

## FAQ zur Sektoruntersuchung Krankenhäuser des Bundeskartellamtes

### **Was ist eine Sektoruntersuchung?**

Eine Sektoruntersuchung klärt die Wettbewerbsverhältnisse eines bestimmten Wirtschaftszweiges auf. Rechtsgrundlage ist eine Vorschrift im Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen: § 32e GWB. Das Bundeskartellamt führt eine Sektoruntersuchung durch, wenn es Umstände gibt, die darauf hinweisen, dass der Wettbewerb eingeschränkt ist.

### **Was ist Gegenstand der Sektoruntersuchung Krankenhäuser?**

Krankenhäuser, ihre Wettbewerbsbedingungen und ihr Verhalten im Wettbewerb. Jedoch nicht: die Medizin, die Kranken, die Ärztinnen und Ärzte, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die öffentliche Finanzierung etc. Krankenhäuser sind zwar Teil des Gesundheitswesens und der Daseinsvorsorge, sie sind aber gleichzeitig auch Unternehmen. Die wirtschaftliche Bedeutung des Krankenhaussektors ist hoch. Insgesamt erzielen die Krankenhäuser in Deutschland Einnahmen von weit mehr als 100 Milliarden Euro pro Jahr.

### **Was ist das zentrale Ergebnis der Sektoruntersuchung?**

Die Untersuchung zeigt, welche Bedeutung dem Wettbewerb im Krankenhauswesen zukommt. Trotz aller staatlichen Regelungen gibt es zwischen den Krankenhäusern Wettbewerb, der positive Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung hat. Patientinnen und Patienten wählen, meist mit Hilfe ihrer Ärztinnen und Ärzte, bewusst ein Krankenhaus aus. Nach dem Ergebnis der Sektoruntersuchung ist die Behandlungsqualität für die Patientinnen und Patienten und die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte das wichtigste

Auswahlkriterium. Die Einnahmen der Krankenhäuser richten sich über festgelegte Fallpauschalen (DRG) nach der Menge der erbrachten Behandlungen. Dadurch haben Krankenhausbetreiber einen Anreiz, viele Patientinnen und Patienten zu gewinnen, indem sie attraktiver, d.h. qualitativ besser werden als die Nachbarkrankenhäuser.

### **Woher stammen die Informationen und Daten, die in der Sektoruntersuchung verarbeitet wurden?**

Aus öffentlichen Quellen und aus den eigenen Ermittlungen. Als repräsentative Stichprobe wurden alle Krankenhäuser in einem Streifen mitten durch Deutschland (vom Saarland bis nach Sachsen) befragt, nämlich über 400 Krankenhäuser mit über 500 Standorten (ca. 1/5 aller Krankenhäuser in Deutschland) und über 600 Arztpraxen im Raum Darmstadt. Von den Krankenhäusern wurden mehrere Millionen anonymisierte Krankenhausdaten abgefragt und ausgewertet. Auf Daten der InEK GmbH konnte das Bundeskartellamt für die Sektoruntersuchung nicht zugreifen. Deren Daten stehen dem Bundeskartellamt bislang – in beschränktem Umfang – allein für Zwecke der Fusionskontrolle zur Verfügung.

### **Das Gesundheitswesen ist doch gesetzlich stark reguliert. Warum wird das Bundeskartellamt hier überhaupt tätig?**

Das Bundeskartellamt schützt den Wettbewerb in allen Wirtschaftsbereichen – auch im Gesundheitswesen. Trotz aller staatlichen Regelungen ist das deutsche Gesundheitswesen wettbewerblich geprägt. Auf allen Ebenen des Gesundheitswesens, also zwischen Krankenhäusern, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und anderen Leistungserbringern, zwischen Pharmaunternehmen, Apotheken und auch zwischen Krankenkassen/Krankenversicherungen gibt es wirtschaftlichen Wettbewerb.

### **Was ist Gegenstand des Wettbewerbs im Krankenhauswesen?**

Krankenhäuser sind unabhängig von ihrer Trägerschaft (kommunal, kirchlich/freigemeinnützig, privat) unternehmerisch tätig, und sie stehen untereinander im Wettbewerb. Verschiedene Krankenhäuser konkurrieren um Patientinnen und Patienten. Diese bestimmen grundsätzlich selbst (meist auf Empfehlung und Verordnung niedergelassener Ärztinnen und

Ärzte), welche Behandlung sie wann und wie benötigen. Die dabei zum Schutz der Patientinnen und Patienten und auch der Kostenträger (Krankenkassen sowie private Krankenversicherungen) erforderliche Regulierung lässt immer noch viel Raum für freie Entscheidungen. Aufgrund der engen gesetzlichen Vorgaben existiert in diesem Bereich kaum Preiswettbewerb. Ziel der Fusionskontrolle ist es darum in erster Linie, den Wettbewerb um die Qualität der Versorgung der Patientinnen und Patienten zu erhalten. Entscheidend dabei ist, dass ihnen vor Ort hinreichende Auswahlalternativen zur Verfügung stehen.

### **Wie schützt das Bundeskartellamt den Wettbewerb im Krankenhauswesen? Wie funktioniert die Fusionskontrolle?**

Ab einer gewissen Größenordnung müssen Zusammenschlüsse zwischen verschiedenen Krankenhäusern dem Bundeskartellamt zur Prüfung vorgelegt werden. Das Bundeskartellamt prüft in einem Fusionskontrollverfahren, wie sich der geplante Krankenhauszusammenschluss auf die Auswahlmöglichkeiten der Patientinnen und Patienten auswirken wird. Hierzu wird beispielsweise zunächst der Markt der Akutkrankenhäuser vom Markt für Rehabilitationseinrichtungen oder Alten- und Pflegeheimen abgegrenzt. Der räumliche Markt umfasst zwar nur Patientengebiete, aus denen ein erheblicher Teil der Patientinnen und Patienten ein Krankenhaus der Zusammenschlussbeteiligten aufsucht, aber für die wettbewerbliche Prüfung werden alle Patientinnen und Patienten unabhängig von ihrem Wohnort berücksichtigt. Zur Prüfung, ob die Patientinnen und Patienten aus dem Marktgebiet nach dem Zusammenschluss noch hinreichende Auswahlmöglichkeiten haben werden, untersucht das Bundeskartellamt insbesondere, ob die Leistungen der zusammenschlussbeteiligten Krankenhäuser aus Sicht der Patientinnen und Patienten vergleichbar sind und welche anderen Häuser sie im Fall von Leistungs- oder Qualitätseinschränkungen aufsuchen würden.

Gerade auch bei Krankenhausfusionen öffentlich-rechtlicher Träger ist das Bundeskartellamt regelmäßig mit informellen Vorprüfungen der Pläne befasst. Auf diesem Wege können frühzeitig mögliche fusionsrechtliche Bedenken in die politischen Entscheidungsprozesse in den einzelnen Gremien der Gebietskörperschaften einfließen und nötigenfalls rechtzeitig alternative Lösungen angestrebt werden.

### **Was ist der relevante räumliche Markt aus Sicht der Patientinnen und Patienten?**

Es ist nicht auf das bundesweite, sondern auf das lokale/regionale Angebot abzustellen. Zwar dürfen die Patientinnen und Patienten jedes Krankenhaus in Deutschland aufsuchen, sie wählen aber nach dem Ergebnis der Untersuchung praktisch nur Krankenhäuser in der näheren Umgebung (Sektorbericht, S. 234, Abb. 89). Durchschnittlich kommen über 80 Prozent der Patientinnen und Patienten eines Krankenhauses aus bis zu 35 km Entfernung vom Wohnort. Zwar wählen die meisten Patientinnen und Patienten nicht einfach das nächste Krankenhaus. Aber sie und die einweisenden Ärztinnen und Ärzte können grundsätzlich nur Krankenhäuser in der Nähe gut beurteilen und ihre Stärken und Schwächen beobachten. Und danach treffen sie ihre Entscheidung. Für ganz spezielle Krankheiten und Behandlungen werden auch größere Entfernungen zurückgelegt. Aber diese fallen statistisch nicht ins Gewicht.

### **Wie kann die Auswahlentscheidung der Patientinnen und Patienten, die i.d.R. über keine medizinischen Spezialkenntnisse verfügen, zu funktionierendem Wettbewerb beitragen?**

Patientinnen und Patienten informieren sich vor einer Krankenhausbehandlung über die geeigneten Krankenhäuser. Hier spielen nach dem Ergebnis der Sektoruntersuchung die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte eine ganz besondere Rolle. Sie beobachten die Entwicklungen in den Krankenhäusern ihrer Region und können die medizinischen Leistungen fachlich einschätzen. Über ihre Patientinnen und Patienten erfahren sie den jeweiligen Behandlungsverlauf und -erfolg und ob vielleicht eine Nachbehandlung oder ein erneuter Krankenhausaufenthalt erforderlich ist. Auf dieser Grundlage geben sie ihren Patientinnen und Patienten Ratschläge, die diese auch weit überwiegend befolgen, wie die Sektoruntersuchung zeigt. Außerdem stellen die Krankenkassen und die Versicherungsunternehmen zunehmend Vergleichsportale im Internet bereit, über die sich jeder über die unterschiedlichen Behandlungen und Qualitätsdaten informieren kann.

**Welche Handlungsspielräume haben Krankenhäuser überhaupt, wenn sie sich in wirtschaftlichen Schwierigkeiten befinden?**

Gute Leistung ist nicht nur von der finanziellen Ausstattung, sondern auch vom richtigen Einsatz der vorhandenen Mittel abhängig. Krankenhäuser mit wenig Geld haben zwar weniger Möglichkeiten zu investieren. Es gibt aber auch andere Möglichkeiten der Qualitätsverbesserung, wie z.B. schnelle und schlanke Prozesse in der Verwaltung oder gute Mitarbeiterführung und gute ärztliche Leistung. Gerade darauf legen die Patientinnen und Patienten und die einweisenden Ärztinnen und Ärzte nach dem Ergebnis der Sektoruntersuchung bei der Krankenhauswahl bzw. den Empfehlungen besonderen Wert. Ein bei den Patientinnen und Patienten beliebtes, gut ausgelastetes Krankenhaus findet zudem leichter einen finanzkräftigen Investor.

**Gibt es nicht ausreichend Institutionen, die für Qualitätskontrollen in Krankenhäusern zuständig sind, z.B. der Medizinische Dienst der Krankenversicherungen, die Landeskrankenhausplaner u.a.?**

Die Institutionen sind sehr wichtig, um systematische Fehlentwicklungen festzustellen und dagegen einzuschreiten. Sie können aber nur eine Mindestqualität sichern (z.B. bei der Qualifizierung des Personals, Hygiene, personelle Mindestbesetzung, Öffnungszeiten, etc.). Eine Feinsteuerung und die Sicherung höchstmöglicher Qualität sind damit nicht möglich. Dies wäre sehr teuer, zeitaufwändig und bürokratisch. Die Abstimmung der Patientinnen und Patienten über die Auswahl der Krankenhäuser ist hier viel wirksamer – neben den ebenfalls erforderlichen systematischen Kontrollen.

**Warum ist die Vorgabe von Mindestmengen durch den Staat oder öffentliche Einrichtungen nicht ausreichend, um die Qualität in den Krankenhäusern zu sichern?**

Nur für sehr wenige Behandlungen gibt es auf der Grundlage entsprechender Studien Mindestmengenvorgaben für die Krankenhäuser. Sie betreffen überwiegend komplexe und schwere Erkrankungsbilder, die nur einen sehr kleinen Teil aller Krankenhausbehandlungen ausmachen. Zudem ist aktuell auch nur bei sehr wenigen Behandlungen ein Zusammenhang zwischen der Anzahl der jährlichen Behandlungen und ihrer Qualität nachgewiesen. Bei der

Operation eines Leistenbruchs ist ein solcher Zusammenhang zum Beispiel nicht erkennbar, sehr wohl aber bei manchen Transplantationen oder bei Behandlungen der Speiseröhre oder der Bauchspeicheldrüse (Sektorbericht, S. 162 f., Abb. 37 und 38).

### **Was ist die Rolle des Bundeskartellamtes im Verhältnis zu den Krankenhausplanungsbehörden?**

Die Bundesländer und ihre Krankenhausplaner haben u.a. die Aufgabe, für eine flächendeckende Krankenhausversorgung zu sorgen, damit es auch in ländlichen Gegenden Krankenhäuser gibt, auch wenn ihr Betrieb dort oft nicht so rentabel ist wie in großen Städten. Über Sicherstellungszuschläge können sie ggf. finanziell besonders unterstützt werden.

Unabhängig davon trägt funktionierender Wettbewerb dazu bei, die Qualität der Leistungserbringung zu befördern. Keine staatliche Kontrollinstanz könnte die Leistung von Krankenhäusern so schnell und gut bewerten wie die Vielzahl der Patientinnen und Patienten, der Ärztinnen und Ärzte und auch anderer Gesundheitsdienstleister, die zur Meinungsbildung der Patientinnen und Patienten beitragen. Diese Meinungsbildung bliebe jedoch ohne Wirkung, wenn es keine Ausweichmöglichkeiten in andere Krankenhäuser gäbe.

### **Wie verhält sich das Ziel des Bundeskartellamtes – Auswahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Krankenhäusern zu schützen – zu gesundheitspolitischen Plänen, Krankenhäuser zu schließen?**

Hier muss man differenzieren: Inwieweit Überkapazitäten im deutschen Krankenhauswesen bestehen, ist gerade in Corona-Zeiten sehr umstritten und wertungsabhängig. Immerhin sind die bestehenden Krankenhäuser in normalen Zeiten trotz großer jahreszeitlicher Schwankungen (grippearme Sommer) im ganzen Jahresdurchschnitt zu 77 Prozent (Bundesdurchschnitt) bzw. zu 74-84 Prozent belegt (Durchschnittswerte der Bundesländer), obwohl die Krankenhäuser jetzt schon einen Anreiz haben, Patientinnen und Patienten möglichst schnell zu entlassen – und dies auch tun (siehe auch Sektorbericht, S. 145, Abb. 23). Zu Corona-Zeiten sind zwar insgesamt deutlich weniger Patientinnen und Patienten im Krankenhaus (Ø 67 Prozent Belegungsquote). Aber nicht nur planbare, weniger dringliche Operationen gingen stark zurück, sondern auch vorsorgeabhängige Krebsoperationen, insb. Darmkrebs. Zudem wären

bei einer hohen Belegungsrate Corona-bedingte Abstandsregeln sowie zeit- und personalaufwändige hygienische Schutzmaßnahmen kaum realisierbar.

Das Bundeskartellamt wendet sich nicht gegen die Schließung von Krankenhäusern, die nicht benötigt werden. Es ist im Gegenteil ein Zeichen von funktionierendem Wettbewerb, wenn ineffiziente oder nicht mehr nachgefragte Krankenhäuser aus dem Markt ausscheiden. Weder die Schließung von Krankenhäusern noch die Zusammenlegung verschiedener Krankenhausstandorte durch einen Träger unterliegt der kartellbehördlichen Prüfungspflicht. Beides ist wettbewerblich neutral. Insoweit prüft nur die Krankenhausplanungsbehörde, ob es nicht zu einer Unterversorgung an dem zu schließenden Standort kommt. Rechtlich gesehen kann das Bundeskartellamt also gar keine Krankenhausschließungen verhindern.

Aus wettbewerblicher Sicht geht es nicht um die bloße Anzahl der Krankenhäuser oder die Bettenzahlen in einer Region, sondern um die Frage, in wessen Trägerschaft die verschiedenen Einrichtungen stehen. Das Bundeskartellamt achtet darauf, dass nicht zu viele Krankenhäuser in einer Region dem gleichen Träger gehören. Wenn die Patientinnen und Patienten keine wettbewerblichen Alternativen in zumutbarer Entfernung haben, sind sie unter Umständen auf einen einzigen Träger angewiesen, und zwar auch dann, wenn dessen Krankenhäuser qualitativ nachlassen. Nach aller Erfahrung kann nicht bürokratische Kontrolle, sondern vielmehr die Entscheidung der Patientinnen und Patienten hier die erforderlichen Leistungsanreize setzen. Fehlt es an Wettbewerbern (Marktbeherrschung bis hin zum Monopol), gibt es einen hohen Anreiz für den Marktbeherrscher, zum Nachteil der Patientinnen und Patienten an den eigenen Ausgaben (z.B. für Personal) zu sparen.

### **InEK-Daten:**

#### **Was sind InEK-Daten?**

Die Krankenhäuser in Deutschland erhalten als Gegenleistung für ihre Behandlungen ein bestimmtes Entgelt auf der Grundlage eines Fallpauschalensystems (DRG-System). Die InEK - Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH hat die Aufgabe der Einführung, Weiterentwicklung und Pflege des Systems übertragen bekommen. Sie sammelt im Rahmen ihrer Aufgaben regelmäßig Daten der Krankenhäuser, die auch das Bundeskartellamt für seine Wettbewerbsprüfungen nutzen kann. Zu diesen InEK-Daten zählt insbesondere für jedes ein-

zelne Krankenhaus die Angabe, aus welchen Postleitzahlbezirken seine Patientinnen und Patienten stammten und mit welcher Fallpauschale (DRG) die Behandlung jeweils vergütet wurde.

**Auf welcher Basis kann das Bundeskartellamt die InEK-Daten anfordern?**

Hierzu gibt es eine besondere gesetzliche Grundlage. Früher musste das Bundeskartellamt bei jedem Krankenhaus einzeln diese Daten anfordern. Die zentrale Abfrage der InEK-Daten für alle von einem Fusionskontrollverfahren konkret betroffenen Krankenhäuser führt schon jetzt zu einer Vereinfachung und Beschleunigung der Verfahren. Noch effizienter wäre es, wenn das Bundeskartellamt einmal im Jahr die anonymisierten Daten aller deutschen Krankenhäuser einschließlich der medizinischen Diagnosedaten bei der InEK GmbH anfordern könnte. Dann könnten viele, sich in jedem Einzelfall wiederholende Schritte (Datenverschlüsselung, Spezifizierung) zusammengefasst werden und die Daten könnten schneller nutzbar gemacht werden. Dazu bedürfte es jedoch einer entsprechenden Änderung der gesetzlichen Grundlagen.