaltensspielräume und ihre Beschränkungen durch die Konkurrenten genauer bewertet werden. Hierzu wird erhoben, in welchen Teilgebieten des Marktes die Zusammenschlussbeteiligten besonders starke Anbieter sind und in welchen Gebieten sie ggf. hinreichendem Wettbewerbsdruck ausgesetzt sind.<sup>778</sup> Die Bedeutung des wettbewerblichen Drucks auf die Handlungsspielräume der Zusammenschlussbeteiligten lässt sich daran ermessen, wie wichtig diese Gebiete für die Gesamtfallzahl und die Gesamterlöse der Zusammenschlussbeteiligten sind. Stammen nur geringe Fallzahlen und Umsatzerlöse aus den wettbewerblich geprägten Teilgebieten des Marktes, sind die Verhaltensspielräume der Zusammenschlussbeteiligten tendenziell größer, als wenn aus diesen Gebieten große Anteile ihrer Gesamtfälle und Gesamtumsatzerlöse stammen.

### (2) Fachliche Nähe

721. Bei den akutstationären Krankenhausdienstleistungen handelt es sich um heterogene Leistungen, weil Art, Umfang und Dauer einer stationären Krankenhausbehandlung maßgeblich von der Erkrankung sowie dem Zustand und der Konstitution des Patienten sowie dem individuellen Heilungsverlauf abhängt.<sup>779</sup> Die stationären Behandlungen werden daher im Rahmen des DRG-Systems nicht je Fall mit einem einheitlichen Betrag, sondern nach der Intensität und Schwere des Aufwands mit unterschiedlich hohen Fallpauschalen vergütet. Hinzu tritt, dass die Krankenhäuser je nach Versorgungsstufe ein unterschiedlich breites Spektrum an DRG-Behandlungsleistungen erbringen und dabei auch die Fallzahl je DRG variiert.<sup>780</sup>

---

<sup>777</sup> Siehe oben Rn. 549 f.

<sup>778</sup> Vgl. BKartA, Beschl. v. 30.07.2020, B 3-33/20 – Zentralklinikum Flensburg, Rn. 356 f.

<sup>779</sup> Vgl. OLG Düsseldorf, Beschl. v. 15.10.2010, VI-Kart 6/09 – *Gesundheit Nordhessen*, zitiert nach [www.nrwe.de](http://www.nrwe.de), Rn. 153.

<sup>780</sup> Hierzu siehe oben Rn. 649 ff.

## E.Fusionskontrollrechtliche Aspekte

722. Um den von den Wettbewerbern auf die Zusammenschlussbeteiligten tatsächlich ausgehenden Wettbewerbsdruck im Rahmen des weit abgegrenzten Sortimentsmarktes auch in fachlicher Hinsicht genauer zu erfassen, hat das Bundeskartellamt ein Konzept entwickelt, mit dem es eine Analyse der wettbewerblichen Nähe der Krankenhäuser anhand ihrer jeweiligen Kernbehandlungsleistungen durchführt. Denn je fachlich näher ein Krankenhaus zu den Häusern der Zusammenschlussbeteiligten aufgestellt ist, desto eher können sich die Patienten im Falle von Leistungs- und Qualitätsverlusten dort behandeln lassen und desto eher führt ein Leistungs- oder Qualitätsverlust bei den Zusammenschlussbeteiligten zu Patientenabwanderungen und damit zu einer Begrenzung des Verhaltensspielraums.<sup>781</sup> Eine Fachklinik steht z.B. mit einem Grund- und Regelversorger nur insoweit im Wettbewerb, wie sich das Behandlungsangebot überschneidet. Alle übrigen Leistungen der Fachklinik bzw. des Grund- und Regelversorgers stehen nicht im Wettbewerb. Fachklinik und Grund- und Regelversorger weisen daher regelmäßig eine geringere wettbewerbliche Nähe auf als zwei Fachkliniken derselben Fachrichtung oder zwei Grund- und Regelversorger.
723. Um das Kernbehandlungsspektrum der relevanten Krankenhäuser festzustellen, greift das Bundeskartellamt auf die Daten nach § 21 Abs. 2 KHEntgG zurück und ermittelt anhand der darin enthaltenen DRG-Codierung die jeweiligen Kernbehandlungsleistungen. Bei den Kernbehandlungsleistungen handelt es sich um die nach Fallzahl absteigend sortierten akutstationären Behandlungen nach DRG, auf die zusammen 90 Prozent der Fälle aus dem jeweiligen Krankenhaus entfallen. Diese Betrachtung stellt sicher, dass selten kodierte DRG nicht die Ergebnisse beeinflussen, denn sie könnten von Kodierfehlern beeinflusst sein oder DRG erfassen, die bspw. bei Verlegungen im abgebenden Krankenhaus abgerechnet wurden, ohne dass die eigentliche Behandlung erfolgte. Das Untersuchungskonzept des Bundeskartellamts zur Analyse der wettbewerblichen Nähe beruht auf drei Schritten:
724. Das Bundeskartellamt stellt **im ersten Schritt** für die relevanten Krankenhäuser jeweils Kernleistungsspektrum, Fallzahl im Bereich der Kern-DRG und die Anzahl der Kern-DRG gegenüber. Hieraus wird erkennbar, inwieweit die stationären Behandlungsleistungen, die zum Kernbehandlungsspektrum des einen Krankenhauses zählen, vom Kern-Behandlungsspektrum der anderen Krankenhäuser umfasst sind und welche Häuser in fachlicher Hinsicht bedeutende Wettbewerber sind. Eine große fachliche Nähe hat zur Folge, dass wettbewerbliche Vorstöße die Kernbehandlungsbereiche und große Fallanteile der anderen Krankenhäuser berühren. Diese müssen auf Leistungs-

---

<sup>781</sup> Zur Begrenzung der Verhaltensspielräume durch Patientenabwanderungen siehe oben Rn. 571 ff.

## E.Fusionskontrollrechtliche Aspekte

oder Qualitätsverbesserungen reagieren, um Patientenabwanderungen aus ihrem Haus zu verhindern. Der Wettbewerbsdruck ist dabei umso größer, je mehr Kernbehandlungsleistungen des einen Hauses auch von einem anderen Krankenhaus erbracht werden können.

725. Im Zusammenschlussfall der Flensburger Krankenhäuser erfolgte ein systematischer Vergleich der Leistungsspektren beider Krankenhäuser erstmals auch auf der Grundlage einer Kombination der gegenüber den Kostenträgern abgerechneten DRG mit den im Rahmen der Abrechnung übermittelten ICD-Hauptdiagnosen.<sup>782</sup> In dem Fall zeigte sich, dass anhand der verfügbaren DRG-Falldaten nur eine Annäherung an den tatsächlichen medizinischen Überschneidungsbereich möglich ist, aber keine exakte Bestimmung. Denn die DRG erfassen gleiche Kostengewichte und enthalten zum Teil ganz unterschiedliche ICD-Hauptdiagnosen bzw. Behandlungen und Prozeduren nach dem OPS-Schlüssel, was zu Unschärfen in der wettbewerblichen Analyse bei der Nachfragerstruktur (ICD-Angaben) bzw. der Angebotsstruktur (OPS-Angaben) führen kann. Mit den Angaben zu den Hauptdiagnosen und den Operationen und Prozeduren können die wettbewerblichen Nähebeziehungen der einzelnen Krankenhäuser aus Nachfrager- und Anbietersicht daher zielgenauer festgestellt werden als bisher.
726. In dem Fall hat das Bundeskartellamt die ICD- und OPS-Angaben ergänzend zu den vom InEK zur Verfügung gestellten Datensätzen unmittelbar von den Zusammenschlussbeteiligten angefordert. Das InEK stellt die Angaben zu den Haupt- und Nebendiagnosen sowie zur Art der durchgeführten Operationen und Prozeduren nach § 21 Abs. 2 Nr. 2 lit. f) KHEntgG dem Bundeskartellamt nicht nach § 21 Abs. 3 Satz 8 KHEntgG für die Zwecke der Fusionskontrolle zur Verfügung. So konnte eine entsprechende Auswertung nicht für die konkurrierenden Krankenhäuser der Beteiligten erfolgen.
727. Es wäre daher wünschenswert, wenn das Bundeskartellamt vom InEK im Rahmen der Datenübermittlung nach § 21 Abs. 3 Satz 8 KHEntgG für die Zwecke der Fusionskontrolle zusätzlich je Fall die Angaben zu den Haupt- und Nebendiagnosen sowie zur Art der durchgeführten Operationen und Prozeduren nach § 21 Abs. 2 Nr. 2 lit. f) KHEntgG übermittelt bekäme.
728. Im **zweiten Schritt** untersucht das Bundeskartellamt die wettbewerblichen Verhältnisse im Markt bezogen auf die Kernbehandlungsleistungen der Zusammenschlussbe-

---

<sup>782</sup> BKartA, Beschl. v. 30.07.2020, B 3-33/20 - *Zentralklinikum Flensburg*, Rn. 310 ff.



## E.Fusionskontrollrechtliche Aspekte

teiligten. Hierzu wertet das Bundeskartellamt für alle Krankenhäuser die Fall- und Umsatzanteile für die aus dem Marktgebiet behandelten Kern-DRG-Fälle der Zusammenschlussbeteiligten aus. Mit dieser Analyse wird die Bedeutung der im Marktgebiet tätigen Krankenhäuser im Kernbehandlungsspektrum der Zusammenschlussbeteiligten im Vergleich zur Stellung im Bereich aller stationären Behandlungen festgestellt. Sind die Fallanteile der Wettbewerber bei Betrachtung der Kernbehandlungsleistungen geringer als bei Betrachtung aller Behandlungen, so ist der von ihnen auf die Beteiligten ausgehende Wettbewerbsdruck geringer als es die Marktanteile für alle akutstationären Behandlungen ausweisen.

729. Diese marktbezogene Auswertung kann in einem **dritten Schritt** durch eine Berechnung von synthetischen Umlenkungsquoten zwischen den beteiligten Krankenhäusern und ihren Wettbewerbern anhand der vom InEK nach § 21 Abs. 2 Satz 8 KHEntgG zur Verfügung gestellten Falldaten der Krankenhäuser konzeptionell weiter verfeinert werden. Mit dieser Analyse wird ebenfalls die sachliche Überschneidung der Zusammenschlussbeteiligten unter Berücksichtigung der Herkunftsorte ihrer Patienten und somit ihrer wettbewerbliche Nähe erhoben, um festzustellen, ob die Stellung der Beteiligten bei einer reinen Marktanteilsbetrachtung im Sortimentsmarkt der akutstationären Krankenhausdienstleistungen über- oder unterschätzt wird. Zugleich bietet die Analyse den Vorteil, dass anhand der festgestellten synthetischen Umlenkungsquoten für die wettbewerbliche Prüfung prognostiziert werden kann, welche Krankenhäuser die Patienten im Fall von Leistungs- oder Qualitätseinschränkungen bei den einzelnen Krankenhäusern der Zusammenschlussbeteiligten aufsuchen werden. Die Analyse stellt damit auch eine Alternative zur Befragung von Einweisern nach der hypothetischen Umverteilung von Patienten beim Wegfall eines Anbieters dar.
730. Grundsätzlich bezeichnet die Umlenkungsquote den Umsatzzuwachs für einen Wettbewerber bei einem Umsatzverlust infolge einer Qualitätssenkung oder Preiserhöhung eines Anbieters (sog. „diversion ratio“). In dieser Analyse werden die Umlenkungsquoten zwischen Krankenhäusern anhand tatsächlicher Patientenströme näherungsweise bestimmt. Die Interpretation der berechneten Umlenkungsquoten als Maß für die wettbewerbliche Nähe von Anbietern, d.h. der Austauschbarkeit aus Sicht der Patienten, unterliegt der Annahme, dass sich die Patienten im Fall einer Qualitätssenkung proportional zu den Marktanteilen im zugrundeliegenden Gebiet auf die Wettbewerber verteilen würden. Da die so berechneten Umlenkungsquoten das erwartete Verhalten der Patienten bei einer Qualitätsverschlechterung lediglich annähern können, werden sie im Folgenden einschränkend als *synthetische* Umlenkungsquoten bezeichnet.

## E.Fusionskontrollrechtliche Aspekte

731. Regelmäßig erfolgt die zugrundeliegende Berechnung der Umlenkungsquoten für alle Kombinationen aus 4-stelligen DRG und Wohnortpostleitzahlen des Marktgebietes.
732. Die einzelnen Umlenkungsquoten der DRG-PLZ-Zellen werden anschließend zu Umlenkungsquoten auf Krankenhausebene aggregiert. Die Berechnungsmethode setzt keine Definition eines Marktgebietes voraus und kann ebenfalls für die Summe der 90 Prozent -Einzugsgebiete der zusammenschlussbeteiligten Krankenhäuser angewendet werden. Die Unterscheidung nach DRG und Wohnort-PLZ ermöglicht aus der Sicht von Patienten mit einem bestimmten Behandlungsbedarf und einer gegebenen räumlichen Entfernung zu den umliegenden Krankenhäusern die Berücksichtigung von Unterschieden in der sachlichen und räumlichen Austauschbarkeit der lokalen Krankenhäuser. Anders ausgedrückt wird sichergestellt, dass Patienten des hypothetisch nicht verfügbaren Anbieters nur auf solche Wettbewerber umverteilt werden, welche ebenfalls von Patienten mit dem gleichen Behandlungsbedarf und der gleichen Wohnort-PLZ aufgesucht wurden.
733. Die grundsätzliche Methodik soll an folgendem Beispiel verdeutlicht werden:

**Tabelle 14: Beispiel für die Methodik der Berechnung synthetischer Umlenkungsquoten**

Panel A

<b>Fälle</b>	<b>KH 1</b>	<b>KH 2</b>	<b>KH 3</b>
<b>DRG 3-Steller</b>			
A04	6	1	3
B01	1	6	3

Panel B

<b>DRG-spezifische Umlenkungsquoten KH 1</b>			
		<b>Empfangendes KH</b>	
<b>Abgebendes KH</b>		<b>KH 1</b>	<b>KH 2</b>
KH 1	A04	25%	75%
KH 1	B01	67%	33%
Gesamt		<b>31%</b>	<b>69%</b>

Panel C

<b>DRG-spezifische Umlenkungsquoten KH 2</b>			
		<b>Empfangendes KH</b>	
<b>Abgebendes KH</b>		<b>KH 1</b>	<b>KH 2</b>
KH 2	A04	67%	33%
KH 2	B01	25%	75%
Gesamt		<b>31%</b>	<b>69%</b>

Panel D

<b>Vergleich:</b>	<b>Marktanteile</b>		<b>Ungewichtete Umlenkungsquoten</b>		
	<b>Fälle</b>	<b>Marktanteil</b>	<b>Empfangendes KH</b>		
<b>Abgebende KH</b>			<b>KH 1</b>	<b>KH 2</b>	<b>KH 3</b>
KH 1	7	35%		54%	46%
KH 2	7	35%	54%		46%
KH 3	6	30%	50%	50%	
Gesamt	20	100%			

## E.Fusionskontrollrechtliche Aspekte

734. In dem Beispiel erzielen die als KH 1 und KH 2 bezeichneten Krankenhäuser die gleiche Gesamtfallzahl, jedoch in unterschiedlicher DRG-Verteilung (Panel A). Ohne DRG-Berücksichtigung wären das KH 1 und das KH 2 die beiden größten Anbieter. Die auf DRG-Ebene berechneten synthetischen Umlenkungsquoten zeigen, dass für die DRG des KH 1 das KH 3 den in der Vergangenheit meistgewählten Wettbewerber darstellt (Panel B). Für die DRG des KH 2 erzielt ebenfalls KH 3 den höchsten Fallanteil der Wettbewerber (Panel C). Diese wechselseitige Beziehung unter Wettbewerbern kann in einer einfachen Marktanteilsberechnung oder in Umlenkungsquoten ohne DRG-Berücksichtigung nicht wiedergegeben werden (Panel D). Die Umlenkungsquoten ohne DRG-Berücksichtigung werden berechnet als Fallanteil einzelner Wettbewerber am gemeinsamen Fallanteil aller Wettbewerber. Die Interpretation einer solchen ungewichteten Umlenkungsquote als wettbewerbliche Nähe würde implizit die Annahme erfordern, dass sich die Patienten eines Krankenhauses gleichmäßig nach den Marktanteilen auf die Wettbewerber verteilen würden. Diese Annahme ist jedoch nur dann gerechtfertigt, wenn sich die Leistungsspektren und räumlichen Entfernungen der Wettbewerber nicht wesentlich unterscheiden.
735. Die Interpretation der berechneten synthetischen Umlenkungsquoten als Maß für die Austauschbarkeit aus Patientenperspektive unterliegt der Annahme, dass sich die Patienten bei einem hypothetischen Wegfall oder Qualitätsabfall des ursprünglich gewählten Krankenhauses auf die Wettbewerber entsprechend des Marktanteils der Patienten mit der gleichen gewählten Behandlung (DRG) und der gleichen Wohnort-PLZ verteilen würden („Proportionalitätsannahme“).
736. In der räumlichen Dimension setzt dies voraus, dass sich die Patienten einer DRG innerhalb einer Wohnort-PLZ beim Wegfall eines Anbieters genau entsprechend der Marktanteile der Wettbewerber in der DRG-PLZ-Zelle verteilen würden. Die Plausibilität der Annahme steigt mit zunehmender Unterteilung des Marktgebietes in Teilgebiete (hier: 5-stellige PLZ), da die umliegenden Krankenhäuser für die Patienten in einem kleinen Teilgebiet ähnlich weit entfernt sind. Mit zunehmender Unterteilung des Gebietes steigt jedoch auch der Anteil der DRG, in welchen die Patienten des Teilgebietes nur einen einzelnen Anbieter gewählt haben. Für diese Patienten kann zunächst keine Umlenkungsquote berechnet werden.
737. Auch in sachlicher Hinsicht basiert die Interpretation der Umlenkungsquoten als Maß für die Austauschbarkeit von Wettbewerbern auf der Annahme, dass sich alle Patienten *einer* DRG in einer PLZ im Fall eines hypothetischen Wegfalls eines Anbieters entsprechend der Marktanteile der Wettbewerber in der DRG-PLZ-Zelle verteilen würden. Dabei steigt die Plausibilität der Annahme mit der Anzahl der unterschiedenen DRG (hier:

## E. Fusionskontrollrechtliche Aspekte

4-stellige DRG), da die Wettbewerber *innerhalb* spezifischer DRG weniger differenziert sind.<sup>783</sup> Gleichzeitig steigt mit der Unterteilungstiefe der Anteil der DRG, mit dem die Patienten einer DRG-PLZ-Zelle nur einen Anbieter gewählt haben und folglich nicht auf die Wettbewerber verteilt werden können.

738. Die DRG-PLZ-Zellen, in denen der hypothetisch schließende Anbieter keine Wettbewerber hat, werden innerhalb der gleichen 4-stelligen DRG oder (nachrangig) innerhalb einer komplexeren DRG der gleichen 3-stelligen DRG-Gruppe<sup>784</sup> (bspw. K60B mit K60E) mit der räumlich nächsten PLZ zusammengefasst. Nach der Zusammenfassung verbleiben nur DRG-PLZ-Zellen isoliert, für welche im gesamten Marktgebiet in keiner komplexeren 4-stelligen DRG Wettbewerberumsätze vorliegen.
739. Das Bundeskartellamt führt im Ergebnis mit seinem Konzept im Rahmen der wettbewerblichen Beurteilung detaillierte Analysen der Behandlungsspektren anhand der DRG-Fallpauschalen durch und berücksichtigt auf diese Weise die sachliche Differenzierung des Angebots der Zusammenschlussbeteiligten und ihrer Wettbewerber. Diese Analysen können mit einer Berechnung der synthetischen Umlenkungsquoten weiter verfeinert werden.

### cc) Vertikale Verbindungen zum ambulanten Sektor

740. Das Bundeskartellamt berücksichtigt in den Zusammenschlussverfahren zur Prüfung der Marktstellung der Beteiligten regelmäßig sowohl die von den Zusammenschlussbeteiligten und den Wettbewerbern betriebenen medizinischen Versorgungszentren als auch ihre Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten als Einweiser in die Krankenhäuser.<sup>785</sup>
741. Die Befragung der Krankenhäuser und der niedergelassenen Ärzte im Rahmen der Sektoruntersuchung hat gezeigt, dass die Ratschläge und Empfehlungen der niedergelassenen Ärzte für die Entscheidung der Patienten, welches Krankenhaus sie für eine stationäre Behandlung aufsuchen, sehr wichtig sind und ein sehr großer Teil der

---

<sup>783</sup> Technisch: Für gegebene DRG ist die unbeobachtete Heterogenität zwischen den Wettbewerbern geringer (d.h. die zu erwartende Austauschbarkeit höher) als bei der Analyse von Wettbewerbern ohne DRG-Unterscheidung.

<sup>784</sup> Das Vorgehen folgt der Annahme, dass Patienten einer gegebenen DRG auch in Krankenhäusern behandelt werden könnten, welche im gleichen Jahr eine komplexere DRG der gleichen 3-stelligen DRG-Gruppe erbracht haben.

<sup>785</sup> Siehe BKartA, Beschl. v. 14.05.2014, B 3-135/13 – *Klinikum Esslingen/Kreiskliniken*, Rn. 259 ff. (MVZ) und Rn. 261 f. (Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten).

## E.Fusionskontrollrechtliche Aspekte

Patienten diesem Ratschlag folgt.<sup>786</sup> 2/3 der Ärzte meinen, dass die Quote der Befolgung ihres Rates bei über 75 Prozent liegt. Zudem stellen die niedergelassenen Ärzte die bedeutsamste Einweisergruppe für die Krankenhäuser dar. Von ihnen wird rd. die Hälfte der somatischen Krankenhaufälle eingewiesen.<sup>787</sup>

742. Sowohl die Zahl der Krankenhäuser, die MVZ betreiben, als auch die Zahl derjenigen Häuser, deren MVZ im Umkreis von 25km um das Krankenhaus liegen, steigt im abgefragten Beobachtungszeitraum an. Dabei verfügen mehr Krankenhäuser in den östlichen Bundesländern über solche regionalen MVZ, als in den westlichen Bundesländern.
743. Auch Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten werden von den Krankenhäusern für wichtig gehalten: 54 Prozent der befragten Krankenhäuser sehen Kooperationsvereinbarungen mit niedergelassenen Ärzten als bedeutend oder sehr bedeutend für die Zuweisung von Patienten in ihr Krankenhaus an.<sup>788</sup>
744. Die Krankenhausträger sind daher über den Erwerb eigener Kassenarztsitze in MVZ bzw. über Kooperationsverträge mit niedergelassenen Ärzten dazu in der Lage, bevorzugte Einweisungsempfehlungen für ihr Haus zu erreichen und damit ihre Stellung gegenüber den konkurrierenden Krankenhäusern abzusichern. Sie nehmen diese Möglichkeiten auch zunehmend wahr.
745. Um die wettbewerbliche Stellung der Zusammenschlussbeteiligten und ihrer Wettbewerber sachgerecht zu beurteilen, liefert die Untersuchung der Vernetzung mit dem ambulanten Sektor im Ergebnis wichtige Erkenntnisse.

### dd) Prognose der weiteren Entwicklungen

746. Das Bundeskartellamt bleibt im Rahmen der Wettbewerbsprüfung nicht bei der Feststellung der aktuellen Situation stehen, sondern untersucht zukunftsgerichtet, welche Entwicklungen im Prognosezeitraum wahrscheinlich die wettbewerblichen Handlungsspielräume der Zusammenschlussbeteiligten auch ohne den Zusammenschluss beeinflussen werden. Hierfür stehen verschiedene Prüfungswerkzeuge zur Verfügung.
747. Mit einer Umverteilungsanalyse anhand der synthetischen Umlenkungsquoten kann das Bundeskartellamt eine erste Annäherung an das erwartete Verhalten der Patienten

---

<sup>786</sup> Siehe oben Rn. 517 ff.

<sup>787</sup> Zur Bedeutung der niedergelassenen Ärzte als Einweiser in die Krankenhäuser siehe oben Rn. 453 ff.

<sup>788</sup> Siehe oben Rn. 478.

## E.Fusionskontrollrechtliche Aspekte

bei einer Qualitätsverschlechterung feststellen.<sup>789</sup> Zum Werkzeugkasten des Bundeskartellamts zählt daneben auch die Analyse, welche Krankenhäuser zukünftig von Ärzten empfohlen und von Patienten aufgesucht werden, wenn sich die stationäre Behandlungsqualität der Krankenhäuser der Zusammenschlussparteien unabhängig voneinander verschlechtern würde. Die in der Literatur geäußerte Kritik, dieser Aspekt werde vom Bundeskartellamt nicht berücksichtigt<sup>790</sup>, trifft nicht zu. Vielmehr befragt das Bundeskartellamt hierzu in den Hauptprüfverfahren regelmäßig neben den Krankenhausträgern auch die in der Zusammenschlussbetroffenen Region tätigen niedergelassenen Ärzte.

748. Außerdem werden die Krankenhausträger zu geplanten Baumaßnahmen, Anträgen nach dem Krankenhaus-Strukturfonds und sonstigen Projekten, für die kein Förderantrag gestellt werden soll, sowie zu allgemeinen Veränderungen in den Fachgebieten ihrer Krankenhäuser in den kommenden 3 Jahren befragt. Zu allen Maßnahmen fragt das Bundeskartellamt nach den damit verbundenen Veränderungen im jeweiligen Krankenhaus, wie z.B. Bettenzuwachs oder -abbau, Klinikschließungen, Personalveränderungen, Einführungen von Spezialisierungen oder Zertifizierungen.
749. Bei den niedergelassenen Ärzten wird zur Prognose der weiteren Entwicklung abgefragt, wie sie ihr Empfehlungsverhalten auf der Grundlage der von ihnen beobachteten und in der nächsten Zeit erwarteten Veränderungen in den einzelnen Krankenhäusern in den kommenden 2 Jahren im Vergleich zum Vorjahr einschätzen, d.h. ob sie mehr, weniger oder gleichbleibend viele Einweisungsempfehlungen aussprechen werden. Hieraus kann entnommen werden, wie sich die Einweisungsempfehlungen der niedergelassenen Ärzte in Bezug auf die Zusammenschlussbeteiligten Krankenhäuser und ihre Wettbewerber voraussichtlich entwickeln werden, weil der weit überwiegende Teil der Patienten dem Ratschlag der Ärzte folgt.<sup>791</sup>
750. Das Bundeskartellamt analysiert insbes. auch, welche Krankenhäuser ohne den Zusammenschluss zukünftig von Patienten aufgesucht werden, wenn sich die stationäre Behandlungsqualität der Krankenhäuser der Zusammenschlussparteien verschlechtern sollte, wie dies von der Monopolkommission<sup>792</sup> und in der Literatur<sup>793</sup> befürwortet

---

<sup>789</sup> Zur Methodik der Berechnung der synthetischen Umlenkungsquoten siehe oben Rn. 729 ff.

<sup>790</sup> *Burholt*, S. 364, Fn. 674.

<sup>791</sup> Siehe oben Rn. 518.

<sup>792</sup> *Monopolkommission*, Hauptgutachten XXII: Wettbewerb 2020, Kap. I 3.1, Rn. 157.

<sup>793</sup> *Burholt*, S. 364, Fn. 674.

## E. Fusionskontrollrechtliche Aspekte

wird. Zu diesem Zweck werden die niedergelassenen Ärzte nach ihrem Einweisungsverhalten für den Fall gefragt, dass eines der beteiligten Krankenhäuser nicht verfügbar ist. Die Ärzte, die bislang Empfehlungen für dieses Haus ausgesprochen haben, sollen angeben, wie sie dann die Zahl ihrer Empfehlungen für dieses Haus verteilen würden.<sup>794</sup> Aus den Angaben lassen sich die Umverteilungsquoten errechnen, die deshalb von Bedeutung sind, weil die Einweisungsempfehlungen der Ärzte für die Auswahlentscheidung der Patienten eine maßgebliche Bedeutung haben.<sup>795</sup>

751. Ferner fließt in die Prognose neben allen anderen wettbewerbsrelevanten Änderungen, wie der lokalen Infrastruktur<sup>796</sup> oder des regulatorischen Rahmens ein, ob die Auslastung der Betten, die Belastung des Personals oder kurzfristige Kapazitätsbeschränkungen einer Aufnahme der im Fall von Leistungs- oder Qualitätseinschränkungen abwandernden Patienten durch die anderen Krankenhäuser entgegenstehen. Hierzu erfolgt ein Vergleich des Bettennutzungsgrades<sup>797</sup> und der Personalbelastungszahlen<sup>798</sup> der Zusammenschlussbeteiligten Krankenhäuser und ihrer Wettbewerber sowie der Angaben zu kurzfristigen Kapazitätsbeschränkungen in den 5 pflegesensitiven Bereichen im Sinne von § 1 Abs. 2 PpUGV<sup>799</sup> (Intensivmedizin, Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie, Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie).<sup>800</sup>

### b) Wettbewerbslage mit dem Zusammenschluss

752. Die Wettbewerbssituation ohne Zusammenschluss ist derjenigen mit Zusammenschluss gegenüberzustellen um festzustellen, ob mit dem Zusammenschluss der wirksame Wettbewerb erheblich behindert wird. Dies wäre dann der Fall, wenn sich durch den Zusammenschluss die sich ansonsten ohne ihn ergebende Wettbewerbssituation im Prognosezeitraum derart verändert, dass die Zusammenschlussbeteiligten Verhaltensspielräume zur Einschränkung von Leistungsumfang oder Qualität bekommen, die nicht mehr hinreichend vom Wettbewerb kontrolliert werden. Solche Verhaltensspielräume ergeben sich im Krankenhausbereich dann, wenn es für die Patienten keine

---

<sup>794</sup> Siehe BKartA, Beschl. v. 30.07.2020, B 3-33/20 – *Zentralklinikum Flensburg*, Rn. 392 ff.

<sup>795</sup> Zur hohen Bedeutung der ärztlichen Empfehlungen für die Patienten siehe oben Rn. 513 ff.

<sup>796</sup> BGH, WuW/E DE-R 2327/2337 - *Kreiskrankenhaus Bad Neustadt*, Rn. 79.

<sup>797</sup> Zur Berechnung des Bettennutzungsgrades siehe die Darstellung im Anhang.

<sup>798</sup> Zur Berechnung der Personalbelastungszahl siehe die Darstellung im Anhang.

<sup>799</sup> Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung–PpUGV) vom 28.10.2019, BGBl. I 2019, S. 1492 ff.

<sup>800</sup> BKartA, Beschl. v. 30.07.2020, B 3-33/29 - *Zentralklinikum Flensburg*, Rn. 361 ff.

## E. Fusionskontrollrechtliche Aspekte

ausreichenden Ausweichoptionen zu anderen Krankenhäusern als denen der Zusammenschlussbeteiligten Träger mehr gibt.<sup>801</sup> Wandert in Folge von Leistungs- oder Qualitätsreduktion ein großer Teil in ein anderes Haus des gleichen Trägers, kann eine Leistungs- oder Qualitätsverschlechterung für die Zusammenschlussbeteiligten nach dem Zusammenschluss wirtschaftlich vorteilhaft sein. Im Mittelpunkt der Prognose steht daher die Frage, wohin die Patienten im Fall einer Leistungs- oder Qualitätsreduktion wandern würden.

753. Für diese Prognose kann das Bundeskartellamt neben der ermittelten Marktstruktur die prognostizierte Auffangquote auf Basis der tatsächlichen Patientenwanderungen anhand der diversion ratio<sup>802</sup> heranziehen. Die Umlenkungsquote kann in Hauptprüfverfahren zusätzlich mit Hilfe einer Ärztebefragung ermittelt werden. Stellt sich heraus, dass die Ärzte, die ihren Patienten bislang das Krankenhaus eines Zusammenschlussbeteiligten empfohlen haben, dann, wenn dieses Krankenhaus nicht verfügbar wäre, diesen Patienten ein anderes zusammenschlussbeteiligtes Krankenhaus empfehlen würden, so besteht eine hohe Auffangquote in Bezug auf die abwandernden Patienten. Diese lässt einen wirtschaftlichen Anreiz zu Leistungs- bzw. Qualitätsminderung erwarten. Empfehlen die niedergelassenen Ärzte im Falle der Nichtverfügbarkeit eines Hauses hingegen überwiegend Krankenhäuser anderer Träger, ist die Auffangquote gering. Eine Leistungs- bzw. Qualitätsreduktion ist angesichts von Patientenabwanderungen kaum wirtschaftlich und damit nicht zu erwarten.

### c) Ergebnis

754. Ausgangspunkt für die vom Bundeskartellamt zu treffende Prognoseentscheidung ist auch im Krankenhausbereich die wettbewerbliche Stärke der Zusammenschlussbeteiligten im räumlichen Markt, die nach dem Ergebnis der Untersuchung über den Marktanteil nach Behandlungsfällen als erstes Indiz gut abgebildet wird. Die Unterschiede in der räumlichen und sachlichen Austauschbarkeit der Krankenhäuser aus Sicht der Patienten und die sich hieraus ergebenden Wirkungen auf die Verhaltensspielräume der Zusammenschlussbeteiligten kann das Bundeskartellamt über eine detaillierte Analyse der räumlichen und fachlichen Nähe berücksichtigen. Hierzu wäre es zu begrüßen, wenn das Bundeskartellamt vom InEK im Rahmen der Datenübermittlung nach § 21 Abs. 3 Satz 8 KHEntgG für die Zwecke der Fusionskontrolle zusätzlich je Fall die Angaben zu den Haupt- und Nebendiagnosen sowie zur Art der durchgeführten Operationen und Prozeduren nach § 21 Abs. 2 Nr. 2 lit. f) KHEntgG übermittelt erhielte. Um

---

<sup>801</sup> Siehe oben Rn. 646 ff.

<sup>802</sup> Zum Konzept der diversion ratio siehe oben Rn. 729 ff.



## E. Fusionskontrollrechtliche Aspekte

die wettbewerbliche Stellung der Zusammenschlussbeteiligten und ihrer Wettbewerber sachgerecht zu beurteilen, ist auch die Untersuchung der Vernetzung mit dem ambulanten Sektor sachgerecht. Für die Prognose, welche Verhaltensspielräume und Anreize die Zusammenschlussbeteiligten im Hinblick auf Leistungsangebot und Qualität durch den Zusammenschluss erhalten werden, kann das Bundeskartellamt auf die synthetischen Umlenkungsquoten sowie in Hauptprüfverfahren auf Befragungen von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten zurückgreifen.

### 4. Mit dem Zusammenschluss verbundene Vorteile

755. Die Zusammenschlussbeteiligten verfolgen mit ihren Projekten unterschiedliche Ziele, die sie im Rahmen der Prüfung dem Bundeskartellamt häufig als Vorteile ihres Zusammenschlussprojekts vortragen. Hierzu zählen neben wirtschaftlichen Vorteilen Verbesserungen der medizinischen und pflegerischen Versorgung, die Sicherung von Arbeitsplätzen oder auch die Bewahrung ihres Hauses vor einer drohenden Insolvenz. Nicht alle Vorteile können im Rahmen der Fusionskontrolle berücksichtigt werden. Welche Vorteile berücksichtigungsfähig sind und an welcher Stelle der Prüfung sie Relevanz entfalten, zeigt dieses Kapitel.
756. Grundsätzlich ist zu berücksichtigen, dass das Bundeskartellamt ausschließlich eine wettbewerbliche Prüfung des konkreten Zusammenschlussprojekts durchführt. Rein politische Erwägungen dürfen hierbei keine Rolle spielen, weil das GWB das Bundeskartellamt hierzu nicht ermächtigt. Gesundheitspolitische Entscheidungen anderer Behörden (Ministerien, Planungsbehörden, etc.) gehen insoweit in die Entscheidung des Bundeskartellamts zu einem angemeldeten Zusammenschluss ein, als sie zusammen mit vielen anderen Entwicklungen (z.B. Bevölkerungszahl, Infrastruktur, etc.) den faktischen Kontext darstellen, innerhalb dessen die Auswirkungen des Zusammenschlusses zu prognostizieren sind. Das Prognoseergebnis führt dann zu einer Freigabe bzw. Untersagung, ohne dass dem Bundeskartellamt in § 36 Abs. 1 GWB ein Ermessen eingeräumt wäre: Erfüllt ein geplanter Zusammenschluss die Untersagungs Voraussetzungen, muss er untersagt werden.<sup>803</sup>
757. Außerhalb der wettbewerblichen Betrachtung liegende Erwägungen können in dem System der Wettbewerbskontrolle in Deutschland im Rahmen eines Ministererlaubnisverfahrens nach § 42 GWB geprüft und zu einer Freigabe eines aus rein wettbewerblichen Gründen untersagten Zusammenschlusses führen. Im Krankenhausbereich wurde bislang lediglich die Übernahme des Kreiskrankenhauses Wolgast durch das

---

<sup>803</sup> § 36 Abs. 1 Satz 1 GWB: „Ein Zusammenschluss [...] ist vom Bundeskartellamt zu untersagen.“

## E. Fusionskontrollrechtliche Aspekte

Universitätsklinikum Greifswald im Jahr 2008 durch eine Ministererlaubnis genehmigt, um den Status als Universitätsklinikum und die medizinische Fakultät zu erhalten und den Ausbau des Forschungsbereichs der Community Medicine zu sichern.<sup>804</sup>

758. Das Bundeskartellamt vergleicht bei der Prognose der von dem geplanten Zusammenschluss ausgehenden Wirkungen die Situation ohne den Zusammenschluss mit der Situation, die sich mit dem Zusammenschluss ergeben würde. Nur wenn kausal durch das Zusammenschlussprojekt wirksamer Wettbewerb erheblich behindert wird, ist es zu untersagen. Diese Kausalität fehlt, wenn sich die Situation ohne den Zusammenschluss von derjenigen mit Zusammenschluss nicht unterscheidet, weil das zu übernehmende Krankenhaus ansonsten seinen Betrieb einstellen und die Patienten auch ohne den Zusammenschluss in das Krankenhaus des Erwerbers wandern würden (zu einem solchen Fall der sog. Sanierungsfusion siehe unter a).
759. Darüber hinaus hat das Bundeskartellamt in verschiedenen Zusammenschlussprüfungen in Anlehnung an die Leitlinien der Europäischen Kommission zu horizontalen Zusammenschlüssen<sup>805</sup> vorgetragene Effizienzerwägungen untersucht (hierzu unter b).

### a) Sanierungsfusion

760. Die Kausalität zwischen dem geplanten Zusammenschluss und den Untersagungs Voraussetzungen entfällt nach der Praxis des Bundeskartellamts dann, wenn drei kumulative Voraussetzungen der sog. Sanierungsfusion erfüllt sind:<sup>806</sup>
- das erworbene Unternehmen scheidet ohne die Übernahme durch ein anderes Unternehmen kurzfristig aus dem Markt aus, weil es sanierungsbedürftig und allein nicht überlebensfähig ist,
  - es gibt keinen alternativen Erwerber, der weniger wettbewerblich problematisch ist und
  - die Marktposition des erworbenen Unternehmens würde im Falle seines Ausscheidens aus dem Markt ohnehin dem Erwerber zufallen.

---

<sup>804</sup> Bundesminister für Wirtschaft und Technologie, Verfügung v. 17.04.2008, I B 1 – 221410/03, juris-Rn. 60 ff. (Erhalt des Status als Universitätsklinikum und der med. Fakultät) sowie juris-Rn. 71 (Ausbau der Community Medicine).

<sup>805</sup> Leitlinien der EU-Kommission zur Bewertung horizontaler Zusammenschlüsse gemäß der Ratsverordnung über die Kontrolle von Unternehmenszusammenschlüssen, ABl. EU, C 31/5 vom 05.02.2004.

<sup>806</sup> BKartA, Leitfaden zur Marktbeherrschung in der Fusionskontrolle, Rn. 184; BKartA, Beschl. v. 17.01.2019, B 5-29/18 – *Miba/Zollern*, Rn. 402; *Kallfaß* in: Langen/Bunte, Kartellrecht, 13. Aufl., § 36 Rn. 121.

## E.Fusionskontrollrechtliche Aspekte

761. Grundsätzlich gilt diese Unterbrechung der Kausalität auch im Bereich des Krankenhauswesens. Hier gibt es aufgrund des speziellen Regulierungsrahmens aber verschiedene Besonderheiten.

### aa) Ausscheiden des Unternehmens aus dem Markt

762. Das erste Kriterium setzt ein Ausscheiden des erworbenen Unternehmens aus dem Markt voraus, weil es allein nicht überlebensfähig ist. Ein zugelassenes Krankenhaus darf jedoch nur dann aus dem Markt ausscheiden, wenn der ihm von der Krankenhausplanungsbehörde des jeweiligen Bundeslandes erteilte Versorgungsauftrag vollständig durch andere Häuser in der Region abgedeckt und auch ohne dieses Haus eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, qualitativ hochwertigen Krankenhäusern nach § 1 KHG gewährleistet werden kann.

763. Ist das Krankenhaus für die Sicherstellung der Krankenhausversorgung nicht verzichtbar, so werden dem Krankenhausträger auf Antrag Sicherstellungszuschläge gezahlt mit dem Ziel, das Haus zu erhalten, soweit es erforderlich ist.<sup>807</sup> Denn Voraussetzung für den Zuschlag ist, dass die Versorgung durch ein anderes in dem Bereich tätiges geeignetes Krankenhaus nicht ohne Zuschlag erbracht werden kann. Daraus ergibt sich, dass die Krankenhausplanungsbehörde ein Haus, für das ein Sicherstellungszuschlag gezahlt wird, nicht aus dem Versorgungsauftrag entlassen darf und es dementsprechend auch nicht aus dem Markt ausscheiden darf. Diese Krankenhäuser erfüllen daher bereits aus diesem Grunde regelmäßig nicht die Kriterien der Sanierungsfusion.

764. Ist der aktuelle Träger des Krankenhauses trotzdem nicht dazu in der Lage, das Haus zu halten, sehen die Krankenhausgesetze der Bundesländer bis auf diejenigen von Bayern und Berlin ausdrücklich vor, dass die Sicherstellung der Krankenhausversorgung als öffentliche Aufgabe von den Landkreisen oder Kreisfreien Städten durch Errichtung und Betrieb von Krankenhäusern in eigener Trägerschaft übernommen wird.<sup>808</sup> Dies kann bis zur hoheitlichen Übernahme eines schon bestehenden, bedarfsnotwendigen Krankenhauses gehen.<sup>809</sup> Auch in Bayern und in Berlin besteht nach § 1 KHG

---

<sup>807</sup> Zu den Sicherstellungszuschlägen siehe oben Rn. (5).

<sup>808</sup> Baden-Württemberg: § 3 Abs. 1 LKHG BW; Brandenburg: § 1 Abs. 3 BbgKHEG; Bremen: § 3 Abs. 3 S. 2 BremKrhG; Hamburg: § 3 Abs. 2 Satz 1 HKHG, Mecklenburg-Vorpommern: § 1 Abs. 2 Satz 3 LKHG MV; Niedersachsen: § 1 Satz 2 NKHG; NRW: § 1 Abs. 3 Satz 2 KHGG NRW; Rheinland-Pfalz: § 2 Abs. 2 Satz 2 LKG RP; Sachsen: § 1 Abs. 3 Satz 2 SächsKHG; Sachsen-Anhalt: § 2 Abs. 1 Satz 1 KHG LSA; Thüringen: § 2 ThürKHG.

<sup>809</sup> *Dettling/Würtenberger* in: *Dettling/Gerlach, Krankenhausrecht*, 2. Aufl., § 1 KHG Rn. 111 mwN.

## E. Fusionskontrollrechtliche Aspekte

die staatliche Pflicht zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung, so dass auch hier bedarfsnotwendige Krankenhäuser nicht aus dem Markt ausscheiden dürfen.

765. Hinzu kommt, dass die Kausalitätsunterbrechung grundsätzlich ein Ausscheiden des vollständigen Unternehmens aus dem Markt erfordert.<sup>810</sup> Ist jedoch das Krankenhaus, das im Rahmen des Zusammenschlusses erworben werden soll, Teil einer Unternehmensgruppe, die weiter bestehen bleiben wird, so sind besonders hohe Anforderungen an den Nachweis der Beteiligten über die fehlende Kausalität zu stellen, um Missbräuche zu verhindern. Können die Zusammenschlussbeteiligten zeigen, dass das Krankenhaus gleichwohl zwingend und kurzfristig aus dem Markt ausscheiden würde, können die Anforderungen regelmäßig als erfüllt angesehen werden.<sup>811</sup>

### **bb) Keine weniger wettbewerblich schädliche Alternative**

766. Das zweite Kriterium verlangt, dass der Verkäufer des Krankenhauses nachweist, sich ausreichend um eine anderweitige Veräußerung bemüht zu haben und dass kein anderer Träger für die Übernahme gefunden wurde, dessen Erwerb den Wettbewerb weniger beeinträchtigen würde.<sup>812</sup> Verhandlungen allein mit dem Wunschpartner genügen hier nicht.

### **cc) Zufallen der Marktposition auch ohne den Zusammenschluss**

767. Die Prüfung, inwieweit die Marktposition des erworbenen Unternehmens auch ohne den Zusammenschluss dem Erwerber zufallen würde, kann das Bundeskartellamt im Krankenhausbereich bspw. anhand der synthetischen Umlenkungsquoten durchführen. Denn sie geben an, welche Krankenhäuser die Patienten voraussichtlich aufsuchen werden, wenn das Krankenhaus aus dem Markt ausscheiden sollte.<sup>813</sup>

### **b) Zusammenschlussbedingte Vorteile: Abwägungsklausel und Effizienzvorteile**

768. Vorteile, welche die Zusammenschlussbeteiligten im Zusammenhang mit dem angemeldeten Zusammenschluss vorbringen, untersucht das Bundeskartellamt unter dem Aspekt der sog. Abwägungsklausel nach § 36 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 GWB, wenn sie die Wettbewerbsbedingungen auf anderen Märkten als denjenigen verbessern, auf denen

---

<sup>810</sup> BKartA, Beschl. v. 17.01.2019, B 5-29/18 – *Miba/Zollern*, Rn. 404.

<sup>811</sup> Vgl. hierzu BKartA, Beschl. v. 17.01.2019, B 5-29/18 – *Miba/Zollern*, Rn. 405 ff.

<sup>812</sup> BKartA, Leitfaden zur Marktbeherrschung in der Fusionskontrolle, S. 75.

<sup>813</sup> Zu den synthetischen Umlenkungsquoten anhand der DRG-Falldaten des InEK siehe oben Rn. 729.

## E.Fusionskontrollrechtliche Aspekte

durch den angemeldeten Zusammenschluss eine erhebliche Behinderung wirksamen Wettbewerbs eintritt.

769. Werden demgegenüber Vorteile vorgebracht, die den gleichen Markt betreffen, so untersucht das Bundeskartellamt sie im Rahmen der Prüfung nach dem SIEC-Test als Effizienzvorteile und zieht hierfür die Leitlinien der Europäischen Kommission<sup>814</sup> heran. Da sich die Prüfung des Bundeskartellamts auf die wettbewerblichen Wirkungen der geplanten Transaktion fokussiert, ist es für eine Berücksichtigung vorgetragener Effizienzgewinne erforderlich,

- dass sie nachprüfbar sind,

- der Zusammenschluss unerlässlich für deren Realisierung ist und

- dass eine angemessene Weitergabe der Vorteile an die Nachfrager zu erwarten ist.

Zudem müssen die Effizienzvorteile innerhalb eines überschaubaren Zeitraumes (in der Regel dem Prognosezeitraum für die Beurteilung der wettbewerblichen Wirkungen des Zusammenschlusses) eintreten und die durch den geplanten Zusammenschluss zu erwartenden Wettbewerbsbehinderungen zumindest ausgleichen. Hier kann z.B. die Anzahl der Patienten zu berücksichtigen sein, die von einem verbesserten bzw. zusätzlichen Angebot profitiert. Die Beweislast für die Kriterien liegt bei den Zusammenschlussbeteiligten.<sup>815</sup>

770. Zusammenschlüsse von Krankenhäusern können zu verschiedenen Arten von Effizienzvorteilen führen, zu eher mittelbaren Effizienzvorteilen wie Kosteneinsparungen durch Skalen- und Verbundeffekte oder zu unmittelbaren Verbrauchervorteilen in der Form neuer oder verbesserter Behandlungsleistungen, die sich beispielsweise aus Effizienzvorteilen in den Bereichen Forschung und Entwicklung sowie Innovation ergeben. Das Bundeskartellamt berücksichtigt bei seiner Prüfung alle nachgewiesenen Effizienzvorteile, die fusionspezifisch sind, den Verbrauchern, d.h. den Patienten zugutekommen und die durch den geplanten Zusammenschluss zu erwartenden Wettbewerbsbehinderungen zumindest ausgleichen.

---

<sup>814</sup> Leitlinien der EU-Kommission zur Bewertung horizontaler Zusammenschlüsse gemäß der Ratsverordnung über die Kontrolle von Unternehmenszusammenschlüssen, ABl. EU, C 31/5 vom 05.02.2004.

<sup>815</sup> BKartA, Beschl. v. 30.07.2020, B 3-33/20 – *Zentralklinikum Flensburg*, Rn. 402 ff.; BKartA, Beschl. v. 17.12.2019, B 9-80/19 – *Loomis/Ziemann*, Rn. 459 ff.; BKartA, Beschl. v. 17.01.2019, B 5-29/18 – *Miba/Zollern*, Rn. 368 ff.

## E.Fusionskontrollrechtliche Aspekte

771. Effizienzen aufgrund von Kosteneinsparungen spielen in Krankenhausmärkten nur selten eine Rolle, da in der Regel nicht ersichtlich ist, dass sie den Verbrauchern (Patienten) in der Form einer verbesserten Qualität zugutekommen. Fixkosteneinsparungen wie die Reduktion von Verwaltungskosten fallen dabei grundsätzlich weniger ins Gewicht als die Senkung variabler Kosten.<sup>816</sup> Dagegen sind Effizienzvorteile, die zu einer Verbesserung der Krankenhausleistung für die Patienten führen, durchaus berücksichtigungsfähig.

### **aa) Verbesserte Qualität durch den Zusammenschluss aufgrund höherer Fallzahlen**

772. Von den Zusammenschlussbeteiligten wird häufig geltend gemacht, durch den Zusammenschluss würde die Behandlungsqualität durch eine höhere Fallzahl verbessert. Das Bundeskartellamt hat im Rahmen der Sektoruntersuchung geprüft, inwieweit derartige Vorteile, die als sog. Volume-Outcome-Zusammenhänge bezeichnet werden, die Voraussetzungen berücksichtigungsfähiger Effizienzvorteile erfüllen können und hat einige seiner Überlegungen bereits in konkreten Zusammenschlussfällen angewendet.

#### **(1) Zusammenhang zwischen Behandlungsmenge und Qualität**

773. Das Bundeskartellamt kann bei seiner Prüfung nur solche Vorteile im Rahmen der Effizienzprüfung berücksichtigen, die nachprüfbar belegt sind. Daher wurde untersucht, inwieweit ein solcher Volume-Outcome-Zusammenhang für die Krankenhäuser in Deutschland überhaupt wissenschaftlich belegt ist. Denn jedenfalls in diesen Fällen ist die Schlussfolgerung erlaubt, dass der konkret geplante Zusammenschluss allein über höhere Fallzahlen zu Qualitätsverbesserungen führen wird.

774. Die aktuelle medizinische Studienlage zeigt, dass bei bestimmten Behandlungen und Eingriffen eine höhere Fallzahl zu einem besseren Ergebnis für die Patienten führt. Bei anderen Krankenhausbehandlungen ist ein solcher Zusammenhang derzeit aber nicht statistisch nachweisbar.

775. Viele Studien, die sich mit dem Volume-Outcome-Zusammenhang befassen, beruhen auf Gesundheitsdaten aus den USA. Da die in den Studien vorgenommene Einteilung der Krankenhäuser in solche mit hoher und solche mit geringer Behandlungsmenge auch von den Strukturen der untersuchten Gesundheitssysteme abhängt, ist es zum

---

<sup>816</sup> Leitlinien der EU-Kommission zur Bewertung horizontaler Zusammenschlüsse, Rn. 80.

## E.Fusionskontrollrechtliche Aspekte

Teil unklar, inwieweit diese Erkenntnisse auf andere Gesundheitssysteme übertragbar sind.<sup>817</sup>

776. Für Deutschland wurde im Jahr 2017 eine Studie veröffentlicht, die auf der Grundlage der DRG-Statistik 25 Behandlungsarten daraufhin untersuchte, ob ein Zusammenhang zwischen der jährlichen Fallzahl des behandelnden Krankenhauses und der Krankenhaussterblichkeit zu beobachten ist.<sup>818</sup> Ein solcher Zusammenhang konnte für 17 der 25 Behandlungsarten gezeigt werden. Kein Zusammenhang zwischen Behandlungsmenge und Krankenhaussterblichkeit zeigte sich danach bei Herzinsuffizienz, ischämischem Schlaganfall, Lungenentzündung, Hüftfraktur, nichtinvasive Behandlungen von abdominalen Aortenaneurysmen, Entfernungen der Gallenblase bei Gallensteinleiden (Cholezystektomie bei Cholelithiasis), Operationen bei Leistenbruch sowie der Prostataresektion.
777. Im Jahr 2020 wurde eine weitere Untersuchung zum Volume-Outcome-Zusammenhang auf Basis der Versichertendaten der BARMER Krankenkasse veröffentlicht. Diese untersuchte 11 verschiedene komplexe chirurgische Eingriffe aus 5 Bereichen und stellte bei 3 Eingriffen statistisch signifikante bessere Behandlungsergebnisse in Krankenhäusern mit hoher Fallzahl fest.<sup>819</sup>

---

<sup>817</sup> *Nimptsch/Mansky*, Volume-Outcome-Zusammenhänge in Deutschland, in: Dormann/Klauber/Kuhlen, Qualitätsmonitor 2018, S. 55 f.

<sup>818</sup> *Nimptsch/Mansky*, Hospital volume and mortality for 25 types of inpatient treatment in German hospitals: observational study using complete national data from 2009 to 2014; *BMJ Open* 2017;7:e016184. doi:10.1136/bmjopen-2017-016184, <https://bmjopen.bmj.com/content/7/9/e016184>; die Definition der Behandlungsarten findet sich in der Anlagetabelle 1 zur Studie, veröffentlicht als Supplementary file 1 unter <https://bmjopen.bmj.com/content/7/9/e016184>.

<sup>819</sup> *Augurzky/Decker/Mensen/Reif*, BARMER Krankenhausreport 2020 Volume-Outcome im Krankenhaus, Kap. 2.7, S. 75 ff.

**Tabelle 15: Feststellungen des BARMER Krankenhausreports 2020 zu Volume-Outcome-Beziehungen**

Komplexe chirurgische Eingriffe	Volume-Outcome-Zusammenhang nachweisbar	Volume-Outcome-Zusammenhang nicht nachweisbar
<b>Adipositaschirurgie (bariatrische Chirurgie)</b>		
Magenbypass-Operationen	X	
Schlauchmageneingriffe		X
<b>Behandlung von Bauartenaneurysmen</b>		
offen chirurgische Eingriffe		X
endovaskuläre Eingriffe		X
<b>Behandlung von</b>		
Lokale Exzisionen	X	
Kolonresektionen		X
Rektumresektionen		X
<b>Behandlung von</b>		
Pankreaslinksresektion		X
komplexe Pankreasoperationen inkl. Anastomose	X	
<b>Eingriffe an der Wirbelsäule</b>		
Bandscheibenoperationen		X
Versteifungen		X

778. Für Deutschland haben Untersuchungen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK – WidO außerdem einen Zusammenhang zwischen der Fallzahl und der Qualität bei **Hüft- und Knieprothesenwechseln** belegt.<sup>820</sup>
779. Behandlungsleistungen, für die der G-BA Mindestmengen festgelegt hat, können bei der Prüfung berücksichtigt werden, denn für eine solche Festlegung ist erforderlich, dass anhand wissenschaftlicher Studien belegt ist, dass es bei der betreffenden Behandlung einen erkennbaren Zusammenhang zwischen Menge und Behandlungsqualität gibt.<sup>821</sup>
780. Im April 2021 veröffentlichte das IGES-Institut den Ergebnisbericht einer Studie, die den Zusammenhang zwischen Leistungskonzentration und Qualitätsverbesserung anhand dreier ausgewählter Behandlungen (minimalinvasive Aortenklappenimplantation (TAVI), anatomische Lungenresektion, Hüft-TEP) untersuchte (**IGES-Studie 2021**).<sup>822</sup> Datengrundlage sind die Qualitätsberichte der Krankenhäuser nach § 136b Abs. 1 Nr.

<sup>820</sup> „WidO-Studien belegen Zusammenhang zwischen Fallzahl und Qualität bei Hüft- und Knieprothesenwechseln“, Pressemitteilung des WidO - Wissenschaftliches Institut der AOK vom 28.05.2020, [https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/2020/pm\\_200528\\_wido\\_hueft\\_knieprothesenwechsel.pdf](https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/2020/pm_200528_wido_hueft_knieprothesenwechsel.pdf).

<sup>821</sup> Siehe oben Rn. 175 ff.

<sup>822</sup> *Albrecht/Loos/Irps*, Qualitätsverbesserung durch Leistungskonzentration in der stationären Versorgung, Bestandsaufnahme, Erfolgsfaktoren und Hemmnisse, Berlin, April 2021, [https://www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/verband/zukunftsforum/2021/IGES\\_Gutachten\\_2021.pdf](https://www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/verband/zukunftsforum/2021/IGES_Gutachten_2021.pdf).



## E.Fusionskontrollrechtliche Aspekte

3 SGB V. Prüfungsmaßstab war dabei die Leistungskonzentration der Standorte in entfernungs-basierten Clustern, quantifiziert mittels des Herfindahl-Hirschman-Index (HHI). Dieser Prüfungsmaßstab unterscheidet sich wesentlich von anderen Studien zum Volume-Outcome-Zusammenhang, so dass die Ergebnisse dieser Studie nicht unmittelbar für die Zwecke der Fusionskontrolle herangezogen werden können. Überdies kam die Studie nicht zu eindeutigen Ergebnissen. Sie ging der Frage nach, ob eine zunehmende Leistungskonzentration in der Krankenhausversorgung zu Qualitätsverbesserungen in der Behandlung führt. Bei zwei der drei untersuchten Bereiche (TAVI, Lungenresektion) war die Leistungskonzentration zwischen 2010 und 2018 stark rückläufig, ohne dass eine Beeinträchtigung der Qualität vorlag.<sup>823</sup> Im dritten Bereich (Hüft-TEP) konnte aus den dort vorliegenden Daten nicht geschlussfolgert werden, dass eine Zunahme der Leistungskonzentration zu substantiellen Qualitätsverbesserungen führen würde.<sup>824</sup>

### (2) Untersuchung der Qualitätsverbesserungen im konkreten Fall

781. Bringen die am Zusammenschluss beteiligten Krankenhäuser vor, dass mit dem geplanten Zusammenschluss eine höhere Fallzahl erreicht wird, die zu einer höheren Qualität der Behandlung führt, ist die erwartete Qualitätssteigerung für das konkrete Zusammenschlussprojekt nachprüfbar zu belegen. Soweit die Krankenhäuser sich hierzu auf wissenschaftliche Studien stützen, können sie auf die Maßstäbe und Kriterien der jeweiligen Studien zurückgreifen.
782. Die Studie von *Nimptsch/Mansky* aus dem Jahr 2017, die für **17 verschiedene Behandlungsarten** einen Zusammenhang zwischen Behandlungsmenge und Krankenhaussterblichkeit in Deutschland festgestellt hatte, schätzte die minimale Fallzahl pro Krankenhaus und Jahr, ab der ein unterdurchschnittliches Sterberisiko zu erwarten ist.<sup>825</sup> Für den Bereich der **Hüft- und Knieprothesenwechsel** hat die WidO-Studie jeweils die Höhe des Risikos unterschiedlichen Fallzahlgruppen zugeordnet. Bei den Hüftprothesenwechseln beziehen sich die Fallzahlen auf das Risiko für die Patienten, nach Hüftprothesenwechsel zu versterben<sup>826</sup>, bei den Knieprothesenwechseln auf das Risiko für eine Revision der Knieprothese.<sup>827</sup>

---

<sup>823</sup> IGES-Studie 2021, Fn. 822, S. 64.

<sup>824</sup> IGES-Studie 2021, Fn. 822, S. 62.

<sup>825</sup> *Nimptsch/Mansky*, Seite 14 f., Tabelle 3, siehe oben Fn. 818.

<sup>826</sup> Höheres Risiko nach Hüftprothesenwechsel zu versterben in Kliniken mit geringer Fallzahl, Abbildung 2 zur Pressemitteilung des WidO vom 28.05.2020, siehe Fn. 820.

<sup>827</sup> Höheres Risiko für Revision nach Knieprothesenwechsel in Kliniken mit geringer Fallzahl, Abbildung 3 zur Pressemitteilung des WidO vom 28.05.2020, siehe Fn. 820.

## E.Fusionskontrollrechtliche Aspekte

783. Im Rahmen seiner Prüfung kann das Bundeskartellamt feststellen, ob durch den Zusammenschluss die in den Studien angegebenen Fallzahlschwellen in den jeweiligen Behandlungsgruppen voraussichtlich erstmals überschritten werden und ein geringeres durchschnittliches Sterberisiko bzw. Revisionsrisiko als ohne den Zusammenschluss zu erwarten ist. Soweit nur eines der zusammenschlussbeteiligten Krankenhäuser oder keines von beiden vor dem Zusammenschluss in einer der aufgeführten Behandlungsgruppen tätig ist, führt der Zusammenschluss zu keiner höheren Fallzahl und damit zu keiner Veränderung des Risikos. Zudem ist in der Prognose festzustellen, ob die jeweiligen Behandlungen getrennt an mehreren Standorten erbracht oder an einem Standort zentralisiert werden.
784. Die Studien bestimmen die jeweiligen Krankenhausbehandlungen anhand des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS), der von *Nimptsch/Mansky* mit den Haupt- und Nebendiagnosen (ICD) kombiniert wird. Daher wäre es auch für die Prüfung möglicher Qualitätsverbesserungen durch einen Zusammenschluss wünschenswert, wenn das Bundeskartellamt vom InEK im Rahmen der Datenübermittlung nach § 21 Abs. 3 Satz 8 KHEntgG für die Zwecke der Fusionskontrolle zusätzlich je Fall die Angaben zu den Haupt- und Nebendiagnosen sowie zur Art der durchgeführten Operationen und Prozeduren nach § 21 Abs. 2 Nr. 2 lit. f) KHEntgG übermittelt bekäme.
785. Soweit der G-BA auf der Grundlage von § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V **Mindestmengen** festgelegt hat<sup>828</sup>, kann anhand der Fallzahlen der beteiligten Krankenhäuser festgestellt werden, ob mit dem Zusammenschluss Änderungen zu erwarten sind. Die AOK veröffentlicht zu den einzelnen Mindestmenvorgaben eine Transparenzliste. Hier wird für jedes Krankenhaus, das Behandlungsleistungen aus dem entsprechenden Bereich erbringt, die Fallzahl der Vorjahre sowie eine Prognose für das laufende Jahr abgegeben.<sup>829</sup>

### (3) Unerlässlichheit des Zusammenschlusses für die Vorteile

786. Soweit Qualitätsverbesserungen durch den Zusammenschluss nachgewiesen sind, ist zu zeigen, dass sie ursächlich durch den Zusammenschluss realisiert werden und es keine weniger wettbewerbsbeschränkende Maßnahme gibt, um sie zu erreichen.

---

<sup>828</sup> Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Mindestmengenregelung, Mm-R), veröffentlicht unter: [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2145/Mm-R\\_2020-04-16\\_iK-2020-05-20.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2145/Mm-R_2020-04-16_iK-2020-05-20.pdf).

<sup>829</sup> AOK Mindestmengen-Transparenzliste 2020, Stand: 14.05.2020 veröffentlicht unter: [https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/engagement/mindestmengen/mindestmengen-transparenzliste\\_2020.pdf](https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/engagement/mindestmengen/mindestmengen-transparenzliste_2020.pdf).

## E.Fusionskontrollrechtliche Aspekte

787. Hier kommt es darauf an, ob für die jeweilige Behandlung die Fallzahl bspw. auch über eine Kooperationsvereinbarung erreicht werden könnte<sup>830</sup>, und zu welchem Krankenhaus die Patienten wandern würden, wenn ein Zusammenschlussbeteiligter oder beide Beteiligte die entsprechende Behandlung nicht mehr erbringen sollten. Wandern die Patienten dann voraussichtlich in ein nahe gelegenes anderes Krankenhaus, das höhere Fallzahlen als die Zusammenschlussbeteiligten erreicht und eine bessere Qualität erbringen kann, sind Qualitätsvorteile für die Patienten durch den Zusammenschluss schwer nachweisbar.

### (4) Weitergabe der Vorteile an die Verbraucher

788. Soweit der Zusammenschluss unerlässlich ist, um über eine Fallzahlsteigerung die Qualität zu verbessern, ist zugleich eine angemessene Weitergabe der Vorteile an die Nachfrager zu erwarten. Denn der Vorteil tritt unmittelbar mit der Fallzahlsteigerung ein, ohne dass das Krankenhaus hierzu gesonderte Maßnahmen ergreifen muss.

### bb) Anwerbung von Personal

789. Von den Zusammenschlussbeteiligten wird ebenfalls häufig geltend gemacht, der Zusammenschluss führe zu verbesserten Möglichkeiten, Personal zu gewinnen. Das genügt für eine Effizienzprüfung nicht. Vielmehr ist von den Zusammenschlussbeteiligten nachzuweisen, inwieweit die Situation mit dem geplanten Zusammenschluss zu Vorteilen für die Patienten im Vergleich zur Situation ohne ihn führen wird. Dabei hat ein größeres Krankenhaus nicht immer eine bessere Ausgangslage als ein kleineres Haus, Personal anzuwerben, wie die repräsentative Befragung des Krankenhausbarometers 2019 zeigt.

790. Bei 76 Prozent der Krankenhäuser gibt es Stellenbesetzungsprobleme **im ärztlichen Dienst**, die sich nach Krankenhausgröße und Entwicklung zwischen den Häusern mit 100 bis 299 Betten und den Häusern mit 300 bis 599 Betten nicht merklich unterscheiden.<sup>831</sup>

791. Beim **Pflegepersonal auf Allgemeinstationen** nimmt dagegen der Anteil der von Stellenbesetzungsproblemen betroffenen Häuser mit ihrer Bettenzahl merklich zu. Während bei den Krankenhäusern mit 100 bis 299 Betten 69,3 Prozent davon betroffen sind, sind es bei den Krankenhäusern mit 300 bis 599 Betten bereits 84,4 Prozent und

---

<sup>830</sup> Vgl. auch *Mareck*, Fusionskontrolle im Krankenhausmarkt, 2020, Siebtes Kapitel, C.IV, S. 492.

<sup>831</sup> *Blum/Löffert/Offermanns/Steffen*, Krankenhaus Barometer Umfrage 2019, Deutsches Krankenhausinstitut, Kap. 3.1, Abb. 20, S. 30; [https://www.dki.de/sites/default/files/2019-12/2019\\_Bericht%20KH%20Barometer\\_final.pdf](https://www.dki.de/sites/default/files/2019-12/2019_Bericht%20KH%20Barometer_final.pdf).

## E. Fusionskontrollrechtliche Aspekte

bei den Häusern über 600 Betten 95,2 Prozent.<sup>832</sup> Das gleiche Bild zeigt sich im **Pflegedienst in der Intensivpflege**.<sup>833</sup>

792. Hinzu kommt, dass es bei den Effizienzvorteilen nicht nur isoliert um die Vorteile für die Patienten der Zusammenschlussbeteiligten Krankenhäuser geht. Wäre die Wirkung des Zusammenschlusses, dass die Beteiligten Personal zulasten anderer Krankenhäuser der Region abziehen, wäre den Patienten insgesamt nicht gedient. Vielmehr ist hier eine übergreifende Betrachtung vorzunehmen.
793. Zudem wird insbes. die Unerlässlichkeit des Zusammenschlusses für eine verbesserte Personalsituation zu belegen sein, denn für das Personal spielen insbes. auch die Vergütung, die Arbeitszeitmodelle, Fortbildungsmöglichkeiten, die Familienfreundlichkeit des Arbeitgebers oder die Erreichbarkeit des Arbeitsplatzes eine Rolle.

### cc) Weitere mögliche Effizienzvorteile

794. Im Einzelfall kann auch eine bauliche Maßnahme, die durch den Zusammenschluss erst ermöglicht wird, einen berücksichtigungsfähigen Effizienzvorteil darstellen, soweit dieser fusionsspezifisch ist und die hiermit einhergehenden Verbrauchervorteile konkret belegbar sind. Eine solche Quantifizierung erfolgte beispielsweise im Hinblick auf die Einrichtung eines Hubschrauberlandeplatzes, der für bis zu 600 Notfallpatienten pro Jahr eine wesentliche Verkürzung und Vereinfachung des Transports bedeutet<sup>834</sup>.
795. Inwieweit Verbesserungen in Forschung und Innovation zu belegbaren Verbrauchervorteilen führen, die nach den dargestellten Maßstäben im Rahmen der Fusionsprüfung nach § 36 Abs. 1 GWB berücksichtigungsfähig sind, oder es sich hierbei eher um gesamtwirtschaftliche Vorteile im Sinne von § 42 Abs. 1 GWB handelt, musste bisher nicht entschieden werden<sup>835</sup>.

### c) Ergebnis

796. Das Bundeskartellamt führt ausschließlich eine wettbewerbliche Prüfung des konkreten Zusammenschlussprojekts durch, wobei rein politische Erwägungen keine Rolle spielen dürfen. Von den Zusammenschlussbeteiligten vorgetragene Vorteile, die sie mit dem Zusammenschluss in Verbindung sehen, kann das Bundeskartellamt im Rahmen der Sanierungsfusion oder mit der Abwägungsklausel des § 36 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 GWB bzw. mit dem Konzept der Effizienzvorteile berücksichtigen. Dabei gibt es die

---

<sup>832</sup> Blum/Löffert/Offermanns/Steffen, Fn. 831, Abb. 22, S. 32.

<sup>833</sup> Blum/Löffert/Offermanns/Steffen, Fn. 831, Abb. 24, S. 34.

<sup>834</sup> Charité/DHZB, B3-67/21, BKartA-Fallbericht vom 7. Juni 2021, S. 8.

<sup>835</sup> Zuletzt vgl. Charité/DHZB, B3-67/21, BKartA-Fallbericht vom 7. Juni 2021, S. 8.

## E.Fusionskontrollrechtliche Aspekte

Besonderheit im Krankenhausbereich, dass grundsätzlich nur diejenigen Krankenhäuser für eine Sanierungsfusion in Betracht kommen, die nicht für die Sicherstellung der Patientenversorgung benötigt werden. Krankenhäuser, die bei drohender Schließung bereits wegen des Sicherstellungsauftrags von den betroffenen Landkreisen bzw. kreisfreien Städten in eigener Trägerschaft übernommen würden, drohen nicht ohne weiteres aus dem Markt auszuschneiden, so dass eine Sanierungsfusion kaum in Betracht kommt. Im Rahmen von Abwägungsklausel oder Effizienzvortrag kann das Bundeskartellamt auch das Vorbringen berücksichtigen, dass die Zusammenschlussbeteiligten durch höhere Fallzahlen eine verbesserte Behandlungsqualität erreichen. Die Zusammenschlussbeteiligten müssen hierzu im konkreten Einzelfall höhere Fallzahlen und die Qualitätssteigerung ebenso nachprüfbar belegen wie den Umstand, dass sie ursächlich durch den Zusammenschluss realisiert werden und die durch den geplanten Zusammenschluss zu erwartenden Wettbewerbsbehinderungen zumindest ausgleichen. Entsprechende wissenschaftliche Studien, die einen Zusammenhang zwischen höherer Fallzahl und verbesserter Qualität belegen, können hier hilfreich sein. Im Hinblick auf ein Vorbringen, der geplante Zusammenschluss erleichtere die Anstellung von Personal, wäre von den Zusammenschlussbeteiligten nachzuweisen, inwieweit die Situation mit dem geplanten Zusammenschluss zu Vorteilen für die Patienten der Region im Vergleich zur Situation ohne ihn führen würde. Weitere Effizienzvorträge, z.B. Effizienzen durch Verbesserungen in Forschung und Entwicklung oder durch Baumaßnahmen<sup>836</sup>, wird das Bundeskartellamt berücksichtigen, wenn die Vorteile für die Patienten nachgewiesen und zusammenschlussbedingt sind und die durch den geplanten Zusammenschluss zu erwartenden Wettbewerbsbehinderungen zumindest ausgleichen.<sup>837</sup>

### 5. Ergebnis der Schlussfolgerungen für die wettbewerbliche Prüfung

797. Die Sektoruntersuchung hat gezeigt, dass es für die Zwecke der Feststellung der wettbewerblichen Handlungsspielräume beim Zusammenschluss von Allgemeinkrankenhäusern mit mehreren Fachabteilungen und heterogenem Leistungsbündel weiterhin sachgerecht ist, in sachlicher Hinsicht einen Sortimentsmarkt für akutstationäre Krankenhausdienstleistungen zu betrachten, der sowohl Elektivfälle als auch Notfälle um-

---

<sup>836</sup> Charité/DHZB, B3-67/21, BKartA-Fallbericht vom 7. Juni 2021, S. 8 f.

<sup>837</sup> Leitlinien der EU-Kommission zur Bewertung horizontaler Zusammenschlüsse gemäß der Ratsverordnung über die Kontrolle von Unternehmenszusammenschlüssen, ABl. EU, C 31/5 vom 05.02.2004.

## E.Fusionskontrollrechtliche Aspekte

fasst. Soweit sich in einem Teilbereich die Wettbewerbskräfte deutlich vom allgemeinen Sortimentsmarkt für Krankenhausdienstleistungen unterscheiden, könnte im Einzelfall eine spezifischere Betrachtung geboten sein.

798. Mit der räumlichen Marktabgrenzung bestimmt das Bundeskartellamt, welche Patienten aus welchem Gebiet von dem Zusammenschlussvorhaben in ihren Auswahloptionen betroffen sind. Da ein bundesweites Angebot an akutstationären Behandlungsleistungen auf eine regionale Nachfrage trifft, bildet das Bundeskartellamt die Krankenhausmärkte durch die Ermittlung der tatsächlichen Patientenströme ab und validiert sie im Hauptprüfverfahren gegebenenfalls durch eine Ärztebefragung. Die G-BA-Kriterien zum Sicherstellungszuschlag haben sich für die Zwecke der räumlichen Marktabgrenzung bzw. für die wettbewerbliche Prüfung nicht als sachgerecht erwiesen. Eine Patientenbefragung stößt an Grenzen durch Vorgaben des Datenschutzes und einen hohen zeitlichen Aufwand bei engen Verfahrensfristen sowie durch ihre begrenzte Aussagekraft.
799. Die Analyse des räumlichen Marktes ließe sich bei erheblich reduziertem Verwaltungsaufwand weiter optimieren, wenn das InEK dem Bundeskartellamt künftig einmal jährlich die anonymisierten Daten nach § 21 Abs. 3 Satz 8 KHEntgG für alle Krankenhausstandorte bundesweit zur Verfügung stellte.
800. Ausgangspunkt für die vom Bundeskartellamt zu treffende Prognoseentscheidung ist auch im Krankenhausbereich die wettbewerbliche Stärke der Zusammenschlussbeteiligten im räumlichen Markt, die nach dem Ergebnis dieser Sektoruntersuchung über den Marktanteil nach Behandlungsfällen als erstes Indiz gut abgebildet wird. Die Unterschiede in der räumlichen und sachlichen Austauschbarkeit der Krankenhäuser aus Sicht der Patienten und die sich hieraus ergebenden Wirkungen auf die Verhaltensspielräume der Zusammenschlussbeteiligten kann das Bundeskartellamt über eine detaillierte Analyse der räumlichen und fachlichen Nähe berücksichtigen. Hierzu wäre es zu begrüßen, wenn das Bundeskartellamt vom InEK im Rahmen der Datenübermittlung nach § 21 Abs. 3 Satz 8 KHEntgG für die Zwecke der Fusionskontrolle zusätzlich je Fall die Angaben zu den Haupt- und Nebendiagnosen sowie zur Art der durchgeführten Operationen und Prozeduren nach § 21 Abs. 2 Nr. 2 lit. f) KHEntgG übermittelt erhielte. Um die wettbewerbliche Stellung der Zusammenschlussbeteiligten und ihrer Wettbewerber sachgerecht zu beurteilen, ist auch die Untersuchung der Vernetzung mit dem ambulanten Sektor sachgerecht. Für die Prognose, welche Verhaltensspielräume und Anreize die Zusammenschlussbeteiligten im Hinblick auf Leistungsangebot und Qualität durch den Zusammenschluss erhalten werden, kann das Bundeskartellamt auf die

## E.Fusionskontrollrechtliche Aspekte

synthetischen Umlenkungsquoten sowie in Hauptprüfverfahren auf die Befragung von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten zurückgreifen.

801. Tragen die Zusammenschlussbeteiligten Vorteile vor, die sie mit dem Zusammenschluss in Verbindung sehen, kann das Bundeskartellamt sie im Rahmen der Sanierungsfusion oder mit der Abwägungsklausel des § 36 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 GWB bzw. mit dem Konzept der Effizienzvorteile berücksichtigen. Dabei ist zu beachten, dass das Bundeskartellamt eine ausschließlich wettbewerbliche Prüfung des konkreten Vorhabens durchführt. Tragen die Zusammenschlussbeteiligten eine verbesserte Behandlungsqualität durch höhere Fallzahlen vor, kann dies im Rahmen von Abwägungsklausel oder Effizienzvortrag Berücksichtigung finden, wenn die Beteiligten im konkreten Einzelfall ihre höheren Fallzahlen in der Zukunft und die Qualitätssteigerung ebenso nachprüfbar belegen wie den Umstand, dass sie ursächlich durch den Zusammenschluss realisiert werden und die durch den geplanten Zusammenschluss zu erwartenden Wettbewerbsbehinderungen damit zumindest ausgeglichen werden. Hierbei können entsprechende wissenschaftliche Studien, die einen Zusammenhang zwischen höherer Fallzahl und verbesserter Qualität belegen, hilfreich sein. Soweit vorgebracht wird, der geplante Zusammenschluss erleichtere die Anstellung von Personal, ist von den Zusammenschlussbeteiligten nachzuweisen, inwieweit die Situation mit dem geplanten Zusammenschluss zu Vorteilen für die Patienten der Region im Vergleich zur Situation ohne ihn führen würde. Weiteren Effizienzvortrag, wie z.B. zu Effizienzen durch Verbesserungen in Forschung und Entwicklung oder durch Baumaßnahmen, wird das Bundeskartellamt nach den gleichen Maßstäben berücksichtigen.

## Anhang

Tabelle A-1: Kriterien der Krankenhausplanung in den Bundesländern

Bundesland	Jahr des Plans	Rahmenplanung	Standort	Gesamtplanbettenzahl	Versorgungsstufen	Fachrichtungen im Plan	Planbettenzahl je Fachrichtung	Bemerkungen	Bestimmte Gebiete	Planbettenzahl je bestimmtem Gebiet	Vorgaben zur Qualität	spezielle Aufgaben
BW	2010	X	X	X	0	X	0	0	Herzchirurgie, Nuklearmedizin, Beatmungsentwöhnung	X	x	x
BY	2017	0	X	X	X	X	0	0	0	0	x	x
Berlin	2016-2020	0	X	0	0	X	X	Flexibilisierung: Über-/Unterschreiten um +/- 15% zulässig bei Einhaltung Gesamtbettenzahl	0	0	x	x
BRB	2013, Fortschreibung 2016	X	X	X	X	X	0	Flexible Verteilung der Betten im Rahmen der Gesamtzahlen und Fachrichtungen auf mehrere Standorte möglich.	Herzchirurgie, Kinderchirurgie, Orthopädie und Geriatrie	X	x	0
Bremen	2010-2017	X	X	X	0	X	X	Bettenkorridor anhand einer Auslastung zwischen 80 und 90%	0	0	0	x
Hamburg	2016-2020	0	X	X	0	X	X	Flexibilität, bei Beibehaltung der Gesamtkapazität sind Abweichungen bei den somatischen Fachgebieten +/- 10% zugelassen (KH-Plan 2020, 7.2.1, S. 51)	0	0	x	x
Hessen	2005/2009	X	X	X	0	X	0	Herzchirurgie stellt nach WBO Hessen ein eigenständiges Fachgebiet dar (KH-Plan 2009, 6.3, S. 66).	Geriatrie	X	x	x
Mecklenburg-Vorpommern	2012	X	X	X	0	X	0	Dem Krankenhausträger ist gestattet, jeweils mit Wirkung zum 01.01. und zum 01.07. des Jahres anteilige Kapazitäten der jeweiligen Betriebsstätte auf die dort betriebenen Fachabteilungen in eigener Verantwortung zu verteilen. (KH-Plan 2015, 4.1.1, S. 9).	Geriatrie	X	x	x
NDS	2015, 32. Fortschreibung 2017	X	X	X	0	X	X	0	0	0	0	0
NRW	2015	X	X	X	0	X	X	In den Rahmenvorgaben werden die Versorgungsangebote nach regionaler Verteilung, Art, Zahl und Qualität aufgeführt. Die regionalen Planungskonzepte enthalten die Gebiet und Gesamtplanbettenzahlen, in den Feststellungsbescheiden Gesamtzahl der anerkannten Planbetten, Art der Abteilungen mit ihren Planbettenzahlen und Behandlungsplätzen.	Geriatrie	X	x	x
RP	2010-2016	0	X	X	X	X	X	Träger kann im Rahmen des im Bescheid nach § 8 Abs. 1 Satz 3 KHG vorgegebenen Versorgungsauftrags des Krankenhauses, der Struktur und Größenklassen der Fachrichtungen und der Gesamtbettenzahl des Krankenhauses zwischen den Fachrichtungen Änderungen der Planbettenzahlen vornehmen (§ 10 II KHG-Rh-Pf.).	konservative Orthopädie, Thoraxchirurgie, Naturheilmedizin	X	x	x
Saar	2011-2015 (2018 in Vorbereitung)	0	X	X	0	X	X	0	Geriatrie, Intensivmedizin, Schmerztherapie/Palliativmedizin	X	x	x
Sachsen	2014/2015	0	X	X	X	X	0	0	Herzchirurgie und Kinderchirurgie	X	x	x
Sachsen-Anhalt	2014	X	X	0	X	X	0	0	0	0	x	x
Schleswig-Holstein	2017	0	X	X	X	X	X	Orthopädie wird nicht ausgewiesen, sondern der Chirurgie zugerechnet	Herzchirurgie und Geriatrie	X	x	x
Thüringen	2017-2022	0	X	X	X	X	0	Getrennte Ausweisung der Fächer Chirurgie sowie Orthopädie und Unfallchirurgie	Geriatrie und die Intensivmedizin	X	x	x



## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Anteil der vier führenden Arztgruppen somatischer Fachgebiete an der Gesamtzahl aller Ärzte in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung 2015 (N=131) .....	20
Abbildung 2:	Verteilung der Antworten nach Bundesländern (N=405).....	23
Abbildung 3:	Verteilung der Antworten nach Krankenhausträgern (N=405) im Vergleich zur bundesweiten Verteilung .....	24
Abbildung 4:	Verteilung der erfassten Standorte nach Trägerarten (N=503) .....	25
Abbildung 5:	Verteilung der Antworten nach Versorgungsstufen (N=405).....	25
Abbildung 6:	Verteilung der Antworten von Vertragsärzten nach Fachgebieten (N=582) .....	27
Abbildung 7:	Verteilung der Fachgebiete in den Antworten (N=582) und bundesweit.....	28
Abbildung 8:	Aufteilung der Krankenhauserlöse 2015 (N=388) .....	29
Abbildung 9:	Krankenversicherte in Deutschland 2015 .....	33
Abbildung 10:	Verteilung der stationären Erlöse 2015.....	102
Abbildung 11:	Verteilung der stationären Fälle 2015 .....	103
Abbildung 12:	Anteil der ambulanten Erlöse 2015.....	111
Abbildung 13:	Bedeutung der Fachgebiete nach Fallzahlen 2015.....	116
Abbildung 14:	Bedeutung der Festlegung der Fachabteilungen im Feststellungsbescheid für das tatsächliche Behandlungsspektrum nach Trägergruppen (N=393).....	132
Abbildung 15:	Bedeutung der Festlegung der Fachabteilungen im Feststellungsbescheid für das tatsächliche Behandlungsspektrum nach Versorgungsstufen (N=393) .....	133
Abbildung 16:	Einführung und Beendigung von Spezialisierungsangeboten in der Zeit vom 01.01.2012 bis 31.12.2015 (N=405).....	134
Abbildung 17:	Anteil der Krankenhäuser, die vom 01.01.2012 bis 31.12.2015 ein Spezialisierungsangebot neu eingeführt haben, an der Gesamtzahl der Krankenhäuser nach Trägergruppen (N=405) ...	135
Abbildung 18:	Anteil der Krankenhäuser, die vom 01.01.2012 bis 31.12.2015 ein Spezialisierungsangebot beendet haben, an der Gesamtzahl nach Trägergruppen (N=35) .....	135
Abbildung 19:	Anteil der Antworten nach Kategorien zur wichtigsten strategischen Maßnahme für den Gesamterfolg des Krankenhauses (N=482).....	137
Abbildung 20:	Anteile der Eröffnungen und Schließungen an der Gesamtzahl der Krankenhäuser, die zwischen 01.01.2012 und 31.12.2015 Fachabteilungen eröffnet oder geschlossen haben (N=56) .....	138
Abbildung 21:	Anteile einzelner Fachrichtungen an den Fachrichtungseröffnungen (N=49) und	

## Abbildungsverzeichnis

	Fachrichtungsschließungen (N=21) der erfassten Krankenhäuser .....	139
Abbildung 22:	Antworten auf Frage II.6 b) des Krankenhaus-Fragebogens (N=405).....	144
Abbildung 23:	Entwicklung der durchschnittlichen Fall- und Bettenzahlen je Krankenhaus 2011 bis 2015 (N=405) .....	145
Abbildung 24:	Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer in Tagen je Krankenhaus 2011 bis 2015 (N=405) .....	145
Abbildung 25:	Verteilung der Antworten nach Bundesländern mit und ohne Versorgungsstufen.....	147
Abbildung 26:	Anteil an den beobachteten Maßnahmen bei Wettbewerbern, die zu Fallzahlverlusten bei den befragten Krankenhäusern führten (N=388).....	152
Abbildung 27:	Anteil an den Beobachtungen bei Wettbewerbern mit Fallzahlverlusten bei den befragten Krankenhäusern nach betroffenen Fachabteilungen der befragten Krankenhäuser (N=370).....	153
Abbildung 28:	Anteil der Krankenhäuser nach Stufen des Fallzahlrückgangs (N=347).....	154
Abbildung 29:	Anteil der Krankenhäuser, die auf die Maßnahmen der konkurrierenden Krankenhäuser und die Fallzahlverluste reagierten (N=366).....	154
Abbildung 30:	Anteil der Reaktionen der Krankenhäuser auf Vorstöße konkurrierender Krankenhäuser und Fallzahlverluste (N=283)....	155
Abbildung 31:	Verteilung der Einschätzungen, wie erfolgreich die Reaktionen der Krankenhäuser gewesen sind (N=250) .....	156
Abbildung 32:	Anteil der bei anderen Krankenhäusern beobachteten Maßnahmen, die zu Fallzahlgewinnen bei den befragten Krankenhäusern führten (N=197) .....	157
Abbildung 33:	Anteil der Beobachtungen mit Fallzahlgewinnen bei den befragten Krankenhäusern nach betroffenen Fachabteilungen der befragten Krankenhäuser (N=370) .....	157
Abbildung 34:	Anteil der Krankenhäuser, die auf die Maßnahmen der konkurrierenden Krankenhäuser, welche zu Fallzahlgewinnen bei den befragten Krankenhäusern führten, reagiert haben (N=182).....	158
Abbildung 35:	Anteil der Reaktionen der Krankenhäuser auf Maßnahmen konkurrierender Krankenhäuser, die zu Fallzahlzuwachs beim beobachtenden Krankenhaus führten (N=152) .....	159
Abbildung 36:	Anteil der Krankenhäuser nach Stufen der Fallzahlzuwächse (N=347).....	160
Abbildung 37:	Anteil der Fälle mit Mindestmengenvorgaben an der Gesamtfallzahl aller befragten Krankenhäuser 2015 in % .....	162
Abbildung 38:	Anteil der einzelnen Mindestmengenbehandlungen an der Gesamtzahl aller Mindestmengenfälle 2015 in % .....	163

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 39:	Anteil der Erlöse mit Mindestmengen-Behandlungsleistungen am Gesamterlös aller Krankenhäuser 2015 in %.....	164
Abbildung 40:	Anteil der Krankenhäuser, die 2015 stationäre Behandlungen erbracht haben, für die Mindestmengen-Vorgaben galten, Anteile in % (N=405).....	165
Abbildung 41:	Verteilung der Krankenhäuser, die 2015 stationäre Behandlungen mit Mindestmengenvorgaben erbracht haben, auf die einzelnen Versorgungsstufen.....	166
Abbildung 42:	Anteil der Mindestmengenfälle an der Gesamtfallzahl nach Versorgungsstufen und Mindestmengenleistungen 2015 (N=405).....	168
Abbildung 43:	Entwicklung der absoluten Zahl der befragten Krankenhäuser, die von 2011 bis 2015 Mindestmengen-Behandlungen durchführten.....	169
Abbildung 44:	Einschätzung der Möglichkeit, die Mindestmengenvorgaben zu erfüllen, Anteile in % (N=405) .....	170
Abbildung 45:	Bedeutung der Behandlungsleistung mit Mindestmengen für die Krankenhäuser Anteil in % (N=405).....	170
Abbildung 46:	Möglichkeit der Krankenhäuser, die 2015 die Vorgaben erfüllten, die Mindestmengenvorgaben zu halten, Anteile in %....	172
Abbildung 47:	Bedeutung der Behandlungsleistung mit Mindestmengen für die Krankenhäuser, die 2015 die Vorgaben erfüllt haben, Anteile in %.....	174
Abbildung 48:	Anteil der Krankenhäuser, die 2015 stationäre Behandlungen mit geltenden Mindestmengenvorgaben erbrachten, die Mindestmengen aber nicht erreichten, nach medizinischen Bereichen in %.....	175
Abbildung 49:	Anteil der Krankenhäuser, die 2017 stationäre Behandlungen mit geltenden Mindestmengenvorgaben erbrachten, die Mindestmengen aber nicht erreichten, nach medizinischen Bereichen in %.....	176
Abbildung 50:	Anteil der Krankenhäuser, die 2016 fortlaufende Patientenbefragungen durchführten (N=405) .....	188
Abbildung 51:	Verteilung der Krankenhäuser, die 2016 fortlaufende Patientenbefragungen durchführten nach siedlungsstrukturellen Typen (N=405) .....	189
Abbildung 52:	Anteil der Krankenhäuser mit fortlaufender Patientenbefragung nach Versorgungsstufen 2016 (N=405) .....	190
Abbildung 53:	Anteil der Nennungen von den Krankenhäusern mit fortlaufender Patientenbefragung in % (N2013=267; N2014=270 und N2015=288) .....	191
Abbildung 54:	Anteil der häufigsten Nennungen von Qualitätskriterien durch Patienten von den Krankenhäusern mit fortlaufender Patientenbefragung in den Jahren 2013 bis 2015 in % (N2013=267; N2014=270 und N2015=288).....	192

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 55:	Reaktionen der Krankenhäuser 2015 auf Kritik im Rahmen fortlaufender Patientenbefragungen (N=288) .....	193
Abbildung 56:	Anteil der Fälle nach Einweisergruppen an der Gesamtfallzahl aller Krankenhäuser 2015 (N=405).....	195
Abbildung 57:	Anteil der Fälle nach Einweisergruppen an der Gesamtfallzahl der antwortenden Krankenhäuser 2015 (N=90).....	196
Abbildung 58:	Anteil der Krankenhäuser mit eigenen Kassenarztsitzen der Träger im 25 km-Radius um die Standorte der Betriebsstätten 2013 bis 2015 (N= 404) .....	197
Abbildung 59:	Anteil der Krankenhäuser mit eigenen Kassenarztsitzen der Träger im 25 km-Radius um die Standorte der Betriebsstätten 2013 bis 2015 nach Trägerarten (N=404).....	198
Abbildung 60:	Anteil der Krankenhäuser mit eigenen Kassenarztsitzen der Träger im 25 km-Radius um die Standorte der Betriebsstätten 2013 bis 2015 nach westlichen und östlichen Bundesländern (N=404).....	199
Abbildung 61:	Durchschnittliche Zahl der Kooperationsvereinbarungen nach Fachgebieten der Krankenhäuser 2016 (N=404).....	200
Abbildung 62:	Anteil der Antworten in % auf die Frage, wie die Bedeutung der Kooperationsvereinbarungen mit niedergelassenen Ärzten eingeschätzt wird (N=404) .....	201
Abbildung 63:	Anteil der Antworten in % auf die Frage, wie die Bedeutung der Kooperationsvereinbarungen mit niedergelassenen Ärzten eingeschätzt wird, nach Trägergruppen (N=404).....	201
Abbildung 64:	Anteil der Gründe für die Einschätzung der Kooperationsverträge mit niedergelassenen Ärzten als bedeutend bzw. sehr bedeutend in % (N=218).....	202
Abbildung 65:	Anteil der Krankenhäuser, auf deren Gelände Praxisräume für niedergelassene Ärzte vorhanden sind 2016 (N=405).....	203
Abbildung 66:	Anteil der Krankenhäuser mit und ohne Einweisermanagementkonzept 2016 (N=405) .....	204
Abbildung 67:	Anteile der Krankenhäuser mit und ohne Einweisermanagementkonzept, die die aufgeführten Maßnahmen in den Jahren 2012 bis 2016 regelmäßig nutzten (N=400).....	205
Abbildung 68:	Anteil der Krankenhäuser, die von 2012 bis 2016 regelmäßig die aufgelisteten Maßnahmen nutzten, nach Trägergruppen (N=405).....	206
Abbildung 69:	Anteil der Antworten in % auf die Frage, wie die Bedeutung der Kooperationsvereinbarungen mit anderen Krankenhäusern (N=404), Reha-Einrichtungen (N=404) und ambulanten Pflegediensten (N=403) eingeschätzt wird .....	207
Abbildung 70:	Anteil in % der Krankenhäuser, die 2015 Einkaufskooperationen für den Bezug von medizinischem Bedarf nutzten (N=405) .....	208

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 71:	Anteil Krankenhäuser, die 2015 medizinischen Bedarf über Einkaufskooperationen bezogen, nach Trägergruppen (N=405) .	209
Abbildung 72:	Anteil in % der Krankenhäuser nach Versorgungsstufen, die 2015 medizinischen Bedarf über Einkaufskooperationen bezogen (N=447) .....	209
Abbildung 73:	Anteil des Beschaffungsvolumens über Einkaufskooperationen 2015 (N=405).....	210
Abbildung 74:	Verteilung Krankenhäuser mit Einkaufskooperation nach der Zahl der Vertragspartner von 2011 bis 2015 (N=300).....	211
Abbildung 75:	Verteilung der Verträge mit Einkaufskooperationen 2011 bis 2015 nach Trägerschaft (N=342) .....	211
Abbildung 76:	Kriterien zur Auswahl eines Krankenhauses und ihre Bedeutung 2016 (N=405) .....	215
Abbildung 77:	Weitere Kriterien zur Auswahl eines Krankenhauses und ihre Bedeutung (N=405) .....	216
Abbildung 78:	Anteil der Patienten, die nach Einschätzung der Ärzte dem ärztlichen Rat folgen .....	217
Abbildung 79:	Einschätzung der Bedeutung verschiedener Kriterien für Einweisungsempfehlungen der Ärzte (N=583) .....	219
Abbildung 80:	Bedeutung von Einzelkriterien für die Bewertung der medizinischen Qualität aus Sicht der Ärzte nach Anteil der Nennungen in % (N=371) .....	220
Abbildung 81:	Weitere für die Ärzte relevante Kriterien für Einweisungsempfehlungen (N=583).....	220
Abbildung 82:	Verteilung der abweichenden Einschätzungen nach Patientengruppen (N=611) .....	221
Abbildung 83:	Bedeutung der Einzelkriterien und Anteil der Nennungen für die Patienten, die eine sofortige stationäre Behandlung benötigen (N=462).....	222
Abbildung 84:	Anteil der Beobachtungen von Leistungs- bzw. Qualitätsveränderungen durch die befragten niedergelassenen Ärzte (N=166) .....	223
Abbildung 85:	Anteil der von den Ärzten angegebenen und bewerteten Ereignisse in den Krankenhäusern seit 2014 (N=166).....	225
Abbildung 86:	Bewertung der beobachteten Ereignisse in den Krankenhäusern durch die Ärzte (N=166) .....	226
Abbildung 87:	Anteil der Reaktionen der Ärzte auf negativ, neutral und positiv bewertete Ereignisse, die sie in den Krankenhäusern beobachtet haben (N=166) .....	227
Abbildung 88:	Anteil der Fälle in % nach Entfernungen bis zum Krankenhaus und Versorgungsstufen 2015.....	230
Abbildung 89:	Anteil der stationären Fälle 2015, die im nächstgelegenen Krankenhaus behandelt wurden, nach Siedlungsstrukturtypen ...	234
Abbildung 90:	Entwicklung Krankenhausfördermittel 1993 bis 2018 .....	242
Abbildung 91:	Entwicklung der KHG-Fördermittel und der bereinigten Kosten 1993 bis 2018 .....	243
		326

## Kartenverzeichnis

Abbildung 92:	Durchschnittlicher Anteil der Landesförderung an den Gesamtinvestitionen der Krankenhäuser in den Jahren 2011 bis 2015 nach Trägergruppen (N=394).....	244
Abbildung 93:	Herkunft der Investitionsmittel der Krankenhäuser 2017 nach den Erhebungen des Krankenhaus Barometers 2018 .....	245
Abbildung 94:	Benötigte EBITDA-Margen der Krankenhäuser nach Trägerschaft, um in ausreichendem Maße Investitionen tätigen zu können .....	246
Abbildung 95:	Kostenfunktionen für Fallpauschalen (a) und für eine effiziente Leistung (b).....	248
Abbildung 96:	Verteilung der Kosten der Krankenhäuser nach Kostenarten in den Jahren 2011 bis 2015 (N <sub>2011</sub> =392, N <sub>2012</sub> =395, N <sub>2013</sub> =400, N <sub>2014</sub> =402, N <sub>2015</sub> =400).....	250
Abbildung 97:	Verteilung der Kosten der Krankenhäuser nach Kostenarten und Trägerschaft 2015 (N=400).....	251
Abbildung 98:	Entwicklung des Medians des Personalkostenanteils je stationärem Fall nach Trägergruppen anhand des Abstands zum Median für alle Trägergruppen (N=319).....	252
Abbildung 99:	Ineinandergreifen von Krankenhausplanung und Fusionskontrolle.....	254
Abbildung 100:	Durchschnittlicher kumulierter Fallanteil je Anteil der DRG an allen DRG (N=477) .....	268
Abbildung 101:	Zahl der DRG, aus denen ein Krankenhaus im Durchschnitt Patienten behandelt (N=477).....	269
Abbildung 102:	Fälle je DRG nach Versorgungsstufen (N=477).....	269
Abbildung 103:	Anteil der Bezeichnung als wichtigste strategische Ebene des Krankenhauses (N=405).....	274

## Kartenverzeichnis

Karte 1	Lage der im Rahmen der Sektoruntersuchung befragten Krankenhäuser .....	17
Karte 2	Lage der im Rahmen der Sektoruntersuchung befragten Krankenhäuser nach siedlungsstrukturellen Kreistypen 2015.....	18
Karte 3	Lage des Gebietes der befragten Ärzte .....	21
Karte 4:	Gebiet der Krankenhäuser, auf die kumuliert rund 84% der ärztlichen Empfehlungen entfallen, 2016 .....	224
Karte 5:	Wohnort-Postleitzahlgebiete und befragte Krankenhäuser, 35 km Luftlinie zur Grenze des Abfragegebietes .....	231
Karte 6:	Anbieterdichte innerhalb einer Fahrstrecke von 35 km im Untersuchungsgebiet.....	233
Karte 7:	Krankenhäuser und Träger in Köln linksrheinisch 2020 .....	258

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Auswahl COVID-19 bedingter Ausgleichsmaßnahmen .....	59
Tabelle 2:	Planungsrelevante Qualitätsindikatoren mit Rechenregeln und Indikatortyp .....	92
Tabelle 3:	Vorschlag des IQTIG zu weiteren planungsrelevanten Qualitätsindikatoren .....	94
Tabelle 4:	Bedeutung der Zulassungsarten 2015 .....	113
Tabelle 5:	Zusammengefasst dargestellte Fachabteilungen nach Fallanteil 2015 .....	116
Tabelle 6:	Planung von Subdisziplinen im Fachgebiet Chirurgie .....	120
Tabelle 7:	Planung von Subdisziplinen im Fachgebiet Innere Medizin .....	122
Tabelle 8:	Überschneidungen der in den Fachabteilungen behandelten stationären Fälle nach DRG 2015 .....	129
Tabelle 9:	Versorgungsstufen und Kriterien nach Bundesländern .....	148
Tabelle 10:	Anteil der Fälle mit Qualitätsvorgaben des G-BA in % an der Gesamtzahl aller Krankenhausfälle 2015 .....	181
Tabelle 11:	Zahl der Ausweichoptionen in einem Radius von 35 km um die Patienten-Wohngebiete 2015 .....	232
Tabelle 12:	Durchschnittliche Zahl der Ausweichmöglichkeiten nach Siedlungsstrukturtyp 2015 .....	232
Tabelle 13:	Schlüsselbezeichnungen für die Angabe der Aufnahmeanlässe im Datensatz nach § 21 Abs. 2 KHEntgG .....	277
Tabelle 14:	Beispiel für die Methodik der Berechnung synthetischer Umlenkungsquoten .....	299
Tabelle 15:	Feststellungen des BARMER Krankenhausreports 2020 zu Volume-Outcome-Beziehungen .....	313