

POLICY BRIEF

AUF EINEN BLICK

Die Monopolkommission unterstützt die von der Krankenhaus-Kommission vorgeschlagene Einführung von Vorhaltepauschalen. Sie macht zugleich einen wesentlichen Änderungsvorschlag, durch den sich die Ziele der **finanziellen Sicherstellung bedarfsnotwendiger Krankenhäuser** und der Aufrechterhaltung des **Qualitätswettbewerbs** erreichen lassen. Der Bund-Länder-Gruppe empfiehlt die Monopolkommission dazu konkret

- die Vorhaltebudgets an die **strukturbedingten und nicht beeinflussbaren Unterschiede in den regionalen Versorgungskosten** zu knüpfen und
- die Ausgleichsfaktoren durch ein Gutachten empirisch prüfen zu lassen.

Vorhaltepauschalen für Krankenhäuser adjustieren, Versorgungsbedarf sichern, Wettbewerb erhalten

Die deutsche Krankenhausversorgung steht vor zentralen strukturellen Weichenstellungen. Die Finanzierung bedarfsnotwendiger Kliniken soll besser gesichert und die Gesamtzahl an Leistungsstandorten zugleich reduziert werden. Ein kürzlich veröffentlichter Vorschlag der vom Bundesminister für Gesundheit eingesetzten Reformkommission zielt dazu u. a. auf die Einführung einer sog. Vorhaltefinanzierung. Infolge einer Finanzierungsreform sollen die Finanzierungsmittel aus dem Hauptvergütungssystem, den sog. DRG-Fallpauschalen, zukünftig anders verteilt werden. Die Neuordnung der Vergütung wirkt auch auf den Qualitätswettbewerb der

Krankenhäuser. Daher ist die systematische Ausgestaltung, mittels der eine Vorhaltefinanzierung das Finanzierungssystem ergänzen könnte, auch Teil der Analyse des 83. Sondergutachtens der Monopolkommission, das im Mai vergangenen Jahres dem Bundesminister für Gesundheit übergeben wurde. Derzeit beraten Bund und Länder über die Umsetzung der angekündigten Finanzierungsreform. Der vorliegende Policy Brief enthält einen Ausgestaltungsvorschlag zur Vorhaltefinanzierung und erläutert die Wirkungen auf die Budgetverteilung und den Qualitätswettbewerb der Krankenhäuser, von denen der Erfolg der Reform entscheidend abhängt.

Die Bundesregierung hat sich zum Ziel gesetzt, die Krankenhausversorgung neu zu strukturieren. Die damit verbundenen Ausgestaltungsfragen berühren hochsensible Bereiche unseres Gemeinwesens. Dies wird besonders an der Reform der Finanzierung deutlich, denn durch diese **soll eine hochwertige und flächendeckende Versorgung mit Krankenhausleistungen nachhaltig sichergestellt werden.**

Eine im letzten Jahr eingesetzte Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (nachfolgend: Krankenhaus-Kommission) hat in der zweiten Jahreshälfte drei Stellungnahmen vorgelegt. Diese betreffen relevante Fragen der Form der Krankenhausversorgung und der Vergütung von Krankenhausleistungen. In ihrer dritten Stellungnahme macht die Kommission auch grundsätzliche Vorschläge zur Umgestaltung des heutigen Vergütungssystems.¹ Danach soll ein höherer Anteil der Vergütung unabhängig von der nach Fallzahl gemessenen Leistung erfolgen. Der Anteil der fallzahlabhängigen Vergütung war vor 2020 in Deutschland im Vergleich verschiedener OECD-Länder mit ca. 90 Prozent sehr hoch.² Seit 2020 entfallen allerdings auch in Deutschland etwa 20 Prozent der zuvor rein fallzahlabhängigen Vergütung auf Pflegekosten, die gesondert vergütet werden.³ Die Krankenhaus-Kommission schlägt nun vor, fachrichtungsbezogen weitere 20 bzw. zum Teil 40 Prozent der Finanzierungsmittel in Form einer sog. Vorhaltevergütung an die Krankenhäuser zu vergeben und damit stärker von der Fallzahl abzukoppeln.

Vor dem Hintergrund der hohen Bedeutung des jetzigen Reformvorhabens begrüßt die Monopolkommission, dass die Krankenhaus-Kommission **einem strukturellen Reformvorhaben** die Richtung weist. Die Empfehlungen der Krankenhaus-Kommission zur Einführung von Vorhaltepauschalen decken sich zudem im Grundsatz mit den Empfehlungen, die auch die Monopolkommission im Mai 2022 vorgelegt hat. Allerdings ist nach Auffassung der Monopolkommission eine Nachjustierung der vorgeschlagenen Vorhaltefinanzierung erforderlich, um die gesteckten Ziele – Sicherung einer hochwertigen und flächendeckenden Versorgung mit Krankenhausleistungen im Qualitätswettbewerb – zu erreichen. Insbesondere sollte die regionale Budgetverteilung an die strukturbedingten und nicht beeinflussbaren Unterschiede in den regionalen Versorgungskosten anknüpfen. Dieser Vorschlag wird nachfolgend näher erläutert.



WELCHE KRANKENHAUSLEISTUNGEN SIND LOKAL BEDARFSNOTWENDIG?

Ein in § 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz normiertes, übergeordnetes Ziel der Krankenhausversorgung ist die Bedarfsgerechtigkeit. Auch wenn es an einer Legaldefinition fehlt, so ist darunter üblicherweise eine flächendeckende Krankenhausversorgung zu verstehen, die in manchen Bundesländern über Kriterien zur maximalen Distanz zwischen Wohnort und Krankenhaus ansatzweise näher bestimmt wird. Der vor dem Hintergrund der Bedarfsgerechtigkeit notwendige Versorgungsumfang umfasst daher ein politisch festzulegendes, ortsnahe Angebot bestimmter, insbesondere notfallmedizinischer Leistungen. Darüber hinaus ist eine Abdeckung mit anderen medizinischen Leistungen bei ggf. weniger strengen Distanzkriterien eingeschlossen. Ist der bedarfsnotwendige Umfang gesichert, dann ist überdies der Qualitätswettbewerb der wesentliche Treiber für eine hochwertige Krankenhausversorgung.

Die bestehenden Definitionen dafür, welche Leistungen bedarfsnotwendig sind und der Versorgungssicherstellung dienen, sind allerdings vage, sodass die Krankenhausplanungen der Länder das Ziel einer bedarfsnotwendigen Versorgung nur schwer rechtssicher verfolgen können. Daher geben die Landeskrankenhaupläne heute vor allem einen Überblick über das bestehende Versorgungsangebot, sagen jedoch de facto oftmals nur wenig über dessen konkrete Bedarfsnotwendigkeit aus. Die Monopolkommission hat in ihrem 83. Sondergutachten empfohlen, klarere Kriterien für den bedarfsnotwendigen Versorgungsumfang aufzustellen und auf dieser Basis regional eine Sicherstellungsgrenze zu bestimmen. Diese dürfte vom tatsächlichen Angebot nicht unter-, aber überschritten werden, würde zum einen den Bedarf klar sichern und zum anderen dem Qualitätswettbewerb Raum verschaffen, um das Versorgungsangebot zu beeinflussen.

Ziele: Weniger Krankenhäuser, aber bessere Sicherung bedarfsnotwendiger Häuser

Es ist erforderlich, sich zunächst mit den mit einer Vorhaltevergütung angestrebten Zielen zu beschäftigen, um die Ausgestaltung des Finanzierungsinstruments darauf auszurichten. Die Krankenhaus-Kommission führt hierbei auf, dass im bestehenden Vergütungssystem die Anreize für deutsche Krankenhäuser, möglichst hohe Fallzahlen zu erbringen, im internationalen Vergleich sehr hoch seien. Es sei notwendig, **die „bedarfsnotwendige Vorhaltung“ stationärer Versorgungskapazitäten von der Menge abzukoppeln**. Dieses zentrale Ziel der Sicherung nicht aller, sondern konkret der bedarfsnotwendigen Kapazitäten, wird auch von der Monopolkommission geteilt. Die Vorhaltevergütung ist bisher nicht als zusätzliche Finanzierung geplant.⁴ Vielmehr soll das gesamte Erlösvolumen – aus Fallpauschalen und Vorhaltevergütung – bei Einführung der Letzteren unverändert bleiben. **Systematisch betrachtet geht es bei der Reform darum, die Zuordnung der bestehenden Mittel auf die Krankenhäuser zu beeinflussen**. Die Vorhaltevergütung wirkt dabei in zweierlei Weise auf das Versorgungsangebot:

Zum einen werden durch einen mengenunabhängigen Anteil an der Krankenhausvergütung **Anreize für die Kliniken gedämpft, ihre Fallzahlen auszuweiten**. Die geplante Anhebung des pauschalen Vergütungsanteils durch die Vorhaltefinanzierung basiert auch auf dem Ziel der Eingrenzung möglicher Fehlanreize von Kliniken, überoptimal viele Leistungen erbringen und abrechnen zu wollen. Dabei darf allerdings nicht übersehen werden, dass Krankenhäuser – dort, wo sie in Konkurrenz zu anderen Krankenhäusern stehen – ihre Fallzahlen auch – durch ihre Qualität – beim Werben um Patientinnen und Patienten beeinflussen. Durch die Abschwächung des Anreizes der Kliniken, ihre Fallzahl zu steigern, indem eine fixierte und weniger mengenabhängige Vorhaltevergütung eingeführt wird, reduziert sich auch die Bedeutung des Qualitätswettbewerbs. Dass eine **Reduzierung wettbewerblicher Anreize auch Nachteile vor allem für die Versorgungsqualität** erwarten lassen, zeigen verschiedene Studien.⁵ Zudem kann der Wettbewerb dazu beitragen, dass ineffiziente und zu kleine Krankenhäuser tendenziell eher ihr Angebot einstellen und dadurch die Versorgungsqualität zum Vorteil der Patientinnen und Patienten insgesamt erhöht wird. Die qualitative Konsolidierung in der deutschen Krankenhausstruktur, d. h. das damit verbun-

dene Ausscheiden zu kleiner, ineffizienter und qualitativ unzureichender Leistungsangebote, ist auch Ziel der Vorschläge der Krankenhaus-Kommission.

Zum zweiten **soll die Vorhaltefinanzierung zugleich das Ausscheiden bedarfsnotwendiger lokaler Versorgungsleistungen verhindern**. In diesem Zusammenhang ist auch die andere wesentliche Wirkung einer Vorhaltefinanzierung zu sehen, welche die **Verteilung der Mittel zwischen den Krankenhäusern** betrifft. Die Kriterien, nach denen die Vorhaltevergütung ausgeschüttet wird, bestimmen, welchen Anteil an den Finanzierungsmitteln Krankenhäuser erhalten. Im Rahmen der Vorhaltefinanzierung lässt sich so dem Ziel der flächendeckenden Aufrechterhaltung der stationären Versorgung geeignet Rechnung tragen. Unbestritten kann es zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung erforderlich sein, Krankenhäuser mit bestimmten Abteilungen vorzuhalten, auch wenn diese aufgrund ihrer Rahmenbedingungen wie insbesondere der lokalen Bevölkerungsstruktur weniger effizient betrieben werden können. Die notwendigen Vorhaltekosten lassen sich dann oftmals nicht aus den Fallpauschalen decken. **Ein Beispiel ist der Betrieb einer Notaufnahme in einem bedarfsnotwendigen Krankenhaus in einer ländlichen Region**, die von weit weniger Patientinnen und Patienten aufgesucht wird als die in einem Krankenhaus in einem dichteren Einzugsgebiet. Um die Notaufnahme in ersterem Haus überhaupt vorhalten zu können, ist es erforderlich, von der Finanzierung pro Fall abzuweichen und die Mehrkosten der Vorhaltung zu erstatten. Zentraler Vorteil der Vorhaltepauschale ist es deshalb, dass durch sie eine bessere Berücksichtigung kostenrelevanter und von den Krankenhäusern nicht beeinflussbarer örtlicher Strukturmerkmale ermöglicht wird. Liegen solche Merkmale hingegen nicht vor, so entfällt auch ein wesentlicher Grund dafür, die Vorhaltung pauschal zu erstatten und von der Vergütung pro Fall abzuweichen.

Hauptziele der Reform sind es, einerseits bedarfsnotwendige Leistungsangebote lokal zu sichern und andererseits noch hinreichende ökonomische Anreize im Qualitätswettbewerb zu erhalten. Daher ist es notwendig, die Höhe der Vorhaltevergütung insbesondere danach zu differenzieren, ob und in welchem Umfang bedarfsnotwendige Leistungen vorgehalten werden, die sich nicht alleine über Fallpauschalen finanzieren lassen.

Krankenhaus-Kommission nennt drei Kriterien für die Verteilung der Vorhaltezuschläge

Die Krankenhaus-Kommission hat in ihrer dritten Stellungnahme die Kriterien benannt, nach denen die Vorhaltevergütung zukünftig ausgeschüttet werden könnte. Die Kommission schlägt dazu vor, ein System der Krankenhausplanung aufzubauen, das auf der Einführung mehrerer sog. Versorgungsstufen und Leistungsgruppen basiert. Nach den Vorstellungen der Krankenhaus-Kommission sollen die Häuser zukünftig zunächst einer von drei Versorgungsstufen zugeteilt werden, die den möglichen Leistungsumfang eingrenzen. Die auf einer Versorgungsstufe möglichen Leistungen werden durch die Zuteilung von insgesamt 128 unterschiedliche Leistungsgruppen vorbestimmt. Nach diesem in Deutschland bereits in Nordrhein-Westfalen in ähnlicher Weise angewendeten System, werden jeweils verschiedene Diagnosegruppen zu Leistungsgruppen zusammengefasst, die als Merkmal der Planung und Zuweisung der Vorhaltevergütung dienen. Die Auszahlung der Vorhaltepauschalen an Krankenhäuser ist dann an die Vorhaltung einer Leistungsgruppe geknüpft. Voraussetzungen, um eine Leistungsgruppe anbieten zu können, sind ein entsprechender Versorgungsauftrag und die Einhaltung von **Strukturvoraussetzungen** (z.B. **Mindestversorgungsumfang, Geräteaus-**

stattung). Hiermit verspricht sich die Krankenhaus-Kommission bereits **unabhängig von der Vorhaltevergütung eine Konzentration der Leistungen an Standorte mit hoher Qualität**, an denen bestimmte Versorgungsleistungen angeboten werden. Außerdem wird vorgeschlagen, bestimmte Standorte mit ambulanter Grundversorgung/Tagesversorgung ohne Notfallaufnahme (sog. Level I) aus dem Vergütungssystem ganz ausgliedern und gesondert zu finanzieren. Durch die abweichende Finanzierung solcher Krankenhäuser mit integriertem Versorgungsangebot könnte die Grenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung durchlässiger gestaltet und so möglichen Fehlanreizen begegnet werden.

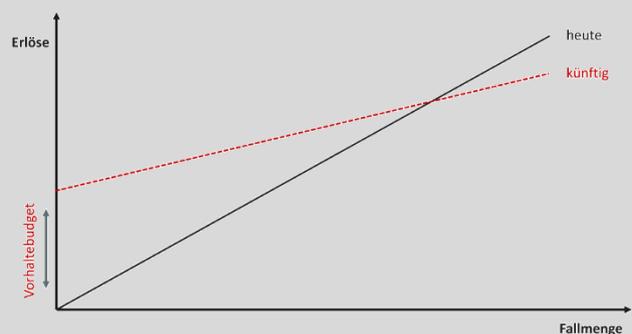
Die Vorhaltevergütung soll dann zunächst abhängig von der historischen Fallzahl in den Jahren 2021/2022 auf die Krankenhäuser verteilt werden. Im Zielzustand – d. h. nach einer Konvergenzphase von fünf Jahren – soll jedoch die Ausschüttung des Vorhaltebudgets auf Versorgungsregionen nach drei Kriterien erfolgen.⁶ Danach werden **die Vorhaltemittel zunächst nach der in der jeweiligen Region versorgten Bevölkerung** zugeteilt (erstes Kriterium). Innerhalb der Region teilen sich die Krankenhäuser, die das Angebot einer bestimmten Leistungsgruppe vorhalten, die Vorhaltemittel dieser Region untereinander. Als Aufteilungsschlüssel wird der **Marktanteil an den Behandlungsfällen herangezogen**, den die Krankenhäuser in



VORHALTEPAUSCHALEN ODER FIXKOSTENDEGRESSIONSABSCHLAG?

Eine Funktion der Vorhaltevergütung liegt darin, die starken Anreize der Krankenhäuser zur Erhöhung der Leistungsmenge zu reduzieren, indem der zusätzliche Erlös weiterer Fälle abgesenkt wird (siehe Grafik). Da die Vorhaltevergütung kurzfristig unabhängig von der Leistung ausbezahlt würde, reduziert sich mit der Pauschale die DRG-Vergütung eines zusätzlichen Falles um 20 bzw. 40 Prozent.

Allerdings kennt das System der Krankenhausfinanzierung bereits heute verschiedene Mechanismen, um (überoptimale) Mengenanreize zu reduzieren. Zu diesen gehört der seit 2017 wirksame Fixkostendegressionsabschlag. Der derzeit in § 4 Abs. 2a Krankenhausentgeltgesetz geregelte Abschlag senkt die Vergütung bestimmter Leistungen, die über ein vereinbartes Budgetvolumen hinausgehen für drei Jahre um 35 Prozent. Die Wirkung beider Instrumente auf die Mengenanreize ist daher sehr ähnlich. Der Fixkostendegressionsabschlag ließe sich grundsätzlich auch so ausgestalten, dass die Wirkung in Bezug auf eine Reduzierung der Mengenausweitung mit der der geplanten Vorhaltevergütung identisch wäre. Allein zur Beeinflussung der Mengenanreize ist die Einführung der Vorhaltevergütung demnach nicht erforderlich.



der Vergangenheit bei der Leistungsgruppe erreicht haben (zweites Kriterium). Der für die Aufteilung relevante Marktanteil soll in regelmäßigen, aber nicht näher definierten Abständen neu erhoben werden, sodass die Krankenhäuser dazwischen fallzahlunabhängig mit ihrem Vorhaltebudget planen können. Dabei soll zukünftig neben dem Marktanteil (der Fallzahl) auch die **Versorgungsqualität in den Krankenhäusern** die Budgetzuteilung beeinflussen (drittes Kriterium).

Bevölkerungskriterium erfordert konkretere strukturelle Differenzierung

Die von der Krankenhaus-Kommission vorgeschlagene Verteilung der Mittel liefert aus Sicht der Monopolkommission den richtigen Ansatzpunkt für die Einführung der Vorhaltepauschale. Zugleich weist die Monopolkommission darauf hin, dass ohne die Berücksichtigung weitergehender Kriterien für die Bevölkerungsstruktur die Ziele der Reform verfehlt werden könnten.

Um ein zentrales Ziel der Reform zu erreichen und solche Krankenhäuser, die den Versorgungsbedarf sichern, finanziell besser zu stellen, muss ein Teil des Vergütungsvolumens auf diese Häuser umgeschichtet werden. Die Vorhaltevergütung bedarf dazu mindestens eines Kriteriums, das die Bedarfsnotwendigkeit berücksichtigt. Die **Bedarfsnotwendigkeit wird jedoch durch den vorgeschlagenen Bevölkerungsbezug bei der Verteilung der Vorhaltepauschalen bisher nicht erfasst**. Denn nach dem Vorschlag der Krankenhaus-Kommission für die Umsetzung des Bevölkerungsbezuges soll die Höhe des Vorhaltebudgets berücksichtigen, wie viele Einwohnerinnen und Einwohner in der betreffenden Leistungsgruppe tatsächlich versorgt werden. Ferner sind demographische und Morbiditätsfaktoren nach Vorstellung der Krankenhaus-Kommission einzubeziehen. Ein so adjustierter Bevölkerungswert für eine Region wird jedoch mit der Fallzahl hoch korreliert sein. Erfolgt dann die Aufteilung des Vorhaltebudgets innerhalb der Region, wie vorgeschlagen, nach Marktanteilen (d. h. ebenfalls in Bezug zu den Fallzahlen), so wird sich die Verteilung der Finanzierungsmittel nur wenig von einer Finanzierung durch Fallpauschalen unterscheiden. Je mehr Fälle ein Krankenhaus versorgt, desto höher wird das Vorhaltebudget sein. Das Ziel der Sicherung der notwendigen Bedarfe gerade in Regionen mit geringer Fallzahl wird dadurch nicht oder nur schwer erreicht.

Auch hinsichtlich des Ziels der Reduzierung des Angebotes auf weniger Anbieter einer Leistungsgruppe in einer Region und die damit verbundene Hebung von Skaleneffekten bietet die Einführung eines so konzipierten Vorhaltebudgets keine spezifischen Vorteile. Zwar hätten Krankenhäuser Anreize, ihr Vorhaltebudget zu erhöhen, indem sie sich darauf einigen, bestimmte Leistungsgruppen an einzelnen Standorten aufzugeben und sich zu spezialisieren. Allerdings unterscheidet sich dieser Anreiz nicht von der Situation im heutigen Fallpauschalensystem, weil auch hier bei Aufgabe von Leistungsstandorten die Fälle und damit auch die Finanzierungsmittel auf die verbleibenden Standorte übergehen. Ferner hat die Krankenhaus-Kommission zur Umsetzung auch Kooperationen empfohlen. Hierbei hat sie jedoch nicht berücksichtigt, dass solche Kooperationen typische Merkmale einer strategischen Marktaufteilung beinhalten und Gefahr laufen, den Qualitätswettbewerb zu schwächen. Sie würden ggf auch gegen geltendes Kartellrecht verstoßen.⁷

Im Vorschlag der Krankenhaus-Kommission erfolgt die Verteilung höherer Mittel an bedarfsnotwendige und versorgungssichernde Krankenhäuser („kein alternatives Krankenhaus in akzeptabler Entfernung“)⁸ in der Fläche daher vor allem durch den Vorschlag, für solche Häuser eine Ausnahmeregelung zu schaffen. Sie sollen unabhängig von den Strukturkriterien und einer Mindestbevölkerungszahl in der Region betrieben werden dürfen und ein Mindestvorhaltebudget erhalten. Mit dieser Regelung soll der heutige Sicherstellungszuschlag ersetzt werden, durch den die Fallpauschalen nach bestimmten Kriterien erhöht werden, die die Sicherstellungsfunktion abbilden sollen.⁹ Nicht klar ist, ob das Mindestvorhaltebudget dabei auskömmlicher gestaltet werden soll als der heutige Sicherstellungszuschlag. Der Vorschlag der Krankenhaus-Kommission lässt deshalb offen, ob durch die vorgeschlagene Ausnahmeregelung tatsächlich eine Umlenkung auf die bedarfsnotwendigen Kapazitäten gelingen kann. Die Auswahl solcher Krankenhäuser, die in einer Region bedarfsnotwendig sind, hat sich zudem bereits für die Planungsbehörden der Bundesländer als schwierige Aufgabe erwiesen (siehe Kasten, S. 2).¹⁰

Vor diesem Hintergrund stellt die Monopolkommission fest, dass das von der Krankenhaus-Kommission ausgearbeitete Konzept der Vorhaltepauschalen wichtige konzeptionelle Aspekte einer Finanzierungsreform aufzeigt. Jedoch wird die Differenzierung der Vorhaltepauschalen in Bezug auf die Versorgungssicherungsfunktion bestimmter Krankenhäuser darin

noch nicht hinreichend vorgenommen. Außerdem werden wichtige Elemente des Wettbewerbs zwischen Krankenhäusern eingeschränkt. Die Monopolkommission sieht daher das Risiko, dass mit der so konzipierten Vorhaltefinanzierung nur geringe strukturelle Wirkungen einhergehen, die im Wesentlichen denen von zwei bereits bekannten Instrumenten, dem Fixkostendegressionsabschlag (siehe Kasten, S. 4) und dem Sicherstellungszuschlag, entsprechen, und darüber hinaus der Qualitätswettbewerb reduziert würde. **Diese Nachteile ließe sich jedoch beheben, indem die Zuweisung der Vorhaltekosten als regionale Budgets an Bevölkerungsmerkmalen anknüpft, die sich nicht an der Fallzahl, sondern an den strukturbedingten Kosten der Versorgung orientieren.** In Regionen in denen sich das Versorgungsangebot bedarfsnotwendiger Versorgungsangebote nicht trägt, weil z. B. nur eine zu geringe Auslastung erreicht wird, ist auch eine entsprechend höhere Vorhaltefinanzierung erforderlich. Außerdem sollte die Zuweisung der Budgetmittel dort, wo mehrere Krankenhäuser tätig sind, **in einem wettbewerblichen Verfahren erfolgen.**

Empirische Grundlagen schaffen: Vorbild Regionalausgleich im Risikostrukturausgleich

Konkret schlägt die Monopolkommission vor, die von der Krankenhaus-Kommission empfohlenen regionalen Vorhaltebudgets an den Kosten zu orientieren, die die effiziente Vorhaltung von sozial gewünschter Versorgungskapazität tatsächlich hat. Dabei ist es sinnvoll, die Kosten, die benötigt werden, um die Versorgung in einer Region aufrechtzuerhalten, **zu unterscheiden in Strukturmerkmale, die durch Akteure und Planung beeinflussbar sind, und solche, die nicht beeinflussbar sind.** Die nicht-beeinflussbaren bevölkerungsbezogenen Kostenfaktoren sollten auf dem Wege einer entsprechenden Verteilung der Vorhaltebudgets auf die Regionen tendenziell ausgeglichen werden. Ihr Ausgleich ist mit dem Wettbewerb vereinbar und verfälscht diesen nicht. Ein Beispiel für ein nicht beeinflussbares Merkmal ist die **Bevölkerungsdichte**. Ein Krankenhaus, das eine dünn besiedelte Region versorgt, hat voraussichtlich in vielen Bereichen eine deutlich geringere Auslastung (z. B. weniger Fälle in der Notaufnahme) und erreicht die optimale Betriebsgröße nicht. Die Mehrkosten, die durch die Aufrechterhaltung der Versorgung dort entstehen, sollten im Rahmen der Vorhaltefinanzierung ausgeglichen werden. Ein weiterer nicht beeinflussbarer Kostenfaktor sind regional un-

terschiedliche Arbeitskosten. Als Proxy für solche lokalen Betriebskostenunterschiede könnten z. B. regionale Preisindizes dienen, deren Nutzung bereits der Sachverständigenrat Gesundheit vorgeschlagen hat.¹¹

Ein relevanter beeinflussbarer Kostenfaktor ist demgegenüber die Zahl an Krankenhausstandorten, die eine Region versorgen. Teilt sich das Leistungsangebot in einer Region auf fünf unterschiedliche Krankenhausstandorte auf, obwohl es durch vier Standorte kostengünstiger (und qualitativ gleich oder besser) bereitzustellen wäre, so handelt es sich bei den Mehrkosten um solche, die von den Krankenhäusern oder der Krankenhausplanung beeinflussbar sind. Würden diese Kosten den Krankenhäusern im Rahmen der Vorhaltepauschale ausgeglichen, so würde dies Anreize reduzieren, die Versorgungsstruktur in der Region zukünftig effizienter zu gestalten.

Die Monopolkommission schließt sich der von der Krankenhaus-Kommission vorgeschlagenen Systematik für die Vorhaltepauschalen an. **Sie empfiehlt der Bund-Länder-Gruppe jedoch zudem, die relative Höhe der regionalen Vorhaltebudgets gesetzlich an nicht-beeinflussbare Bevölkerungsstruktur- und Kostenmerkmale zu koppeln.** Die Adjustierung der Parameter, nach denen eine Zuordnung der Vorhaltebudgets erfolgt, könnte später durch eine Rechtsverordnung erfolgen. Dies würde es dem Bundesministerium für Gesundheit zudem erlauben, **die erforderlichen Ausgleichsfaktoren im Rahmen eines Gutachtens durch die Auswertung empirischer Daten prüfen zu lassen.**

Vorbild hierfür könnte das Gutachten zu den regionalen Verteilungswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs sein, in dem der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs Angebots- und Nachfragefaktoren daraufhin evaluiert hat, ob diese die regionalen Versorgungskosten für die Krankenkassen beeinflussen können.¹² Das Gutachten war Grundlage für die gesetzliche Berücksichtigung regionaler Kostenunterschiede beim Risikostrukturausgleich seit dem Jahr 2021. Aus Sicht der Monopolkommission könnte der Zusammenhang zwischen nicht-beeinflussbaren Strukturmerkmalen und regionalen Kosten bestimmter Leistungsgruppen von Krankenhäusern analytisch bestimmt werden. Dazu könnten z. B. die vorliegenden Kostendaten des Instituts für Entgeltsysteme im Krankenhaus (InEK) von etwa 400 Kalkulationskrankenhäusern oder Daten

der Forschungsdatenzentren des Bundes und der Länder genutzt werden.

Die Monopolkommission weist darauf hin, dass ein solcher Regionalausgleich ggf. nicht über alle Leistungsgruppen erfolgen müsste. Solche Leistungsgruppen, deren Angebot nicht in jeder Region vorgehalten werden muss, erfordern keinen Ausgleich. Ferner ist bei der Abgrenzung von Regionen eine Entscheidung erforderlich, in welchem Gebiet die Versorgung sicherzustellen ist. Um innerhalb der Regionen die effizienten Krankenhäuser für eine Leistungsgruppe zu bestimmen, **stellen zudem Ausschreibungen ein geeignetes und zu empfehlendes Instrument dar.**¹³ Erbringen in einer Region etwa fünf Krankenhäuser Leistungen einer bestimmten Leistungsgruppe und sind nur vier notwendig für die Erbringen einer bedarfsgerech-

ten Versorgung, dann könnte der Vorhaltezuschlag für die jeweilige Leistungsgruppe in dieser Region von der Landeskrankenhausplanung durch Ausschreibung an die vier Krankenhäuser vergeben werden, die die niedrigsten Mittel beantragen. Weiterhin könnte die Ausschreibung auch genutzt werden, um aus Landesmitteln zusätzliche Ausgaben für Vorhaltepauschalen bereitzustellen, wenn ein Bundesland für sich ein höheres Versorgungsniveau oder konkretere Flächendeckung anstrebt. Demgegenüber ist von der Forcierung **marktstruktureller Kooperationen zwischen Krankenhäusern** zur Reduzierung der Leistungsstandorte **abzuraten**. Diese wären **mit einer Reduktion des Qualitätswettbewerbs und erheblichen kartellrechtlichen Bedenken verbunden**.

¹ Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (Krankenhaus-Kommission), Dritte Stellungnahme und Empfehlung: Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung, 6. Dezember 2022.

² Milstein, R. und Schreyögg, J.; Activity-based funding based on diagnosis-related groups: The end of an era? A review of payment reforms in the inpatient sector in ten high-income countries, HCHE Research Paper, No. 2022/28, University of Hamburg, Hamburg Center for Health Economics (HCHE), Hamburg.

³ Krankenhaus-Kommission, a.a.O., S. 20.

⁴ Ebd., S. 20.

⁵ Monopolkommission, Krankenhausversorgung nach Corona: Wettbewerb, Planung und Finanzierung neu organisieren, SG 83, Abschnitt 5.1.2.

⁶ Krankenhaus-Kommission, a.a.O., S. 25 f.

⁷ Ebd. Abschnitt 4.2.4.1.

⁸ Krankenhaus-Kommission, a.a.O., S. 27, Nr. 5.

⁹ Monopolkommission, Abschnitt 4.3.1.2.

¹⁰ Ebd. Abschnitt 4.2.3.1.

¹¹ SVR-Gesundheit, Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, Bonn/Berlin, Juni 2018, Tz. 383.

¹² Wissenschaftlicher Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt, Gutachten zu den regionalen Verteilungswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, 28. Juni 2018, Bonn.

¹³ Monopolkommission, Abschnitt 4.3.1.1.

Die Monopolkommission ist ein ständiges, unabhängiges Beratungsgremium, das die Bundesregierung und die gesetzgebenden Körperschaften auf den Gebieten der Wettbewerbspolitik, des Wettbewerbsrechts und der Regulierung berät. Die Monopolkommission besteht aus fünf Mitgliedern, die auf Vorschlag der Bundesregierung durch den Bundespräsidenten berufen werden. Vorsitzender der Monopolkommission ist Prof. Dr. Jürgen Kühling, LL.M.

KONTAKT

Monopolkommission
Kurt-Schumacher-Str. 8 · 53113 Bonn
info@monopolkommission.bund.de
www.monopolkommission.de

➔ Abonnieren Sie den Policy Brief bequem über unseren Mail-Newsletter:
www.monopolkommission.de/newsletter