

**Björn A. Kuchinke, Torsten Sundmacher,
Jürgen Zerth (Hrsg.)**

**Marktstrukturen und Marktverhalten im deutschen
Gesundheitswesen: Die Bereiche Pharma und
stationäre Versorgung im Fokus gesundheits-
ökonomischer Forschung**

DIBOGS-Beiträge zur Gesundheits- ökonomie und Sozialpolitik

Herausgegeben von Dr. Björn A. Kuchinke,
Dr. Torsten Sundmacher und Dr. Jürgen Zerth

Georg-August-Universität Göttingen, Professur
für Wirtschaftspolitik und Mittelstandsforschung

SUSTAIN CONSULT Dortmund

International Dialog College and Research
Institute (IDC), Diakonie Neuendettelsau

Band 5

**Marktstrukturen und
Marktverhalten im deutschen
Gesundheitswesen:**

**Die Bereiche Pharma und
stationäre Versorgung im Fokus
gesundheitsökonomischer
Forschung**

herausgegeben von Björn A. Kuchinke,
Torsten Sundmacher und Jürgen Zerth



Universitätsverlag Ilmenau
2011

Impressum

DIBOGS steht für „Duisburg-Ilmenau-Bayreuther Oberseminar zur Gesundheitsökonomie und Sozialpolitik“.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Angaben sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Technische Universität Ilmenau/Universitätsbibliothek

Universitätsverlag Ilmenau

Postfach 10 05 65

98684 Ilmenau

www.tu-ilmenau.de/universitaetsverlag

Herstellung und Auslieferung

Verlagshaus Monsenstein und Vannerdat OHG

Am Hawerkamp 31

48155 Münster

www.mv-verlag.de

ISSN 1865-1046 (Druckausgabe)

ISBN 978-3- 86360-005-1 (Druckausgabe)

URN urn:nbn:de:gbv:ilm1-2011100044

Vorwort

Der vorliegende Sammelband enthält ausgewählte Beiträge des sechsten Duisburg-Ilmenau-Bayreuther Oberseminars zur Gesundheitsökonomie und Sozialpolitik (DIBOGS). Dieser Workshop hat vom 29. bis 33. Oktober 2010 in Neuss stattgefunden.

Die DIBOGS-Veranstaltungsreihe, die im Herbst 2005 mit einem ersten Workshop in Bayreuth begonnen hat, richtet sich insbesondere an Doktoranden, Habilitanden und Juniorprofessoren. Intention ist es, ein breites Spektrum an gesundheitsökonomischen und gesundheitspolitischen Themen zu diskutieren und Raum für einen intensiven fachlichen Austausch von Gesundheitsökonominnen zu ermöglichen.

Mit dem vorliegenden fünften Band der Reihe „DIBOGS-Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Sozialpolitik“ werden nun wieder ausgewählte Workshopbeiträge einer breiten Öffentlichkeit vorgestellt. Die Publikation soll eine Informationsquelle für die (fach-)politische Öffentlichkeit sein. Aus diesem Grund fallen die abgedruckten Referate und Koreferate relativ knapp aus, enthalten aber aus Sicht der Herausgeber dennoch alle wesentlichen entscheidungsrelevanten Informationen. Insbesondere werden Fragestellung, Ergebnisse und wirtschaftspolitische Implikationen hervorgehoben. Die Beiträge sollen damit tiefer gehende fachwissenschaftliche Veröffentlichungen an anderer Stelle nicht ersetzen, sondern vielmehr auf diese „Appetit machen“ und inhaltlich Hilfestellung für weitere, umsetzungsbezogene Aufgaben geben.

Der Schwerpunkt des fünften Bandes liegt auf der Analyse von Marktstrukturen und Marktverhalten in den Bereichen Pharma und stationäre Versorgung. Im ersten Beitrag von *Birg* wird der Einfluss von Rabattverträgen zwischen Krankenkassen und pharmazeutischen Herstellern auf die Anzahl der Unternehmen im Markt untersucht. *Dewenter/Jaschinski/Kuchinke* untersuchen in ihrem Artikel die Frage der Zwei-Klassen-Medizin anhand von unterschiedlichen Wartezeiten im Krankenhaussektor unter besonderer

Berücksichtigung des räumlichen Wettbewerbs zwischen stationären Akteuren. *Schmid* gibt einen Überblick über den Forschungsstand im stationären Sektor mit dem Fokus auf Konzentration und Wettbewerb im Markt. *Schwegel* untersucht abschließend die kirchlichen Trägerstrukturen im deutschen Krankenhausmarkt.

Die Herausgeber möchten es an dieser Stelle nicht versäumen, sich bei Frau Judith Steckel und Frau Andrea Böhm für die redaktionelle und lektoratsmäßige Betreuung des Werks zu bedanken. Die Herausgeber danken außerdem Herrn Dr. Johannes Wilken von der Universitätsbibliothek der Technischen Universität Ilmenau für die Zusammenarbeit bei der Umsetzung des Bandes.

Göttingen, Dortmund, Neuendettelsau im August 2011 Björn A. Kuchinke
Torsten Sundmacher
Jürgen Zerth

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Vorwort.....	5
Inhaltsverzeichnis	7
Der Einfluss von Rabattverträgen zwischen Krankenkassen und pharmazeutischen Herstellern auf die Anzahl der Unternehmen <i>Laura Birg</i>	9
Koreferat zum Beitrag von Laura Birg „Der Einfluss von Rabattverträgen zwischen Krankenkassen und pharmazeutischen Herstellern auf die Anzahl der Unternehmen“ <i>Jürgen Zerth</i>	29
Zwei-Klassen-Medizin und Konzentration auf Krankenhausmärkten – Ergebnisse für Deutschland <i>Ralf Dewenter, Thomas Jaschinski, Björn A. Kuchinke</i>	35
Koreferat zum Beitrag von Ralf Dewenter, Thoms Jaschinski und Björn A. Kuchinke „Zwei-Klassen-Medizin und Konzentration auf Krankenhausmärkten – Ergebnisse für Deutschland“ <i>Hendrik Schmitz</i>	51
Die stationäre Versorgung in Deutschland – Konzentration und Wettbewerb: Eine Forschungsagenda? <i>Andreas Schmid</i>	59

Koreferat zum Beitrag von Andreas Schmid „Die stationäre Versorgung in Deutschland – Konzentration und Wettbewerb: eine Forschungsagenda?“	
<i>Björn A. Kuchinke</i>	81
Kirchliche Trägerstrukturen im deutschen Krankenhausmarkt – Eine explorative Analyse	
<i>Philipp Schwegel</i>	91
Koreferat zum Beitrag von Philipp Schwegel „Kirchliche Trägerstrukturen im deutschen Krankenhausmarkt – eine explorative Analyse“	
<i>Julia Graf</i>	109
Autorenverzeichnis/Herausgeberverzeichnis.....	117

Der Einfluss von Rabattverträgen zwischen Krankenkassen und pharmazeutischen Herstellern auf die Anzahl der Unternehmen¹

Laura Birg

	<i>Seite</i>
<i>Abstract</i>	10
1. <i>Einleitung</i>	11
2. <i>Hintergrund</i>	12
3. <i>Methodik</i>	20
4. <i>Ergebnisse</i>	22
5. <i>Wirtschaftspolitische Indikationen und Schlussfolgerungen</i>	24
<i>Literaturverzeichnis</i>	25

¹ Der vorliegende Text basiert auf dem Aufsatz „Discount Contracts for Pharmaceuticals“, welcher Bestandteil meiner Dissertation zu Regulierung im Arzneimittelmarkt ist. Ich bedanke mich für hilfreiche Anmerkungen bei den Organisatoren und Teilnehmern des Duisburg-Ilmenau-Bayreuther Oberseminars zur Gesundheitsökonomie und Sozialpolitik (DIBOGS) und des Hohenheimer Oberseminars sowie bei Horst Raff und Jan S. Voßwinkel.

Abstract

Dieser Beitrag analysiert den Einfluss von Rabattverträgen nach § 130a (8) SGB V zwischen Krankenkassen und pharmazeutischen Herstellern auf die Marktstruktur im Arzneimittelmarkt. In einem Modell heterogener Unternehmen, welche verschiedene generische Versionen anbieten, kann gezeigt werden, dass mit Einführung von Selektivverträgen die Anzahl der sich im Markt befindlichen Unternehmen sinkt. Die Anzahl der Unternehmen hängt positiv von der Anzahl der Krankenkassen sowie von der Anzahl der Vertragsmöglichkeiten (Anzahl der Krankenkassen, die einen Vertrag eingehen) ab. Sie hängt außerdem negativ von der Verhandlungsmacht der einzelnen Krankenkassen ab.

Ferner werden die Wohlfahrtswirkungen der Rabattvereinbarungen untersucht. Für alle Krankenkassen sinken die Ausgaben für Arzneimittel, unabhängig davon, ob sie selbst einen Vertrag eingehen oder nicht. Patienten profitieren von niedrigeren Zuzahlungen, ebenfalls unabhängig davon, ob sie ein rabattiertes Arzneimittel erhalten oder bei einer Krankenkasse versichert sind, die keinen Rabattvertrag abgeschlossen hat. Dem stehen höhere Opportunitätskosten gegenüber: Die Konsumenten, deren Krankenkasse einen Rabattvertrag abgeschlossen hat, sind über diesen Vertrag an das rabattierte Arzneimittel gebunden, ungeachtet ihrer Präferenzen. Für die Konsumenten, die ein Arzneimittel frei wählen können, steigen die ggf. Opportunitätskosten, wenn weniger Produktvarianten erhältlich sind.

1. Einleitung

Mit Einführung selektiver Vertragsinstrumente, die es Krankenkassen erlauben, direkt mit pharmazeutischen Herstellern Rabatte für die durch sie erstatteten Arzneimittel auszuhandeln², besteht im deutschen Arzneimittelmarkt ein Nebeneinander von zentraler Regulierung und dezentralen Verhandlungslösungen. Von staatlicher Seite gibt es derzeit für Arzneimittelpreise 27 verschiedene Regulierungsinstrumente, wie etwa Festbeträge als Erstattungsobergrenzen, Herstellerzwangsrabatte und Patientenzuzahlungen.³ Davon dienen 16 ausschließlich oder überwiegend der Kostendämpfung im Bereich der Arzneimittelausgaben.⁴ Im Durchschnitt ist der Regulierungsbestand seit 1977 alle 3 Jahre um neue, ergänzende Instrumente erweitert worden.⁵ Die Gesamtwirkung dieser Instrumente ist aufgrund der überwiegend unklaren Interdependenzen nicht vorhersehbar.⁶

Seit dem 1. Januar 2003 besteht für Krankenkassen die Möglichkeit, nach § 130a (8) SGB V dezentral mit pharmazeutischen Herstellern individuelle Rabatte auszuhandeln. Mit der am 1. April 2007 in Kraft getretenen Modifizierung der Aut-Idem-Regelung nach § 129 (1) SGB V im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes, welche durch die verpflichtende Substitution zu Gunsten rabattierter Arzneimittel eine Einflussnahme auf die Absatzmenge

² Im Verlauf dieses Artikels wird der Abschluss von Rabattverträgen mit dem Aushandeln von Preisen oder der Verhandlung zwischen einer Krankenkasse und einem Arzneimittelhersteller gleichgesetzt. Es handelt sich eigentlich um öffentliche Ausschreibungen von Wirkstoffen durch Krankenkassen, für welche pharmazeutische Unternehmen ihre Gebote abgeben. Der Begriff der Verhandlung wird jedoch verwendet, um die wechselseitige Einflussnahme zwischen Krankenkasse und Hersteller zu verdeutlichen. Im Modell führen eine verdeckte Erstpreisauktion (=öffentliche Ausschreibung) und eine Verhandlungslösung zum qualitativ gleichen Ergebnis.

³ Vgl. *FAZ* (2010).

⁴ Vgl. *Cassel/Wille* (2006).

⁵ Vgl. *Bungenstock* (2010).

⁶ Vgl. *Cassel/Wille* (2006).

erlaubt, erhielt diese Neuregelung erst wirtschaftliche Relevanz⁷. Krankenkassen können nach § 31 (3) SGB V die Zuzahlung halbieren oder aufheben.

Während einerseits hervorgehoben wird, dass Rabattverträge den Wettbewerb auf dem Arzneimittelmarkt fördern, wird andererseits eine zunehmende Unternehmenskonzentration auf dem Arzneimittelmarkt befürchtet. Da der Generikamarkt eine Tendenz zur Oligopolisierung aufweist und durch die Dominanz einiger großer Unternehmen wie die ratiopharm GmbH, Hexal AG und die Stada AG gekennzeichnet ist, wird eine durch Rabattverträge verstärkte Konzentration befürchtet.

Vor diesem Hintergrund ist das Ziel dieses Beitrags die Untersuchung der Auswirkungen von Rabattvereinbarungen auf die Marktstruktur im Arzneimittelmarkt.

2. Hintergrund

Nach § 130a (8) SGB V können Krankenkassen mit einzelnen pharmazeutischen Herstellern individuelle Rabatte wie eine mengenbezogene Staffelung des Preisnachlasses, ein jährliches Umsatzvolumen mit Ausgleich von Mehrerlösen oder eine Erstattung in Abhängigkeit von messbaren Therapieerfolgen vereinbaren. Gegenstand dieser Verträge kann entweder ein einzelner Wirkstoff oder das Gesamtsortiment des Herstellers sein. § 69 (2) SGB V in Verbindung mit § 97 GWB sieht vor, dass Rabattverträge unter Beachtung des Vergaberechts abzuschließen sind. Dies beinhaltet die Unterteilung der Aufträge in Gebietslose und die Beachtung der mittelständischen Interessen.

Im August 2010 bestanden 12.526 Rabattverträge zwischen 163 Krankenkassen und 140 Arzneimittelherstellern. Ein Großteil der Verträge (95,5 %)

⁷ Vgl. *Pflaum* (2010).

erstreckt sich auf Generika. Mittlerweile ist fast jede zweite (46,8 %) abgegebene Packung im nicht-patentgeschützten Markt rabattiert.⁸ Die AOK gibt Einsparungen von rund 520 Mio. Euro für das Jahr 2010 an, seit 2007 sind insgesamt Einsparungen von einer Milliarde Euro erwachsen. Der *IGES-Arzneimittel-Atlas* (2010) beziffert die Einsparungen für den gesamten Markt bei einer durchschnittlichen Rabatthöhe von 12,8 % auf 930,4 Mio. Euro.⁹ Die Information über die Höhe der gewährten Rabatte ist nicht-öffentlich. Die AOK gibt an, durchschnittliche Preisnachlässe von etwa 23 % des Apothekenabgabepreises bzw. 35 % des Herstellerabgabepreises erhalten zu haben.¹⁰

Das Aushandeln von Arzneimittelpreisen ist kein rein deutsches Phänomen, sondern findet auch in anderen Ländern Anwendung.¹¹ Während in anderen europäischen Ländern allerdings zum Zeitpunkt der Markteinführung eines neuen Arzneimittels ein Marktpreis zwischen dem Hersteller und einer Zulassungsbehörde vereinbart werden, stellt das deutsche System insofern eine Besonderheit dar, als dass auf dezentraler Ebene kassenindividuelle Preisnachlässe auf einen bestehenden Marktpreis verhandelt werden und die Frage der Verordnungsfähigkeit über die Substitution zugunsten rabattierter Arzneimittel an diese Verträge gebunden ist.

Für pharmazeutische Hersteller ist das Abschließen eines Rabattvertrags aus mehreren Gründen attraktiv: Die geänderte Aut-Idem-Regelung sieht eine

⁸ Vgl. *Pro Generika* (2010a).

⁹ Vgl. *IGES-Arzneimittel-Atlas* (2010).

¹⁰ Vgl. *AOK* (2011).

¹¹ Die Grenze zwischen einer Verhandlungslösung und dem regulatorischem Festsetzen einer Preisobergrenze scheint fließend zu verlaufen. In der regulierungspolitischen Wirklichkeit erfolgt der Entscheidungsprozess nicht ohne die Stakeholder. Daher ordnen verschiedene Autoren verschiedene Länder einem Verhandlungssystem oder einem Höchstpreissystem zu. So geben *Espin/Rovira* (2007) an, dass Preisverhandlungen in Italien stattfinden. *Mrazek/Mossialos* (2004) verorten Verhandlungen in Frankreich, Österreich, Portugal, Italien und Spanien, *Pita Barros/Martinez-Giralt* (2006) in Großbritannien.

vorrangige Abgabeverpflichtung des Apothekers zugunsten rabattierter Arzneimittel vor und verschafft dem Vertragspartner damit ein temporäres Belieferungsmonopol.¹² Damit sind vor allem die Rabattverträge, die mit mitgliederstarken Krankenkassen wie den AOKen oder den großen Ersatzkassen zustande kommen, attraktiv.

Darüber hinaus stellen Rabattverträge eine Möglichkeit dar, die Verordnungsfähigkeit solcher Arzneimittel wiederherzustellen, die im Rahmen der Nutzenbewertung durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) von der Verordnungsfähigkeit ausgeschlossen wurden, weil sie einen Preis oberhalb des Preises für Vergleichsarzneimittel haben.¹³ So hat beispielweise der Gemeinsame Bundesausschuss die Verordnungsfähigkeit von Insulinaloga aufgrund eines IQWiG-Gutachtens, das den bis zu 70% höheren Preis gegenüber Humaninsulin nicht durch einen Zusatznutzen gerechtfertigt sah, eingeschränkt.¹⁴ Wenn Hersteller von Insulinaloga mit Krankenkassen einen entsprechenden Rabattvertrag abschließen, sind Insulinaloga auch bei Typ 2-Diabetikern wieder zu Lasten der GKV verordnungsfähig.¹⁵ Für Arzneimittelhersteller haben Rabattverträge außerdem den Vorteil, dass die gewährten Preisnachlässe vertraulich sind und damit in keiner offiziellen Liste auftauchen. Da Deutschland für einige europäische Länder ein Referenzland bei der Festlegung von Arzneimittelpreisen ist, könnte sonst eine Preisreduktion in Deutschland zu niedrigeren Preisen in ganz Europa führen.¹⁶

¹² Vgl. *Pro Generika* (2010b).

¹³ Vgl. *Pirk* (2008).

¹⁴ Vgl. *Gemeinsamer Bundesausschuss* (2010).

¹⁵ Vgl. *Gemeinsamer Bundesausschuss* (2010).

¹⁶ Vgl. *Pirk* (2008).

Wright (2004) zeigt in einem spieltheoretischen Ansatz, dass Unternehmen, die Produkte mit hoher Qualität anbieten¹⁷, von einer Verhandlungslösung profitieren können. So ist im Vergleich zum Fall ohne Regulierung der Preis bei einer Verhandlungslösung zwar niedriger, der Gewinn jedoch größer.

Eine solche Überlegung scheint hinter einem Positionspapier des Verbands forschender Arzneimittelhersteller (vfa) zu stehen, in dem er sich für eine wettbewerbliche Lösung ausgespricht.¹⁸ Gleichzeitig wird die Abschaffung zentraler Regulierung gefordert, da das „Nebeneinander von Dirigismus und Wettbewerb (...) ordnungspolitisch inkonsequent und auf Dauer nicht tragfähig“ sei.¹⁹ Diese Haltung lässt sich vielleicht auch darauf zurückführen, dass im Nebeneinander von zentraler Regulierung über Festbeträge und dezentralen Verhandlungen der jeweilige Festbetrag als Preisobergrenze wirkt.²⁰

Zentrale Preisregulierung durch Preisverhandlungen als alleinigen Preisbildungsmechanismus zu ersetzen, ist jedoch nicht unproblematisch, da höhere Preise resultieren können. So zeigen *Garcia Mariñosa et al.* (2009) in einem Zwei-Länder-Modell, dass Regulierungsbehörden aufgrund geringerer Preise dann externe Referenzierung gegenüber Verhandlungslösungen präferieren, wenn Zuzahlungen relativ hoch sind und das regulierende Land klein ist. In diesem Zusammenhang ist auch das Ergebnis von *Jelovac* (2005) zu sehen, dass in Verhandlungen der Preis eines Arzneimittels mit der Höhe der Zuzahlungen steigt. *Ackermann* (2010) gelangt zu einem ähnlichen Ergebnis. Regulierungsbehörden mit wenig Verhandlungsmacht (welche mit der Größe eines Landes

¹⁷ In dem Modellrahmen kann die vertikale Differenzierung der Produkte auch auf die Wahrnehmung der Konsumenten zurückgeführt werden, d. h. es ist ausreichend, wenn die Konsumenten ein Produkt als qualitativ höherwertig wahrnehmen, es muss nicht objektiv höherwertig sein.

¹⁸ Vgl. *Verband forschender Arzneimittelhersteller* (2011).

¹⁹ Vgl. *Verband forschender Arzneimittelhersteller* (2011).

²⁰ Vgl. *Greß et al.* (2009).

korreliert ist) bevorzugen Höchstpreise, die auf den Preisen des gleichen Produkts in anderen Ländern basieren, anstatt mit pharmazeutischen Herstellern den Preis direkt auszuhandeln.²¹

Aus Sicht der Patienten hingegen können Rabattvereinbarungen jedoch erstrebenswert sein. Die Kombination aus Krankenkassen-Wahlтарifen und Rabattverträgen ermöglicht schließlich Wettbewerb im Bereich der Leistungserbringung.²² Einzelne Krankenkassen werden sich bemühen, durch ein differenziertes Angebot Wettbewerbsvorteile zu erhalten.²³ Patienten könnten somit eine auf ihre Bedürfnisse zugeschnittene Krankenkasse wählen.

Aus wettbewerbsökonomischer Sicht ist die Bewertung der Rabattverträge jedoch uneinheitlich. Es ist nicht eindeutig, wie die Auswirkungen der Rabattverträge auf den Wettbewerb auf dem Arzneimittelmarkt sind. Einerseits wird angeführt, dass öffentliche Ausschreibungen den Wettbewerb fördern. Im Allgemeinen gilt Wettbewerb aufgrund der positiven Auswirkungen auf die Allokation von Produktionsfaktoren, die Bereitschaft zur Innovation und Erweiterung von Wahlmöglichkeiten als wünschenswert.²⁴ Mithilfe eines wettbewerblichen Ansatzes wie dezentralen Verhandlungen ließe sich auch der Konflikt zwischen den gewünschten statischen Effekten der Regulierung, d. h. Kostendämpfung aufgrund niedrigerer Preise, und den unerwünschten dynamischen Effekten, einer geringeren Innovationsbereitschaft, entschärfen.²⁵ Daher plädieren *Cassel/Wille (2006)* aus ordnungspolitischer Perspektive für einen wettbewerblichen Ansatz und verweisen darauf, dass damit eine Vielzahl

²¹ Vgl. *Ackermann (2010)*.

²² Vgl. *Baake et al. (2010)*.

²³ Vgl. *Baake et al. (2010)*.

²⁴ Vgl. *Bungenstock (2007)*.

²⁵ Vgl. *Cassel/Wille (2006)*.

der bisherigen Regulierungsinstrumente überflüssig werde. Effiziente, d. h. preisgünstige Anbieter könnten sich durchsetzen.²⁶

Eine zusätzliche Forcierung des Wettbewerbs erfolgt durch die verpflichtende Substitution zugunsten rabattierter Arzneimittel. Die Exklusivität der Verträge erhöht den Wettbewerbsdruck, da weitere Anbieter ausgeschlossen werden.²⁷ Insbesondere Kassen mit hohen Mitgliederzahlen sind aus Unternehmenssicht attraktive Vertragspartner und verstärken damit den Wettbewerb unter den Anbietern.²⁸

Dem gegenüber steht die Gefahr der Konzentration auf dem Arzneimittelmarkt. Die ökonomische Theorie verweist auf wettbewerbsbeschränkenden Effekt von Exklusivverträgen, wenn etablierte Unternehmen Rabatte gewähren, um den Markteintritt möglicher Konkurrenten zu verhindern.²⁹ *Calzolari/Denicolo* (2009) stellen fest, dass die Vertragsausgestaltung für die Auswirkungen auf den Wettbewerb entscheidend ist. Während exklusive Verträge in einem Modell adverser Selektion, in welchem Firmen differenzierte Produkte anbieten und in nicht-linearen Preisen konkurrieren, zu verstärktem Wettbewerbsdruck und höherer Effizienz führen, resultieren Rabatte, die mit dem Anteil des Unternehmens an den Gesamteinkäufen eines Kunden steigen, in schwächeren Wettbewerb und geringerer Effizienz³⁰.

Es besteht außerdem die Gefahr, dass sich Krankenkassen absprechen und somit niedrigere Preise durchsetzen.³¹ Die hierdurch drohende Marktmacht der Nachfrageseite liegt auch der Forderung des Verbands forschender Arzneimittelhersteller nach einer „umfänglichen Anwendung des Kartellrechts auf

²⁶ Vgl. *Baake et al.* (2010).

²⁷ Vgl. *Baake et al.* (2010).

²⁸ Vgl. *Baake et al.* (2010).

²⁹ Vgl. *Erutku* (2006) u. *Aghion/Bolton* (1987).

³⁰ Vgl. *Calzolari/Denicolo* (2009).

³¹ Vgl. *Baake et al.* (2010).

alle Marktteilnehmer“ zugrunde, um „annähernd Waffengleichheit zu schaffen“.³²

Auch sind wettbewerbsverzerrende Effekte möglich, wenn die Quersubventionierung besonders günstiger Angebote an mitgliederstarke Krankenkassen durch überteuerte Angebote an kleine Kassen stattfindet.³³ Hierdurch ergeben sich absolute Kostennachteile für kleine Kassen, die ihre Wettbewerbsposition schwächen und die Konzentration im Bereich der Krankenkassen weiter befördern.³⁴

Empirisch lässt sich tatsächlich im Verlauf der Anwendung von Rabattverträgen eine Verschiebung von Marktanteilen hin zu größeren Unternehmen beobachten. Die großen Arzneimittelhersteller hatten sich an den ersten Ausschreibungen nicht beteiligt, so dass vor allem kleinere und mittelständische Unternehmen den Zuschlag erhielten.³⁵ Erst an den folgenden Ausschreibungen haben sich dann auch die großen Unternehmen beteiligt. Insgesamt haben die Absatzanteile kleiner und mittelständischer Unternehmen aus Rabattverträgen zwischen April 2007 und Juni 2008 abgenommen, während große Unternehmen einen Zuwachs von 5 % im April 2007 zu 78 % im Juni 2008 zu verzeichnen haben.³⁶

Pro Generika, der Branchenverband der Generika-Hersteller, weist auch darauf hin, dass in der 3. und 4. Ausschreibungstranche der AOK³⁷ drei Konzerne mit 370 Zuschlüssen mehr als die Hälfte der 695 Ausschreibungen ge-

³² Vgl. *Verband forschender Arzneimittelhersteller* (2011).

³³ Vgl. *Baake et al.* (2010).

³⁴ Vgl. *Baake et al.* (2010).

³⁵ Vgl. *Greß et al.* (2009).

³⁶ Vgl. *Greß et al.* (2009).

³⁷ Die entsprechenden Verträge sind zum 1. Juni 2009 und 1. April 2010 in Kraft getreten, vgl. *Pro Generika* (2010b).

wonnen haben.³⁸ Die Unternehmen, die vorher mit der AOK die entsprechenden Arzneimittel abgerechnet haben, verlieren damit den Zugang zu diesen Wirkstoffmärkten.

Pro Generika kritisiert grundsätzlich das System der Rabattverträge, welches den Gewinnern der Ausschreibungen über die Aut-Idem-Regelung ein temporäres Belieferungsmonopol schaffe und damit zur Marktabschottung vor potentiellen Konkurrenten führe.³⁹ Die Beschränkung des Wettbewerbs auf die Preiskomponente und Vernachlässigung versorgungsrelevanter qualitativer Aspekte führe vor allem zu einem Vorteil für die großen, um- und absatzstarken Unternehmen, die hohe Skaleneffekte nutzen können.⁴⁰

Die AOK selbst verweist darauf, dass die Auswahl eines einzigen Rabattpartners pro Gebietslos „ausgesprochen mittelstandsfreundlich“ sei.⁴¹ Bei der Erteilung eines Zuschlags an mehrere Unternehmen gewöhnen dann bei der Abgabe in der Apotheke vor allem die großen Unternehmen, die über einen starken Apothekenaußendienst verfügen.⁴²

Vor diesem Hintergrund ist das Ziel dieses Beitrags die Untersuchung der Auswirkungen von Rabattvereinbarungen auf die Marktstruktur im Arzneimittelmarkt.

3. Methodik

Den Analyserahmen der vorliegenden Untersuchung bildet ein mikroökonomischer Modellansatz, der monopolistischen Wettbewerb zwischen Anbie-

³⁸ Vgl. *Pro Generika* (2010b).

³⁹ Vgl. *Pro Generika* (2010b).

⁴⁰ Vgl. *Pro Generika* (2010b).

⁴¹ Vgl. *AOK* (2011).

⁴² Vgl. *AOK* (2011).

tern differenzierter Produkte zugrunde legt, wobei den Besonderheiten des deutschen Systems Rechnung getragen wird.

Untersucht wird ein Markt für die generischen Versionen eines bestimmten Wirkstoffs.

Die Modellierung der Nachfrageseite folgt *Salop* (1979). Aus Konsumentensicht stellen die einzelnen generischen Varianten heterogene Produkte dar, da zwar alle Varianten den gleichen Wirkstoff enthalten, aber sich hinsichtlich der sonstigen Zusatzstoffe, der Dosierungsform oder der Bioverfügbarkeit unterscheiden.⁴³ Die Gesamtmasse der Konsumenten ist auf 1 normiert. Sie sind auf einem Kreis mit einem Umfang von 1 gleichverteilt. Auf diesem Kreis befinden sich auch die Unternehmen, ebenfalls gleichverteilt. Der Standort eines Konsumenten gibt seine Präferenz für eine ideale Variante wieder, Abweichungen verursachen Opportunitätskosten (auf dem Kreis Transportkosten) in Höhe des Produkts aus der Distanz auf dem Kreis und der Kosten pro Einheit Abweichung. Ein gegebener Konsument berücksichtigt in seiner Kaufentscheidung nur die beiden nächsten Varianten rechts und links von seinem Standort. Für alle übrigen Varianten sind die Opportunitätskosten zu hoch.

Die Angebotsseite ist in Anlehnung an *Melitz/Ottaviano* (2008) modelliert. Unter den einzelnen Unternehmen herrscht monopolistischer Wettbewerb, d. h. die Produktdifferenzierung und die Präferenz der Konsumenten für eine bestimmte Produktvariante verleiht dem einzelnen Anbieter einen gewissen Grad an Marktmacht. Insgesamt herrscht freier Marktzutritt (Unternehmen machen keine Gewinne), so dass die Anzahl der Unternehmen endogen ist. Die einzelnen Unternehmen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Produktivität, was über den Parameter der Grenzkosten dargestellt wird. Modelliert wird

⁴³ Vgl. *Scherer* (1996).

dies als ein Ziehen aus einer Verteilung von Grenzkosten, zu einem Zeitpunkt, nachdem Unternehmen die irreversiblen Markteintrittskosten bezahlt haben. Unternehmen, die ihre Grenzkosten decken können, verbleiben im Markt und bieten eine generische Variante an. Unternehmen mit zu hohen Grenzkosten müssen den Markt verlassen. Dieser Modellansatz erlaubt es nicht nur, eine Aussage über die Anzahl der Unternehmen im Markt zu treffen, sondern auch darüber, welche Unternehmen den Markt verlassen oder betreten. So lässt sich bestimmen, ob vergleichsweise effiziente Firmen oder ineffiziente Firmen, Firmen mit vergleichsweise hohen oder niedrigen Preisen, mit vergleichsweise großen oder kleinen Marktanteilen den Markt verlassen oder betreten. Bei der Preissetzung sind für das einzelne Unternehmen alle Wettbewerber ausschlaggebend.

Das Abschließen eines Rabattvertrags ist als Verhandlungslösung⁴⁴ nach *Nash* (1950) modelliert. Hierbei verhandeln eine Krankenkasse und ein pharmazeutischer Hersteller über die Aufteilung eines Überschusses (surplus), der sich als Differenz zwischen Verhandlungslösung und einer Alternativoption ergibt. Die Krankenkasse minimiert ihre Ausgaben für die Erstattung des Arzneimittels, das Unternehmen maximiert seinen Gewinn aus einem niedrigeren Preis und einer festen Absatzmenge. Der Anreiz für Unternehmen einen Rabattvertrag abzuschließen folgt aus dem Abgabevorrecht für rabattierte Arzneimittel, so dass mit dem Abschluss eines Rabattvertrags eine feste Absatzmenge verbunden ist. Die Alternativoption ist hier die Marktsituation ohne Rabattvertrag. Die Krankenkasse muss auf Basis des Marktpreises die Kosten des Arzneimittels erstatten, für das Unternehmen ergeben sich Preis und Absatzmenge aus dem Wettbewerb. Für die Aufteilung des Überschusses ist die

⁴⁴ Es ergeben sich die gleichen Ergebnisse wie bei einer Erstpreisauktion mit Kapazitätsschranken. Ohne Kapazitätsschranken würde der Anbieter mit den niedrigsten Grenzkosten und dem niedrigsten Preis Rabattverträge mit allen Krankenkassen abschließen.

Verteilung der Verhandlungsmacht zwischen Krankenkasse und pharmazeutischem Hersteller entscheidend. Es wird angenommen, dass keine wiederholten Verhandlungen stattfinden, beim Scheitern einer Verhandlung bestimmt freier Wettbewerb das Marktergebnis. Aus Sicht der Krankenkassen stellen die verschiedenen generischen Varianten homogene Produkte dar, so dass es keine Präferenz für einen bestimmten Anbieter gibt.

4. Ergebnisse

Rabattverträge wirken über zwei Kanäle auf den Unternehmensgewinn: Zum einen ist eine niedrigere Restnachfrage vorhanden, die über den Wettbewerb von Unternehmen gedeckt wird. Zum anderen sichert der Abschluss eines Rabattvertrags Unternehmen eine feste Absatzmenge.

Können Krankenkassen und Arzneimittelhersteller Rabattverträge schließen, verringert sich die Anzahl der Unternehmen im Markt. Die Anzahl der Unternehmen im Markt steigt mit der Anzahl der Krankenkassen und mit der Anzahl der Vertragsmöglichkeiten (Anzahl der Krankenkassen, die einen Vertrag abschließen). Die Anzahl der Unternehmen sinkt mit der Verhandlungsmacht der einzelnen Krankenkasse. Je höher die Verhandlungsmacht der einzelnen Krankenkasse ist, desto näher ist der verhandelte Preis am Grenzkostenniveau, d. h. desto geringer ist der Gewinn aus dem Abschluss eines Rabattvertrags.

Ferner steigt die Anzahl der Unternehmen mit den Opportunitätskosten bei Abweichung von der idealen Produktvariante, da die Nachfrage pro Unternehmen mit den Opportunitätskosten sinkt. Bei höheren Opportunitätskosten haben Konsumenten eine geringere Zahlungsbereitschaft für eine abweichende Produktvariante und dementsprechend eine höhere Zahlungsbereitschaft für eine passende Variante.

Zudem steigt die Anzahl der Unternehmen mit der Zuzahlungsrate der Patienten. Anders als bei *Jelovac* (2005) liegt hier keine direkte Abhängigkeit des

verhandelten Preises von der Zuzahlung vor, aber die nachgefragte Menge des einzelnen Unternehmens steigt mit der Zuzahlung.

Die Unternehmen, die den Markt verlassen, zeichnen sich durch vergleichsweise hohe Grenzkosten, d. h. eine geringere Produktivität aus. Diese Unternehmen hatten zuvor geringere Marktanteile und vergleichsweise hohe Preise.

Die Wohlfahrtseffekte von Rabattverträgen sind nicht eindeutig. So ergeben sich niedrigere Zuzahlungen für alle Konsumenten, unabhängig davon, ob bei den entsprechenden Krankenkassen Rabattverträge bestehen. So ist zum einen der Marktpreis niedriger, der sich für die Krankenkassen ergibt, die keine Rabattverträge eingehen. Konsumenten, die in Krankenkassen versichert sind, die Rabattverträge abgeschlossen haben, profitieren von niedrigeren verhandelten Preisen, ggf. auch von einer Halbierung oder Aufhebung der Zuzahlung durch die entsprechende Kasse. Dem stehen höhere Opportunitätskosten gegenüber. Da Krankenkassen die generischen Varianten als homogene Produkte und damit perfekte Substitute betrachten, berücksichtigen sie die Präferenzen ihrer Versicherten nicht. Damit ergeben sich für Patienten Opportunitätskosten, in die maximal der halbe Kreisumfang als Entfernung von der idealen Variante eingeht. Auch für die Konsumenten, die in Kassen versichert sind, die keine Rabattverträge abschließen, sind ggf. die Opportunitätskosten höher, da weniger Unternehmen im Markt sind und damit weniger Produktvarianten zur Verfügung stehen. Die Ausgaben für Arzneimittel sinken für alle Kassen, zum einen weil die rabattierten Preise niedriger als die Marktpreise sind, zum anderen weil der durchschnittliche Marktpreis auch niedriger ist.

5. Wirtschaftspolitische Implikationen und Schlussfolgerungen

Bei der Bewertung des Ergebnisses, dass sich bei Bestehen der Rabattverträge weniger Unternehmen im Markt befinden, ist der Geltungsbereich des Modells zu beachten: Es wird hier nur ein Wirkstoff-Markt betrachtet. Das heißt, ein Marktaustritt im Modell ist hier als Austritt aus einem Wirkstoff-

Markt zu verstehen. Dementsprechend lassen sich diesem Modell keine Beobachtungen über eine niedrigere Anzahl von Unternehmen gegenüberstellen. Es müsste vielmehr untersucht werden, ob Arzneimittelhersteller Wirkstoff-Märkte verlassen, d. h. weniger Produkte herstellen.

Die Frage der Opportunitätskosten ist gesundheitsökonomisch höchst relevant. So ist der Austausch von Arzneimitteln in einigen Arzneimittelklassen wie Antiepileptika nicht möglich, da die optimale Dosierung für jeden Patienten individuell festgestellt werden muss und die unterschiedlichen zulässigen Grade an Bioverfügbarkeit der verschiedenen Präparate den Therapieerfolg gefährden.⁴⁵

Eine Umfrage im Auftrag des NAV-Virchow-Bundes spiegelt die negative Wahrnehmung der Rabattverträge in der Öffentlichkeit wider. So ist eine Mehrheit der Befragten gegen Rabattverträge, weil sie der Auffassung ist, nicht die Krankenkasse, sondern vielmehr der Arzt solle entscheiden, welches Arzneimittel verschrieben wird oder weil sie ein früher verschriebenes Arzneimittel beibehalten möchte.⁴⁶

Weiterer Forschungsbedarf besteht bei der Analyse der dynamischen Effekte auf dem Arzneimittelmarkt. Hier ist zu klären, welches die langfristigen Auswirkungen der geringeren Anzahl an Unternehmen sind. Kurzfristig ist ein geringerer Marktpreis zu beobachten, es ist jedoch zu untersuchen, ob langfristig mit sinkender Anzahl der Unternehmen die Arzneimittelpreise steigen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Rabattverträge – wie befürchtet – zu einem Rückgang der Anzahl der Unternehmen auf einem Wirkstoffmarkt führen. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass die Firmen, die den Markt verlassen, vergleichsweise ineffizient sind und sich durch hohe Preise und

⁴⁵ Vgl. *Hopf* (2002).

⁴⁶ Vgl. *NAV-Virchow-Bund* (2007).

niedrige Marktanteile auszeichnen. Der Marktaustritt dieser Firmen hat also einen effizienzsteigernden Effekt und führt zu einem geringeren durchschnittlichen Marktpreis. Dem steht jedoch ein Wohlfahrtsverlust durch den Verlust an Produktvarianten gegenüber.

Literaturverzeichnis

- Ackermann, P.* (2010), External price benchmarking vs. price negotiation for pharmaceuticals, University of Bern Working Paper No. 10-04, <http://www.vwl.unibe.ch/papers/dp/dp1004.pdf>.
- Aghion, P., Bolton, P.* (1987), Contracts as a barrier to entry, in: *The American Economic Review*, 77. Jg., Nr. 3, S. 388-401.
- AOK* (2011), Erfolgsmodell AOK-Arzneimittelrabattverträge, online unter: http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/aokbv/politik/wettbewerb/aok_faq_rabattvertraege_s_01012011.pdf.
- Baake, P., Kuchinke, B. A., Wey, C.* (2010), Wettbewerb und Wettbewerbsvorschriften im Gesundheitswesen, DICE ordnungspolitische Perspektiven Nr. 5, online unter: http://www.dice.uniduesseldorf.de/Wirtschaftspolitik/Dokumente/005_OP_Baake_Kuchinke_Wey.pdf.
- Bungenstock, J. M.* (2010), Deutscher Arzneimittelmarkt zwischen Wettbewerb und Regulierung im zusammenwachsenden Europa, in: *Wirtschaftsdienst*, Sonderheft, S. 51-58.
- Calzolari, G., Denicolo, V.* (2009), Competition with exclusive contracts and market-share discounts, Cepr Discussion Paper Nr. 7613, online unter: <http://www.cepr.org/pubs/dps/DP7613.asp>.
- Cassel, D., Wille, E.* (2006), Vertragswettbewerbliche Steuerung der Arzneimittelversorgung, in *Wirtschaftsdienst*, 86. Jg., Nr. 10, S. 679-686.

- Erutku, C.* (2006), Rebates as incentives to exclusivity, in: *The Canadian journal of economics*, 39. Jg., Nr. 2, S. 477-492.
- FAZ* (2010), Ein überregulierter Markt, *FAZ* Nr. 44 vom 22. Februar 2010, S. 14.
- Garcia Mariñoso B., Jelovac I., Olivella P.* (2010), External referencing and pharmaceutical price negotiation, in: *Health Economics*, Article first published online: 24. Juni 2010.
- Gemeinsamer Bundesausschuss* (2010), Fragen und Antworten zum Thema Insulinanalog, online unter: <http://www.g-ba.de/institution/sys/faq/82/>.
- Greif, S., Kötting, C., May, U., Wasem, J.* (2009), Rabattverträge in der gesetzlichen Krankenversicherung - Auswirkungen einer Oligopolisierung des generikafähigen Arzneimittelmarkts, in: *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 14. Jg., Nr. 5, S. 237-242.
- Häussler, B., Höer, A., Hempel, E., Klein, S.* (2010), *Arzneimittel-Atlas 2010: Der Arzneimittelverbrauch in der GKV*, München.
- Hopf, G.* (2002), Arzneimittel: „Aut idem“ in Kraft - aber nicht so schnell, in: *Deutsches Ärzteblatt* 99. Jg., Nr. 11 S. A-680 / B-556 / C-524.
- Jelovac, I.* (2005), On the relationship between the negotiated price of pharmaceuticals and the patients' co-payment, Working Paper, online unter: https://www.gate.cnrs.fr/IMG/pdf/NEGO_y10_m01.pdf.
- Melitz, M., Ottaviano, G.* (2008), Market size, trade, and productivity, in: *The review of economic studies*, 75. Jg., Nr. 262, S. 295-316.
- Mrazek, M., Mossialos, E.* (2004), Regulating pharmaceutical prices in the European Union, in: Mossialos, E., Mrazek, M., Walley, T. (Hrsg.): *Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality*, Maidenhead, S. 114-129.

- Nash, J.* (1950), The bargaining problem, in: *Econometrica*, 18. Jg, Nr. 2, S. 155-162.
- NAV-Virchow-Bund* (2007), Krankenkassen & Medikamentenverordnung. Eine Untersuchung der GfK Marktforschung, online unter: <http://www.nav-virchowbund.de/images/data/GfK-Patientenbefragung.pdf>.
- Pita Barros, P., Martínez-Giralt, X.* (2006), Models of negotiation and bargaining in health care, in: Jones, A. (Hrsg.): *The Elgar Companion to Health Economics*, York, S. 233-241.
- Pflaum, J.* (2009), Rabattverträge nach § 130a Abs. 8 SGB V und der deutsche Arzneimittelmarkt, Hamburg.
- Pirk, O.* (2008), Preisbildung und Erstattung, in: Schöffski, O., Fricke, F.-U., Guminski, W. (Hrsg.): *Pharmabetriebslehre*, Berlin, S. 155-172.
- Pro Generika* (2010a), Kurzanalyse Entwicklung im GKV-Arzneimittelmarkt im August 2010, online unter: http://www.progenerika.de/downloads/8992/Kurzanalyse_August2010.pdf.
- Pro Generika* (2010b), Newsletter profil Nr. 01/2010 (Februar 2010), http://www.progenerika.de/downloads/8585/100218_profil01_10.pdf.
- Salop, S.* (1979), Monopolistic competition with outside goods, in: *Bell Journal of Economics*, 10. Jg, Nr.1, S. 141 - 156.
- Scherer, F. M.* (1996), *Industry structure, strategy, and public policy*, New York.
- Verband forschender Arzneimittelhersteller* (2011), Positionspapier „Selektives Kontrahieren im Arzneimittelmarkt“, Januar 2011, online unter: <http://www.vfa.de/download/pos-rabattvertraege.pdf>.

Wright, D. (2004), The drug bargaining game: pharmaceutical regulation in Australia, in: *Journal of health economics*, 23. Jg., Nr. 23, S. 785-813.

Koreferat zum Beitrag von Laura Birg „Der Einfluss von Rabattverträgen zwischen Krankenkassen und pharmazeutischen Herstellern auf die Anzahl der Unternehmen“

Jürgen Zerth

	Seite
1. Zusammenfassung und Einordnung.....	30
2. Zur theoretischen Analyse	31
3. Gesundheitspolitische Anmerkungen.....	33
Literaturverzeichnis.....	34

1. Zusammenfassung und Einordnung

Der Beitrag von *Laura Birg* greift die in Deutschland durch das Arzneimittelneuordnungsgesetz (AMNOG) relevante Frage auf, wie künftig das Verhältnis zwischen Preisbildung im Arzneimittelbereich einerseits und der Nachfragebeziehung zwischen Kostenträgern und Pharmaindustrie andererseits organisiert werden soll. Bezieht sich die erste Frage vornehmlich auf die Aspekte einer so genannten „vierten Hürde“ bei der Definition der Erstattungsbeträge, so knüpft die zweite Frage an der Möglichkeit einer wettbewerblichen Umsetzung der Preisbewertungsfrage an. Das Instrumentarium der Rabattverträge steht in diesem Zusammenhang im Vordergrund der theoretischen wie gesundheitspolitischen Analyse, vereint es doch das Potenzial einer Kosten-Nutzen-Abwägung mit den Möglichkeiten einer Differenzierung zwischen den Krankenversicherungen innerhalb des Krankenversicherungswettbewerbs. Nach einer langen Einführung in die vielfältige Konstellation der Rabattverträge in Deutschland konzentriert sich die Arbeit von *Birg* auf die Modellierung eines „generischen“ Arzneimittelmarktes, der nachfrageseitig durch ein *Salop*-Modell (1979) dargestellt und dessen Angebotsstruktur durch die Form einer monopolistischen Konkurrenz im Sinne von *Melitz/Ottaviano* (2008) skizziert wird. Der Rabattierungsprozess zwischen Pharmahersteller und Krankenversicherungen gestaltet sich in der Modellannahme durch ein Nash-Verhandlungsspiel. Die Partner einigen sich auf einen Preis, eine Wiederverhandlungsannahme wird explizit ausgeschlossen.

Das Ergebnis im Verhandlungsspiel ist sowohl von der Machtposition der Krankenversicherungen und der Pharmahersteller als auch von der Alternativoption zum Vertragsschluss abhängig. Letztgenannte Option wird durch die einfache Marktlösung charakterisiert, nach der die Krankenversicherungen den Marktpreis gezahlt hätten und die Unternehmer Preis und Menge gemäß dem Wettbewerbsprozess ansetzen würden. Entscheidend für

die Modellbetrachtung ist einerseits die nachfrageseitige Salop-Annahme, nach der die Konsumenten eine Präferenz für verschiedene Produktvarianten äußern, die sich beispielsweise in der Galenik, Dosierungsform o. ä. unterscheiden. Andererseits hängt die Marktstruktur bei grundsätzlich freiem Marktzugang davon ab, ob bei versunkenen Eintrittskosten die Grenzkosten eine Wettbewerbssituation angesichts der Konkurrenz durch die anderen Wettbewerber möglich macht. Diese Modellannahme lässt somit den Markteintritt endogen erklären. Allgemein zieht *Laura Birg* den Schluss, dass die Möglichkeit selektive Rabattverträge abschließen zu können, die Überlebensfähigkeit der anderen Anbieter tendenziell verringert, da die wettbewerbliche Restnachfrage sinkt bzw. bei größerer Anzahl und damit korrespondierend geringerer Verhandlungsmacht der Krankenversicherung die Position eines Pharmaunternehmens mit Rabattvertrag sich verbessert. Abschließend kommt die Autorin zum Schluss, dass der Wohlfahrtseffekt von Rabattverträgen in einem Wirkstoffmarkt nicht eindeutig ist. Wenn Krankenkassen generische Präparate als weitgehend perfekte Substitute behandeln, die Produktvariation auf der Seite Patientennachfrager jedoch als heterogen betrachtet wird, sinkt mit geringerer Anbieterzahl die Austauschmöglichkeit und damit u. U. die Wohlfahrt. Dem entgegenzuhalten sind die Preiseffekte von Rabattverträgen mit größerem Umfang, da damit allgemeine Preiseffekte und somit geringe Ausgaben möglich sind.

2. Zur theoretischen Analyse

Die theoretische Arbeit von *Birg* leistet eine interessante Ergänzung zur Verknüpfung gesundheitsökonomischer mit industrieökonomischer Analyse, für die sich der Arzneimittelmarkt auch unmittelbar anbietet. Gleichwohl scheint die gewählte Modellklasse gerade für den Generikamarkt nur mit Einschränkungen gut gewählt zu sein. So wird ein wesentlicher Teil der wirtschaftspolitischen Effekte im gewählten Modell der Autorin dadurch

erzielt, dass die Endkonsumenten, nämlich die Patienten, die Arzneimittelhersteller als heterogen – dargestellt durch das Salop-Modell – ansehen, die Krankenversicherungen aber für sich ein homogenes Produkt nachfragen. Ungeachtet der Auseinandersetzung inwiefern bei Generika homogene oder heterogene Produkte vorliegen, müsste in der Analyse deutlicher vorkommen, inwiefern die Nachfragerrolle des Patienten streng von der Nachfragerrolle der Krankenversicherung getrennt werden kann. Gerade wenn die Krankenversicherung, etwa im Lichte von Managed-Care-Überlegungen, eine Agentenrolle für die Patienten übernimmt, könnte diese entweder darin mitwirken, die Qualitätseinschätzung des Patienten hinsichtlich der Arzneimittel zu beeinflussen, etwa im Fall von hidden information, oder im Krankenversicherungswettbewerb selbst Interesse an einer Heterogenität auch mit einem bestimmten Rabattvertrag zu erlangen. Darüber hinaus gilt es zu fragen, ob die Wettbewerbssituation der Arzneimittelhersteller mit dem gewählten Modell von *Melitz/Ottaviano* (2008) in allen Ausprägungen der Morphologie des generischen Arzneimittelmarktes entsprechen kann. So ist es zwar zu erwarten, dass die Eintrittskosten im Generikamarkt eine deutlich geringere Rolle spielen als bei Originalpräparaten, gerade im Lichte der Entwicklungskosten eines Arzneimittels. Fortsetzungsmodelle zum klassischen *Salop*-Modell, wie etwa bei *Economides* (1989), der Markteintritt, Qualitätsvariantenwahl und Preisentscheidungen in einem Drei-Stufen-Modell kombiniert, könnten eine interessante Alternative bzw. Ergänzung zum gewählten Modellkorsett darstellen.

Aus gesundheitsökonomischer Sicht bleibt zu berücksichtigen, dass etablierte Generikaanbieter durchaus verschiedene Markteintrittsschranken nutzen können, um den Eintritt in den Generikamarkt zu steuern. Darunter können einerseits Größeneffekte zählen wie andererseits Reputation und bisherige Verträge mit Kostenträgern. Vor diesem Hintergrund wäre beispielsweise eine Erweiterung des Modells um strategische Kalküle, etwa im Sinne von „Raising Rival’s Costs“ zu überlegen. Ein Beispiel ließe sich etwa im

Ansatz von *Erutku* (2006) finden, der zwei Pharmaproduzenten und zwei Krankenversicherungsunternehmen im Wettbewerb modelliert, dabei aber durchaus die Bedeutung von sunk costs als mögliche glaubwürdige Drohung im Wettbewerbsprozess untersucht.

3. Gesundheitspolitische Anmerkungen

Gerade die gesundheitspolitischen Effekte von Rabattierungsstrategien sind interessant, da bei Annahme eines krankenkassenzentrierten Wettbewerbs u. U. Aspekte der Anbietermacht mit Monopsonneffekten kollidieren. So erwartet die Autorin zwar infolge der Rabattverträge eine angebotsseitige Marktkonsolidierung, sieht aber keine eindeutige Implikation für die dynamischen Aspekte etwa hinsichtlich des Preisniveaus. Es wäre aber gerade interessant, den Aspekt des Verhandlungsspiels, der im Papier der allgemeinen Nash-Annahme folgt, noch genauer zu betrachten. Das Nash-Ergebnis hängt nicht nur von der Marktmachtverteilung ab, sondern impliziert noch eine deutlichere Auseinandersetzung mit der Alternativoption. So wäre es durchaus reizvoll zu fragen, welche Effekte ein Wiederverhandlungsansatz, der beispielsweise auch durch den Regulator gefordert sein kann, auf die Marktstruktur des Angebots sowie auf die Preisentwicklung haben würde. Vor diesem Hintergrund gilt es die Analyse noch um Aspekte des regulativen Einflusses auf die Rabattierungsentscheidung zu ergänzen, was als Nebeneffekt auch eine Annäherung an die Entwicklung etwa im deutschen Gesundheitswesen gemäß den Veränderungen des AMNOG ermöglichen würde.

Literaturverzeichnis

- Economides, N.* (1989), Symmetric Equilibrium Existence and Optimality in Differentiated Product Markets, in: Journal of Economic Theory 47, S. 178-194.
- Erutku, C.* (2006), Rebates as incentives to exclusivity, in: The Canadian journal of economics, 39. Jg., Nr. 2, S. 477-492.
- Melitz, M., Ottaviano, G.* (2008), Market size, trade, and productivity, in: The review of economic studies, 75. Jg., Nr. 262, S. 295-316.

Zwei-Klassen-Medizin und Konzentration auf Krankenhausmärkten – Ergebnisse für Deutschland

Ralf Dewenter, Thomas Jaschinski, Björn A. Kuchinke

	Seite
1. <i>Hintergrund und Idee</i>	36
2. <i>Daten und Vorgehensweise</i>	38
3. <i>Ergebnisse</i>	45
4. <i>Diskussion</i>	47
<i>Literaturverzeichnis</i>	49

1. Hintergrund und Idee

In der deutschen, aber auch in der internationalen gesundheitspolitischen sowie gesundheitsökonomischen Diskussion stehen regelmäßig zwei Aspekte im Fokus. Erstens wird die Frage der Effizienz und Effektivität von ganzen Gesundheitssystemen oder Teilbereichen bzw. Teilmärkten diskutiert. Zunehmend wird hierbei die Rolle eines wettbewerblich ausgestalteten Systems hinterfragt, d. h. inwieweit durch Wettbewerb Effizienz erzielt werden kann. Zweitens wird die Frage analysiert, welche Gruppen von Personen am meisten oder am wenigsten an einem Gesundheitssystem partizipieren. Hierbei wird auch erörtert, ob es Unterschiede in der Behandlung von Patienten gibt, ob also bestimmte Gruppen von Patienten bei identischer Erkrankung schneller einen Behandlungstermin erhalten als andere.

Für Deutschland gilt, dass mit den letzten beiden „großen“ Reformen, dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) und dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKVOrg-WG), hinsichtlich der ersten Fragestellung das politische Pendel eindeutig in Richtung wettbewerbliche Ausgestaltung des deutschen Systems ausgeschlagen hat, wenn auch aus gesundheitsökonomischer Sicht dieser Weg bislang nicht konsequent zu Ende gegangen worden ist.¹ Ein „Mehr“ an Wettbewerb ist nicht zuletzt der gesundheitsökonomischen Erkenntnis geschuldet, dass dadurch Effizienzpotenziale gehoben werden können und letztendlich positive Effekte für die Patienten bzw. Versicherten zu erwarten sind.

Die zweite Frage, die nach der unterschiedlichen Behandlung von Patienten, wird in Deutschland sehr häufig mit dem Schlagwort der „Zwei-Klassen-Medizin“ belegt. Ohne näher auf alle diskutierten Facetten dieses Schlagwortes

¹ An dieser Stelle soll nicht auf einzelne Aspekte eingegangen werden. Vgl. hierzu *Baake/Kuchinke/Wey* (2009).

eingehen zu wollen, ist an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass ein Aspekt oder Kriterium die Wartezeit ist. Hierbei wird stets angeführt, dass Privatversicherte schneller einen Termin bekommen als gesetzlich Versicherte und insofern Privatpatienten erster Klasse, gesetzlich Versicherte zweiter Klasse behandelt werden. Diese häufig vertretene These oder Ansicht gilt unabhängig davon, ob die Behandlung im niedergelassenen Ärztebereich oder etwa im stationären Sektor erfolgt. Zentral fußt diese These auf dem Faktum, dass private Krankenversicherungen häufig mehr für die gleiche Leistung zahlen² und Privatversicherte einen Anspruch auf ein Mehr³ an Leistungen haben. Der Anbieter hat also vom Grundsatz her den Anreiz den Privatpatienten dem gesetzlichen Patienten vorzuziehen, weil zusätzlicher Umsatz und Gewinn generiert werden kann.⁴

Im vorliegenden Beitrag werden nun beide Aspekte miteinander verbunden. Ausgangspunkt ist zunächst die Frage, ob der versorgungstechnisch höchst relevante Bereich der Krankenhäuser zwischen privat und gesetzlich Versicherten unterscheidet. In unserem Fall wird diese Frage an der Tatsache festgemacht, ob Krankenhäuser beim Erstkontakt mit den Patienten den Versichertenstatus tatsächlich abfragen. Denn nur wenn die Krankenhäuser den Versichertenstatus kennen, können Sie eine Ungleichbehandlung durchführen. Hierbei wird auf Daten aus einer Studie von *Sauerland/Kuchinke/Wübker* (2008) zurück gegriffen. Es wird anschließend geprüft, welchen Einfluss aus wettbewerbsökonomischer Sicht hoch oder weniger konzentrierte Märkte auf den Zugang zu stationären Dienstleistungen haben, inwiefern also das Verhalten der Krankenhäuser bei der Bevorzugung von alternativ versicherten Patienten

² Bezogen auf den Krankenhausbereich gilt dies z. B. für Implantate wie Stens oder Herzschrittmacher.

³ Hierzu zählt z. B. bezogen auf Krankenhäuser der Anspruch auf Ein- oder Zweibettzimmer oder Chefarztbehandlung.

⁴ Zu den Anreizen im stationären Sektor vgl. *Sauerland/Kuchinke/Wübker* (2008).

in Abhängigkeit von der wettbewerblichen Situation (Konzentration) voneinander abweicht.

Der Beitrag beginnt mit der Beschreibung der verwendeten Daten und der methodischen Vorgehensweise (Kapitel 2). Es folgt die Vorstellung der Ergebnisse in Kapitel 3 und die Diskussion der neuen Erkenntnisse in Kapitel 4.

2. Daten und Vorgehensweise

Im Rahmen der Ermittlung der Terminvergabe und der Wartezeiten von Versicherten sind insgesamt drei Krankheitsbilder aus alternativen medizinischen Fachrichtungen betrachtet worden⁵: Erstens aus dem Bereich Chirurgie die Indikation „Knöchelbruch“ (Weber-B-Fraktur), zweitens aus der Kardiologie die Indikation „Herzkranzgefäßverengung“ (Stenose) und drittens aus der Frauenheilkunde die Indikation „Krebsverdacht“ (Konisation). Insgesamt wird bei allen drei Krankheitsbildern ein Behandlungstermin innerhalb von zwei Wochen als medizinisch erforderlich angesehen.

Jede zufällig ausgewählte Klinik ist von einem geschulten Anrufer zwecks Terminvereinbarung angerufen worden. Die Interviewer haben jedes Telefonat mit standardisierten Formulierungen zu ihrer Person und ihrer Erkrankung, jedoch nicht zum Versichertenstatus begonnen. Der Versichertenstatus ist bei den Gesprächen nur auf Nachfrage des Krankenhauses mitgeteilt worden. Da die Anrufer zunächst die Rolle eines gesetzlich Versicherten eingenommen haben, sind in einer neuen Anrufrunde alle Krankenhäuser, die aktiv den Versichertenstatus abgefragt haben, vom gleichen Probanden nach 14 Tagen noch einmal angerufen worden. Dabei hat sich der Anrufer in diesem zweiten Anruf als fiktiver Privatpatient ausgegeben. Hierdurch wird eine mögliche Abwei-

⁵ Vgl. hier wie im folgenden *Sauerland/Kuchinke/Wübker* (2008).

chung bei der Terminvergabe zwischen gesetzlich und privat Versicherten geprüft.⁶

Im Rahmen der Datenerhebung sind insgesamt 483 Kliniken angerufen worden.⁷ Als Ergebnis ist hier zu konstatieren, dass (nur) 120 der 483 angerufenen Kliniken den Versichertenstatus abgefragt haben. D. h. nur 120 Kliniken sind überhaupt in der Lage, zwischen Versicherten zu unterscheiden und alternative Terminierungen vorzunehmen. Rund 75 % der Krankenhäuser verfügen gar nicht über die Information des Versichertenstatus und können folglich auch keine Termine nach Versicherungsstatus vergeben.

Da im vorliegenden Beitrag ein wettbewerbsökonomischer Blickwinkel eingenommen und die Frage erörtert werden soll, welche Rolle der Wettbewerb für die Abfrage des Versichertenstatus und der möglichen, alternativen Termine und Wartezeiten spielt, kommt es darauf an, wie die Krankenhäuser räumlich verteilt liegen.⁸ Einen Überblick über die räumliche Verteilung der Krankenhäuser im Datensample gibt nachfolgende Abbildung 1. Die 363 grauen Punkte verdeutlichen dabei die Krankenhäuser, die den Versichertenstatus nicht abgefragt haben, die 120 schwarzen dagegen die Häuser die nach der Versicherung gefragt haben. Die Größe der Punkte gibt die Größe des jeweiligen Krankenhauses gemessen an der Bettenkapazität an.

⁶ Für die vorliegende Studie wurden jedoch lediglich die Daten aus der ersten Befragungsrunde benötigt, da wir hier lediglich darauf abgezielt haben, ob ein Krankenhaus überhaupt den Versichertenstatus erfragt hat. Für eine Analyse anhand beider Befragungsrunden vgl. *Sauerland/Kuchinke/Wübker* (2008).

⁷ Es sind 483 Häuser von 1.659 als relevant eingestufte Kliniken angerufen worden. Die Erhebung hat 2006 stattgefunden.

⁸ Zu einer weiteren Fragestellung vgl. *Schmierx et al.* (2011). Es sind 483 Häuser von 1.659 als relevant eingestufte Kliniken angerufen worden.

Abbildung 1: Räumliche Verteilung der berücksichtigten Krankenhäuser



Bereits hier fällt auf, dass viele der schwarzen Punkte in bevölkerungsreichen Agglomerationsräumen und Städten wie Berlin, München, Stuttgart liegen oder im Rhein-Main-Gebiet und dem Ruhrgebiet zu finden sind. In diesen Regionen liegen die Krankenhäuser in geringer Reichweite voneinander und der Versichertenstatus wird dort offenbar häufiger abgefragt. In bevölkerungsarmen Gegenden, respektive in den neuen Bundesländern wie z. B. Mecklenburg-Vorpommern, ist genau das Gegenteil der Fall.

Das in Abbildung 1 dargestellte Bild soll im Folgenden untersucht und geklärt werden. Die Idee ist eine Variable, die die Abfrage nach dem Versichertenstatus verdeutlicht, auf eine Wettbewerbsvariable zu regressieren. Dabei spielt die Abgrenzung des (relevanten) Marktes eine erhebliche Rolle.⁹ Hierbei wird auf die Praxis des Bundeskartellamtes zurück gegriffen, die auch international als gängig zu bezeichnen ist. Sachlich wird davon ausgegangen, dass

⁹ Zur Marktabgrenzung im Krankenhaussektor vgl. *Kuchinke/Kallfass* (2007).

Kliniken grundsätzlich auf dem gleichen Markt tätig sind.¹⁰ Es wird also keine Unterscheidung zwischen Allgemeinkrankenhäusern und Krankenhäusern mit speziellen Schwerpunkten gemacht. Dies gilt auch deswegen, weil die betrachteten Erkrankungen in allen Kliniken behandelbar sind. Räumlich wird der Markt von uns jedoch nicht, wie vom Bundeskartellamt, über Patientenströme abgegrenzt, da uns diese Informationen nicht zur Verfügung stehen. Wie jedoch in vielen Krankenhauszusammenschlussfällen in Deutschland zu sehen ist, hat die Entfernung des Krankenhauses vom Patienten einen zentralen Einfluss auf die Wahl eines Krankenhauses. Betrachtet werden daher von uns, im Sinne der „fixed-radius technique“, Kreise mit alternativen Radien um die einzelnen Krankenhäuser, um die Einzugsgebiete der Krankenhäuser abbilden zu können.¹¹ Dies soll den räumlichen Markt eines Krankenhauses approximieren.

Je nachdem, wie viele Krankenhäuser in einem solchermaßen abgegrenzten Markt zu finden sind bzw. wenn Krankenhausmärkte sich überschneiden, kann von einer hohen (wenige Kliniken) oder niedrigen (viele Kliniken) Konzentration gesprochen werden. Um die Frage zu klären, welche bzw. wie viele Kliniken in einem räumlichen Markt liegen, sind die Entfernungen (Luftlinie) zwischen allen Krankenhäusern in Deutschland berechnet worden. Dies stellt jedoch nur ein Konzentrationsmaß dar. Es werden ferner die Marktanteile der Krankenhäuser und der Herfindahl-Index (HHI) berechnet. Ausgangspunkt ist hierbei, dass die 1.659 berücksichtigten Krankenhäuser insgesamt 463.201 Betten betrieben haben und die Bettenzahl der einzelnen Krankenhäuser bekannt ist. Hinsichtlich der räumlichen Verteilung aller Kliniken in Deutschland

¹⁰ Nicht mit betrachtet werden Spezialkliniken, wie etwa reine psychiatrische Häuser, Sonderkrankenhäuser und Rehabilitationkliniken.

¹¹ Mit der Wahl von räumlich unterschiedlich großen Märkten soll die Robustheit der Ergebnisse sicher gestellt werden.

sowie der dazugehörigen Betten ergibt sich das in Abbildung 2 und 3 dargestellte Bild. Es ist zu erkennen, dass sowohl bei der Betrachtung der Kliniken als auch bei den Bettenzahlen Regionen mit einer hohen und einer niedrigen Krankenhaus- bzw. Bettendichte auszumachen sind. Mehr Krankenhäuser und damit eine geringere Konzentration lassen sich in bevölkerungsreichen Gegenden und großen Städten finden. Hierbei seien das Ruhrgebiet und Berlin exemplarisch angeführt. Umgekehrtes gilt für bevölkerungsarme Gegenden, wie etwa den neuen Bundesländern.

Abbildung 2: Verteilung der Kliniken



Abbildung 3: Bettenverteilung



Abbildung 2 verdeutlicht aber auch, dass bei größer gewähltem Radius, also einem größeren räumlichen Markt für ein Krankenhaus, zunehmend mehr Krankenhäuser in einem wettbewerblichen Verhältnis stehen. Je größer also der Markt gewählt wird, umso geringer wird die Konzentration und umgekehrt. Es zeigt sich gleichzeitig, dass in ländlichen, bevölkerungsarmen Gebieten, wie etwa in Mecklenburg-Vorpommern, teilweise Monopolstellungen auszumachen sind, also die höchstmögliche Form der Konzentration vorliegt.

Auf dieser ersten Darstellung aufsetzend, zeigt Tabelle 1 eine erste deskriptive Übersicht und bestätigt den Zusammenhang zwischen Radius und wettbewerblicher Situation bzw. Konzentration. In Einklang damit stehen auch die Betrachtung der Marktanteile und des HHI. Je größer der Radius gewählt wird umso kleiner ist der Marktanteil eines Klinikums, weil mehr Konkurrenten im Markt tätig sind. Entsprechendes gilt für den HHI: Je größer der Radius umso kleiner der HHI, d. h. größere Radien gehen mit einer abnehmenden Konzentration einher.

Tabelle 1: Konzentration (n = 483)

Variable	Definition	Mittelwert	Standardabweichung
<i>bosp5</i>	Zahl der Krankenhäuser in 5 km	1.95	3.09
<i>bosp10</i>	Zahl der Krankenhäuser in 10 km	4.44	6.63
<i>bosp15</i>	Zahl der Krankenhäuser in 15 km	7.93	9.75
<i>bosp20</i>	Zahl der Krankenhäuser in 20 km	12.19	13.21
<i>bosp25</i>	Zahl der Krankenhäuser in 25 km	16.66	16.80
<i>share5</i>	Marktanteil bei einem Radius von 5 km	0.7098	0.3379
<i>share10</i>	Marktanteil bei einem Radius von 10 km	0.5688	0.3737
<i>share15</i>	Marktanteil bei einem Radius von 15 km	0.4182	0.3589
<i>share20</i>	Marktanteil bei einem Radius von 20 km	0.2899	0.2991
<i>share25</i>	Marktanteil bei einem Radius von 25 km	0.2120	0.2473
<i>HHI5</i>	HHI bei einem Radius von 5 km	7.134	3.098
<i>HHI10</i>	HHI bei einem Radius von 10 km	5.776	3.442
<i>HHI15</i>	HHI bei einem Radius von 15 km	4.334	3.247
<i>HHI20</i>	HHI bei einem Radius von 20 km	3.067	2.672
<i>HHI25</i>	HHI bei einem Radius von 25 km	2.285	2.178

Nachfolgende Tabelle 2 zeigt einige der verwendeten Variablen. Die Variable *Ask* ist die abhängige Variable und zeigt an, ob das Krankenhaus den

Versichertenstatus abgefragt hat (Wert 1) oder nicht (Wert 0). Die zentrale erklärende Variable ist der bereits erläuterte und in Tabelle 1 enthaltene HHI, der als Maß für die Konzentration genommen wird. Es werden darüber hinaus weitere Kontrollvariablen verwendet, wie etwa der Basisfallwert, die Bettenkapazität, die Trägerschaft und die Erkrankung, um insbesondere der Heterogenität der Krankenhäuser gerecht zu werden und hier weitere Erkenntnisse zu gewinnen. Es werden außerdem Dummies für die einzelnen Befragungsmonate und das jeweilige Bundesland gesetzt.

Tabelle 2: Variablen

Variable	Definition
<i>Ask</i>	Dummy = 1, wenn der Versichertenstatus abgefragt wurde
<i>Koni</i>	Dummy = 1 bei Konisation
<i>Stenosis</i>	Dummy = 1 bei Stenose
<i>Weber</i>	Dummy = 1 bei Weber-B-Fraktur
<i>Beds</i>	Anzahl der Betten
<i>BFW</i>	Basisfallwert
<i>Public hospital</i>	Dummy = 1, wenn ein öffentliches Krankenhaus befragt wurde
<i>Non-profit hospital</i>	Dummy = 1, wenn ein gemeinnütziges Krankenhaus befragt wurde
<i>Private hospital</i>	Dummy = 1, wenn ein privates Krankenhaus befragt wurde
<i>University hospital</i>	Dummy = 1, wenn ein Universitätskrankenhaus befragt wurde
<i>Plan hospital</i>	Dummy = 1, wenn ein Plankrankenhaus befragt wurde
<i>Hosp. with service contract</i>	Dummy = 1, wenn ein Krankenhaus mit Versorgungsvertrag befragt wurde

Zu berücksichtigen ist, dass die Marktkonzentration zwar möglicherweise die Wahrscheinlichkeit der Abfrage des Versichertenstatus beeinflusst, die Abfrage des Versichertenstatus jedoch umgekehrt langfristig auch die Markt-

konzentration beeinflussen kann. Wie zuvor erläutert, wird angenommen, dass die Abfrage des Versichertenstatus eine Möglichkeit für ein Krankenhaus darstellt, einen Vorteil gegenüber seinen Wettbewerbern zu erlangen. Abfragende Krankenhäuser, die eine hohe Zahl an profitablen Privatpatienten behandeln, sind dazu in der Lage, die Mehreinnahmen in Qualität und Kapazität zu investieren. Höhere Qualität in Form von neuen Gerätschaften, mehr Personal etc. geht wiederum einher mit einer relativ zu den Wettbewerbern gesteigerten Nachfrage nach Krankenhausbehandlungen. Höhere Nachfrage bedeutet für ein Krankenhaus wiederum eine Zunahme der benötigten Bettenkapazität (bzw. zumindest eine geringere Abnahme der Bettenkapazität), somit steigende Marktanteile und eine höhere Marktkonzentration.

Da eine Nichtberücksichtigung dieser Simultanitätsbeziehung zwischen *Ask* und *HHI* eine Verzerrung des geschätzten Koeffizienten hervorruft, wird ein Instrumentvariablenschätzer angewendet. Als Instrumente dienen sozio-ökonomische Variablen der Landkreise, in denen die jeweiligen Krankenhäuser liegen, da diese ausschlaggebend bei der politischen Planung der Krankenhausinfrastruktur und Bettenkapazitäten sind. Konkret dienen die Variablen *Popdens* (Anzahl 1.000 Einwohner je km²), *Oldshare* (Relation Anzahl Einwohner 65+ zu Anzahl Einwohner unter 65 Jahre) und *Grosswage* (durchschnittliches Bruttoeinkommen) als Instrumentvariablen. Die Qualität der Instrumentvariablen wurde anhand verschiedener Tests überprüft.¹²

3. Ergebnisse

Nachfolgende Tabelle 3 zeigt die Ergebnisse der Schätzungen einiger ausgewählter Variablen. Bei der Schätzung im nicht instrumentierten Fall, wenn

¹² Auf eine ausführliche Beschreibung wird hier verzichtet. Für eine ausführliche Darstellung der Analyse sowie der Ergebnisse vgl. *Deventer/Jaschinski/Kuchinke* (2010).

also die Endogenität des HHI nicht berücksichtigt wird, zeigt sich, dass der Koeffizient für die Marktkonzentration $HHI25$ nicht signifikant von Null verschieden ist. D. h. die Konzentration scheint keinen Einfluss auf die Abfrage des Versichertenstatus zu haben.

Dieses Ergebnis ändert sich jedoch, wenn die Konzentration als endogen verstanden und eine dementsprechende Instrumentierung vorgenommen wird. Dann ist ein signifikanter, negativer Einfluss der Konzentration auf die Abfrage des Versichertenstatus nachzuvollziehen. Eine höhere Konzentration im Markt bringt also eine niedrigere Wahrscheinlichkeit mit sich, dass der Versichertenstatus abgefragt wird. Umgekehrt wird der Versichertenstatus häufiger abgefragt, wenn die Konzentration niedrig ist. Das bedeutet also, dass bei einem stärkeren Wettbewerb, also bei geringer Konzentration, Kliniken signifikant häufiger den Versichertenstatus abfragen. Damit Verhalten sich Krankenhäuser also unter Wettbewerb eher wie gewinnmaximierende Unternehmen, denn Privatpatienten sind zuvor als profitabler eingestuft worden.¹³

¹³ Die Robustheit des Ergebnisses wurde mit Hilfe weiterer Schätzungen mit alternativen Marktradien $j = 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40$ getestet. Bei Verwendung alternativer Radien bleibt der Koeffizient der Variable HHI stets negativ. Lediglich der Koeffizient bei Verwendung eines Radius von 5 Kilometern ist nicht signifikant von Null verschieden.

Tabelle 3: Ergebnisse

	Keine Instrumentierung	Mit Instrumentation
	Probit	Probit
<i>HHI25</i>	-0.06	-0.24**
<i>Koni</i>	0.82***	0.74***
<i>Stenosis</i>	1.79***	1.68***
<i>University hospital</i>	-1.27*	-1.19*

Signifikanz-level: *: 10 %; **: 5 %; ***: 1 %. Vgl. Dewenter, Jaschinski, Kuchinke (2010).

Weitere Ergebnisse sind mit Blick auf die drei betrachteten Erkrankungen zu erkennen. Im Vergleich zur Weber-B-Fraktur ist die Wahrscheinlichkeit bei den anderen beiden Erkrankungen (Konisation, Stenose) signifikant größer nach dem Versichertenstatus gefragt zu werden. Hierfür könnte der Deckungsbeitrag verantwortlich sein, der bei den Erkrankungen variieren kann in den einzelnen Häusern. Dies kann gelten, obwohl der Basisfallwert (BFW) keinen signifikanten Einfluss auf das Abfrageverhalten hat. Hinsichtlich der Trägerschaft zeigt sich, dass die Abfragewahrscheinlichkeit in Universitätskrankenhäusern signifikant geringer als in Kliniken anderer Trägerschaften ist.

4. Diskussion

Der Beitrag zeigt zunächst, dass das Problem der Zwei-Klassen-Medizin im stationären Sektor in Deutschland als verhältnismäßig gering einzustufen ist. Nur knapp ein Viertel der angerufenen Krankenhäuser haben sich nach dem Versichertenstatus erkundigt. Signifikant häufiger fragen öffentliche Häuser den Versichertenstatus ab. Dieses Ergebnis überrascht zunächst, denn diese Häuser geben auf der einen Seite i.d.R. an, nicht an Gewinnmaximierung interessiert zu sein. Durch das Abfragen des Versichertenstatus wird aber

gerade eine Gewinnmaximierung erst ermöglicht. Auf der anderen Seite verwundert dieses Ergebnis nicht, denn viele der öffentlichen Kliniken sind defizitär, benötigen also viele profitable Privatpatienten, um ihre Defizite zu bewältigen.¹⁴

Im näheren Fokus stand jedoch im vorliegenden Beitrag, welche Rolle die Konzentration auf das Abfrageverhalten hat. Zentrales Ergebnis ist hier, dass bei hoher Konzentration weniger häufig der Versichertenstatus abgefragt wird als in weniger konzentrierten Regionen. Es ist bei hoher Konzentration, im Extremfall im Monopol, anzunehmen, dass das Krankenhaus sicher sein kann, dass die Patienten zu ihm kommen. Ausweichmöglichkeiten sind für die Patienten nicht vorhanden. Daher ist für ein Monopolkrankenhaus die Abfrage des Versichertenstatus betriebswirtschaftlich weniger relevant. Sind dagegen mehrere Krankenhäuser in einem Markt tätig, dann muss das einzelne Klinikum befürchten, dass der Privatpatient, wenn dieser nicht schnell einen Termin erhält, ins nächste Konkurrenzkrankenhaus abwandert.

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Diskriminierung, also die Unterscheidung der Patienten nach ihrem Versichertenstatus in ländlichen, bevölkerungsarmen Räumen weniger stark ausgeprägt ist als in Städten oder Ballungsräumen. Dadurch darf jedoch gesundheitspolitisch nicht der Rückschluss gezogen werden, dass durch Wettbewerb ein Problem beim Zugang oder besser beim identischen Zugang zu stationären Dienstleistungen entsteht oder begründet wird. Die Untersuchung zeigt zunächst nur, dass Krankenhäuser offenbar auf die bestehenden Anreize reagieren und diese betriebswirtschaftlich zu nutzen versuchen. Gleichzeitig ist das Problem, wie bereits erwähnt, im stationären Sektor aufgrund der Ergebnisse verhältnismäßig gering. Es ist auch kein Zielkonflikt zwischen Wettbewerb und Effizienz auf der einen und ineffi-

¹⁴ Vgl. *Kuchinke/Wuibker* (2009).

zienten Monopolen bei gleichzeitig identischem Zugang für alle Patienten auf der anderen Seite zu erkennen. Das ordnungsökonomische Instrument des Wettbewerbs stellt alternative Instrumente und Regeln, um einen symmetrischen Zugang zu gewährleisten, nicht in Frage. Vielmehr gilt es in weiteren Arbeiten zu prüfen, welche Instrumente dieses Ziel erreichen können, wenn dies politisch gewünscht wird.¹⁵

Literaturverzeichnis

Baake, P., Kuchinke, B. A., Wey, C. (2009), Die Anwendung des Wettbewerbs- und Kartellrechts im Gesundheitssektor: Aktueller Status Quo und wettbewerbsökonomische Implikationen; in: Wirtschaft und Wettbewerb, 60. Jg., Heft 5, S. 502-513.

Deventer, R., Jaschinski, T., Kuchinke, B. A. (2010), Hospital Market Concentration and Discrimination of Patients, mimeo.

Kuchinke, B. A. (2004), Krankenhausdienstleistungen und Effizienz in Deutschland - eine industrieökonomische Analyse, in: Gäfgen, Gérard, Oberender, Peter (Hrsg.): Gesundheitsökonomische Beiträge, Nr. 43, NOMOS Verlag, Baden-Baden.

Kuchinke, B. A., Kalfass, H. H. (2007), Die Praxis der räumlichen Marktabgrenzung bei Krankenhauszusammenschlüssen in den USA und in Deutschland: Eine wettbewerbsökonomische Analyse, in: Zeitschrift für Wettbewerbsrecht, 5. Jg., Heft 3, S. 319-337.

¹⁵ Das Ziel der Verhinderung einer Zwei-Klassen-Medizin soll an dieser Stelle nicht diskutiert werden. Es sei nur darauf hingewiesen, dass es nur ein theoretisches System gibt, in der alle gleich behandelt werden. Dies ist ein System in dem kein Patient behandelt wird. Ansonsten existiert in allen theoretischen und realen Systemen faktisch eine Mehr-Klassen-Medizin. Vgl. *Kuchinke (2004)*.

- Kuchinke, B. A., Wübker, A.* (2009), Defizite von öffentlichen Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland: Empirische Befunde 1998 - 2004 und wirtschaftspolitische Implikationen, in: *Perspektiven der Wirtschaftspolitik*, 10. Jg., Nr. 3, S. 290-308.
- Sauerland, D., Kuchinke, B. A., Wübker, A.* (2009), Warten gesetzlich Versicherte länger? Zum Einfluss des Versichertenstatus auf den Zugang zu medizinischen Leistungen im stationären Sektor, in: *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 14. Jg., Nr. 1, S. 86-94.
- Schwiertz, C., Wübker, A., Wübker, A., Kuchinke, B. A.* (2011), Discrimination in Waiting Times by Insurance Type and Financial Soundness of German Acute Care Hospitals, in: *The European Journal of Health Economics* (Status: angenommen).

Koreferat zum Beitrag von Ralf Dewenter, Thomas Jaschinski und Björn A. Kuchinke „Zwei-Klassen-Medizin und Konzentration auf Krankenhausmärkten - Ergebnisse für Deutschland“

Hendrik Schmitz

	Seite
1. <i>Einordnung und Kurzzusammenfassung</i>	52
2. <i>Kritische Würdigung</i>	54
3. <i>Fazit</i>	57
<i>Literaturverzeichnis</i>	58

1. Einordnung und Kurzzusammenfassung

Die letzten Jahre haben deutliche Veränderungen in der deutschen Krankenhauslandschaft mit sich gebracht. Nicht erst – aber insbesondere – seit Inkrafttreten des DRG-Systems im Jahr 2004 und der damit einhergehenden Einführung von Fallpauschalen haben die meisten Krankenhäuser angefangen, Prozesse zu optimieren und wirtschaftlicher und effizienter zu arbeiten.¹ Immer stärker sehen sich Krankenhäuser auch als Wirtschaftsunternehmen an, die im Wettbewerb mit anderen stehen. Gleichzeitig sind erste Schritte eingeleitet worden, die Qualität von Krankenhausleistungen transparenter zu machen und den Patienten die Möglichkeit zu geben, sich unabhängig über Krankenhäuser zu informieren und selbst über die Wahl des Behandlungsortes zu entscheiden. Diese Entwicklungen im Krankenhaussektor werden zumindest in der Fachwelt als durchaus positiv angesehen. In der Öffentlichkeit hingegen herrscht oft die Sorge vor, die immer stärker werdende „Ökonomisierung in der Medizin“ gehe zulasten der Patienten, sei es durch schlechtere Qualität oder aber schlechteren Zugang zu Gesundheitsleistungen für gesetzlich versicherte Patienten – führe also in die sogenannte Zwei-Klassen-Medizin.

Der Beitrag von *Dewenter/Jaschinski/Kuchinke* beschäftigt sich daher mit einer sehr aktuellen und relevanten Frage, nämlich der, inwieweit Krankenhäuser ökonomischen Anreizen zur Patientenselektion folgen und wie stark dieses Verhalten von der Wettbewerbssituation – gemessen durch den Grad der Marktkonzentration – der jeweiligen Krankenhäuser getrieben wird. Damit beleuchten sie den Zielkonflikt jedes Gesundheitssystems, das Effizienz (begünstigt durch verstärkten Wettbewerb) und gleichen Zugang für alle (möglicherweise gefährdet durch stärkeren Wettbewerb) in Einklang bringen muss.

¹ Vergleiche hierzu z. B. *Angurzyk et al.* (2010).

Für die empirische Analyse verwenden die Autoren Daten, die aus einem Experiment stammen, wie es bis dato noch nicht im deutschen Krankenhausbereich durchgeführt wurde.² Hierbei haben fiktive Patienten mit einer von drei möglichen vorgegebenen Krankheiten, die zwar alle nicht akut lebensbedrohlich sind, aber trotzdem innerhalb von zwei Wochen behandelt werden sollten, bei Krankenhäusern angerufen, um einen Behandlungstermin auszumachen. In etwa einem Viertel der Fälle haben Krankenhäuser den Versicherungsstatus der Patienten abgefragt, möglicherweise um Privatversicherten eine bevorzugte Behandlung einräumen zu können. Die Autoren interpretieren das Abfragen des Versicherungsstatus als Evidenz dafür, dass Krankenhäuser versuchen, lukrativere Patienten zu selektieren und verwenden die so generierte binäre Variable als Abhängige in einem Regressionsmodell. Erklärende Variablen sind in erster Linie ein Maß der Wettbewerbsintensität im Umkreis des Krankenhauses sowie eine Reihe von Kontrollvariablen wie Trägerschaft, Bundesland oder Basisfallwerte.

Zur Beantwortung der Forschungsfrage, wie stark die Wettbewerbsintensität das Frageverhalten der Krankenhäuser beeinflusst, belassen es die Autoren jedoch nicht bei der oben beschriebenen einfachen Regression. Sie berücksichtigen, dass die Wettbewerbssituation der einzelnen Krankenhäuser nicht vom Himmel fällt (also *exogen* ist), sondern dass sie umgekehrt auch vom Verhalten der einzelnen Krankenhäuser beeinflusst wird. Das Verhalten der Krankenhäuser und deren Wettbewerbssituation beeinflussen sich also gegenseitig, womöglich simultan. Dieses Problem zu vernachlässigen, würde zu verzerrten Schätzergebnissen des Einflusses von Wettbewerb auf Patientenselektion führen – der wahre Einfluss würde wahrscheinlich unterschätzt.

² Im ambulanten Bereich haben *Ljungen et al.* (2008) ein ähnliches Experiment durchgeführt.

Mit einem Instrumentvariablenansatz (IV-Ansatz), der als Lösung des Simultanitätsproblems vorgeschlagen wird, kommen die Autoren dann auch zu einem anderen Ergebnis als im einfachen Regressionsmodell ohne Berücksichtigung der Endogenität der Wettbewerbssituation. Während es im einfachen Modell keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Patientenselektion und Wettbewerbsintensität gibt, zeigt der IV-Ansatz, dass ein intensiverer Wettbewerb zu einem verstärkten Selektionsverhalten der Krankenhäuser führt. Dies lässt sich so interpretieren, dass Krankenhäuser, die sich in einem Umfeld mit stärkerem Wettbewerb befinden, verstärkt versuchen, lukrativere Patienten zu gewinnen, indem sie öfter nach dem Versicherungsstatus fragen, um so die Möglichkeit zu haben, Privatpatienten bevorzugt zu behandeln.

2. Kritische Würdigung

An der Relevanz des Themas besteht kein Zweifel, wengleich die Autoren noch deutlicher herausstellen könnten, wie stark die Vergütungsunterschiede zwischen privat- und gesetzlich versicherten Patienten für Krankenhäuser sind, um dem Leser ein Gefühl dafür zu geben, wie groß die Anreize zur Patientenselektion für Krankenhäuser tatsächlich sind. Während die Unterschiede im ambulanten Bereich allgemein bekannt und vor allem beträchtlich sind, ist das für den stationären Sektor weniger offensichtlich. In der Hauptsache unterscheidet sich die Vergütung für Privatversicherte in höheren Hotelleistungen, nicht jedoch in einer höheren Vergütung der DRGs. Eine genaue Quantifizierung der Unterschiede würde helfen, die Anreize für Patientenselektion im stationären Sektor theoretisch nachzuvollziehen.³ Dass diese Anreize womög-

³ In der ausführlicheren Version des Beitrags wird berichtet, dass sich die Zusatzlöse durch Hotelleistungen und Chefarztbehandlung auf etwa 4 % belaufen, einem Betrag, der sich als moderat bezeichnen lässt, siehe *Dewenter/Jaschinski/Kuchinke* (2010), Fußnote 2.

lich nicht allzu groß sind, zeigt die Tatsache, dass nur ein Viertel aller Krankenhäuser überhaupt den Versichertenstatus abfragt. Hier ist den Autoren zuzustimmen, die bereits das als erstes Ergebnis der Analyse nehmen und zum Schluss kommen, dass Patientenselektion in Deutschland (noch) kein übergreifendes Phänomen ist.

Die Stärke des Beitrags liegt vor allem darin, dass die Autoren sich nicht mit einer rein deskriptiven Darstellung des Zusammenhangs von Patientenselektion und Wettbewerb zufrieden geben, sondern nach dem kausalen Einfluss des Wettbewerbs auf die Selektion fragen. Hierbei zeigen sie überzeugend auf, dass eine simultane Beziehung zwischen beiden Variablen besteht, die keine einfache OLS- bzw. Probit-Schätzung erlauben. Auch der IV-Ansatz zur Lösung überzeugt. Allerdings lässt die Durchführung des IV-Ansatzes noch Raum für Kritik offen. Insbesondere ist zu kritisieren, dass die Ausführung sehr „mechanisch“ bleibt und die Autoren sich bei der Rechtfertigung der Instrumente fast ausschließlich auf statistische Tests verlassen. Gerade die neuere empirische Literatur legt aber sehr großen Wert darauf, ausführlich theoretisch darzulegen, warum die gewählten Instrumente valide sind und wie genau sie wirken. Ein IV-Ansatz ist nichts anderes als der Versuch, künstlich ein „Experiment“ nachzustellen, das es erlaubt, kausale Einflüsse zu identifizieren. Das Experiment in dieser Anwendung wäre, dass manche Krankenhäuser aus rein exogenen Gründen, die nicht vom Krankenhaus beeinflusst werden können, einer anderen Wettbewerbsintensität ausgesetzt sind als andere. Für den empirischen Wirtschaftsforscher (nicht unbedingt für die Krankenhäuser!) wäre es zum Beispiel ideal, wenn die Politik durch ein Gesetz die Wettbewerbssituation in einer Region ändert, während sie in einer anderen nicht eingreift. So ein Politikeingriff könnte ein Instrument sein, da er exogen für die Krankenhäuser gegeben ist. Leider wird bei den von den Autoren ge-

wählten Instrumenten (*Popdens*, *Oldshare*, *Grosswage*) die überaus wichtige Exogenitätsannahme kaum diskutiert.⁴ Obendrein wird nicht der genaue Mechanismus dargestellt, wie diese Instrumente auf die Wettbewerbsstruktur wirken und sich im Gedankenexperiment in ein echtes Experiment übersetzen lassen. Mindestens bei einer Instrumentvariable (*Grosswage*) lässt sich zudem die Exogenitätsannahme hinterfragen. Während nicht unmittelbar einleuchtend ist, warum das Einkommensniveau im Kreis die Wettbewerbssituation direkt beeinflusst, könnte es umgekehrt einen eigenen Einfluss auf das Verhalten der Krankenhäuser haben. Denn das Einkommensniveau im Kreis dürfte korreliert sein mit dem Anteil der Privatversicherten⁵, so dass Krankenhäuser in Kreisen mit niedrigem Einkommen einen geringeren Anreiz haben dürften, nach dem Versicherungsstatus zu fragen. Schließlich ist in ihrem Fall kaum damit zu rechnen, dass es sich bei dem Anrufer um einen Privatversicherten handelt.

Ein weiterer Kritikpunkt ist die Definition des HHI als Wettbewerbsindikator. Hierzu wird angenommen, dass Krankenhäuser (fast) jeder Abteilungsstruktur als potenzielle Wettbewerber für die drei Eingriffe angesehen werden können und folglich der HHI über den Marktanteil, der auf der Gesamtzahl der Betten aller Krankenhäuser im Umkreis beruht, berechnet. Als Entschuldigung darf zunächst angeführt werden, dass die Operationalisierung der Marktmacht für die empirische Analyse immer etwas arbiträr sein muss, da es für die Abgrenzung des Marktes (sowohl räumlich als auch des Produktmarktes) keine exakte theoretische Anleitung gibt. Insofern kann man die von den Autoren getroffene Wahl immer auch kritisieren. Nichtsdestotrotz, selbst

⁴ Das gilt sowohl für diesen Beitrag, bei dem auch aus Platzgründen auf eine ausführliche Diskussion verzichtet wurde, als auch die längere Version *Dewenter/Jaschinski/Kuchinke* (2010), auf die in diesem Zusammenhang im Beitrag verwiesen wird.

⁵ Das ist ein Punkt, der auch von den Autoren angebracht wird, wenn auch nicht in diesem direkten Zusammenhang.

wenn die drei Eingriffe Standardeingriffe sind, die jedes Krankenhaus durchführen können sollte, ist zu bezweifeln, dass Krankenhäuser tatsächlich alle anderen Einrichtungen in ihrem Umfeld als Wettbewerber wahrnehmen. Dass nur Allgemeinkrankenhäuser, also keine reinen Psychiatrien in die Analyse aufgenommen werden und zudem keine kleinen Spezialkrankenhäuser betrachtet werden, ist eine überzeugende Einschränkung. Jedoch wäre es eine durchaus angebrachte Alternative, die Marktmacht alleine auf Basis der relevanten Abteilungen (Chirurgie bei der Weber-B-Fraktur, Kardiologie bei der Stenose und Frauenheilkunde für die Konisation) statt des gesamten Hauses zu messen. Zudem müssen bei der Bestimmung der Marktmacht Krankenhäuser besonders berücksichtigt werden, die in Ketten oder Verbänden zusammenarbeiten und deshalb als größere Einheiten agieren.⁶

Bezüglich der räumlichen Abgrenzung des Marktes ist der gewählte Ansatz dagegen positiv hervorzuheben. Viele Robustheitschecks bei der Wahl der maximalen Distanz zwischen zwei Krankenhäusern, damit sie noch als potenzielle Wettbewerber gelten, unterstützen die Gesamtaussage und lassen nicht auf eine arbiträr gewählte Spezifikation schließen.

3. Fazit

Dewenter/Jaschinski/Kuchinke bearbeiten in einem sehr innovativen Ansatz eine Frage, die schon jetzt wichtig ist, aber auch in der Zukunft noch deutlich an Relevanz gewinnen wird. Sie zeigen, dass Krankenhäuser ihre Wettbewerbssituation berücksichtigen und ihr Handeln darauf anpassen. Sie liefern damit weitere Evidenz dafür, dass Krankenhäuser zunehmend versuchen, Effizienz- und Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen. Dies unterstreicht zwar den

⁶ Siehe *Schmid* (2011) für eine ausführliche Darlegung dieses Gedankens.

potenziellen Zielkonflikt zwischen Effizienz und freiem Zugang zum Gesundheitssystem, lässt aber nicht – wie die Autoren treffend darlegen – die Schlussfolgerung zu, Wettbewerb im Gesundheitssystem hätte *per se* negative Auswirkungen auf den Zugang zu Gesundheitsleistungen.

Literaturverzeichnis

Augurzký, B., Gülker, R., Krolow, S., Schmidt, C. M., Schmidt, H., Schmitz, H., Terkatz, S. (2010), Krankenhaus Rating Report 2010, RWI Essen.

Dewenter, R., Jaschinski, T., Kuchinke, B. A. (2010), Hospital Market Concentration and Discrimination of Patients, mimeo.

Längen M., Stollenwerk, B., Messner, P., Lauterbach, K. W., Gerber, A. (2008), Waiting times for elective treatments according to insurance status: A randomized empirical study in Germany. *International Journal for Equity in Health*, 7(1): 1–7.

Schmid (2011), Die stationäre Versorgung in Deutschland - Konzentration und Wettbewerb: Eine Forschungsagenda?, in: Kuchinke/Sundmacher/Zerth (Hrsg.), *Marktstrukturen und Marktverhalten im deutschen Gesundheitswesen: Die Bereiche Pharma und stationäre Versorgung im Fokus gesundheitsökonomischer Forschung*, Ilmenau, S. 58-79.

Die stationäre Versorgung in Deutschland – Konzentration und Wettbewerb: Eine Forschungsagenda?

Andreas Schmid

	Seite
1. <i>Hintergrund</i>	60
2. <i>Zum Einstieg: Überblicksarbeiten</i>	63
3. <i>Marktstruktur-Marktverhalten-Marktergebnisparadigma</i>	64
4. <i>Herfindal-Hirschman-Index</i>	65
5. <i>Produktmarkt</i>	66
6. <i>Geographischer Markt</i>	67
7. <i>Die Besonderheiten multidimensional integrierter Krankenbausträger</i>	69
8. <i>Folgen von Wettbewerb</i>	71
9. <i>Hospital Choice Modelle und Simulationen</i>	72
10. <i>Studienlage Deutschland</i>	73
11. <i>Eine Forschungsagenda?</i>	74
<i>Literaturverzeichnis</i>	76

1. Hintergrund

Der stationäre Sektor – zentraler Bestandteil der Gesundheitsversorgung in Deutschland, befindet sich durch diverse strukturelle Umwälzungen in einem fundamentalen Veränderungsprozess. Neben neuen Vertragsstrukturen stellen insbesondere neue Versorgungssysteme, die beispielsweise unterschiedliche Leistungserbringer unter einem Dach vereinigen, ein zentrales Charakteristikum dieser Entwicklung dar. Folglich scheint die Betrachtung des einzelnen Krankenhauses als Kern der Analyse überholt und würde zu kurz greifen. Verschiedene Strategien horizontaler und vertikaler Integration werden verfolgt, um sich in einem immer härter umkämpften und von Ressourcenknappheit gekennzeichneten Gesundheitsmarkt behaupten zu können. Das alleinstehende Krankenhaus nimmt hierbei zwangsläufig nur noch eine untergeordnete Rolle ein. Wichtiger wird das Gesamtpaket der im englischen Sprachraum als „Hospital Systems“ bezeichneten, multidimensional integrierten Gesundheitsunternehmen. Diese Verbünde sind entscheidend für Unternehmensstrategien und Fragen wettbewerblicher Positionierung (vgl. *Augurzyky et al. (2009)*, S. 132-136).

Tabelle 1 unterstreicht diesen Trend zur Konsolidierung. Während die Zahl der Krankenhäuser mit relativ konstanten Raten von rund 3 % pro Beobachtungszeitraum abnimmt, ist die Konsolidierung auf Trägerebene deutlich stärker zu beobachten. Von 1.565 Krankenhausträgern im Jahr 2000 sind 2007 noch 1.280 geblieben.¹

¹ Hinzu kommt, dass die hier vorgenommene Trägerabgrenzung sehr konservativ vorgenommen wurde und Besonderheiten der amtlichen Statistik einer Unterschätzung der tatsächlichen Konsolidierung Vorschub leistet. Für weitergehende Ausführungen zum Tabelle 1 zugrundeliegenden Datenmaterial sowie den Problemen der Trägererfassung in der amtlichen Statistik, siehe unten den Abschnitt zur amtlichen Krankenhausstatistik.

Tabelle 1: Entwicklung der Krankenhäuser und Träger von 1995 bis 2007

	1995	2000	2003	2005	2007
Krankenhäuser	2280	2221	2152	2096	2032
Krankenhausträger	1583	1565	1473	1372	1280
Veränderung KHs in %		-3 %	-3 %	-3 %	-3 %
Veränderung Träger in %		-1 %	-6 %	-7 %	-7 %
Veränderung KHs absolut		-59	-69	-56	-64
Veränderung Träger absolut		-18	-92	-101	-92

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis des deutschen Krankenhausverzeichnisses.

Ein Problem, das mit zunehmender Konsolidierung einhergeht, ist die Gefahr zu großer Konzentration und daraus resultierender Marktmacht auf Seite der Leistungserbringer. Krankenhäusern stehen auf zwei Seiten potenzielle Kunden gegenüber. Einerseits die Krankenkassen, andererseits die Patienten. Einem Unternehmen stehen im Allgemeinen die zwei Wettbewerbsparameter Preis und Qualität zur Verfügung. Besteht auf einem Markt Wettbewerb, können die Kunden ein unangemessenes Preis- oder Qualitätsniveau durch das Ausweichen auf einen anderen Wettbewerber sanktionieren. Fehlt diese Ausweichmöglichkeit, entsteht Marktmacht. Je größer die Differenz zwischen dem im wettbewerblichen Optimalfall zu erwartenden und dem realen Preis- und Qualitätsniveau ist, desto größer ist die Marktmacht. In der Tendenz führt dies zu einer Reduktion der Gesamtwohlfahrt und einer Umverteilung von Konsumentenrente zugunsten der Produzenten. Fallen bei zunehmender Konzentration auf einem Markt nun Wettbewerber weg, besteht die Gefahr steigender Marktmacht. Für Patienten könnte dies konkret bedeuten, dass sie trotz mangelhafter Qualität des Leistungserbringers keine Alternative wahrnehmen

(können), da direkte und indirekte, tangible und intangible Kosten, eine Alternative zu wählen, unter Umständen (prohibitiv) hoch sind.

Die Komplexität der Fragestellung sowie ihre hohe Relevanz für die künftige Gestaltung des Gesundheitswesens sollten eigentlich auch zu einer intensiven wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dieser Thematik führen. Bisher steckt die Forschung in diesem Bereich – ganz sicher was Deutschland betrifft und wahrscheinlich auch in den meisten Ländern außerhalb der USA – noch in den Kinderschuhen. Die Einführung und starke Verbreitung von Managed Care seit 1990 hat in den USA viel früher dazu geführt, dass Wettbewerb im Krankenhaussektor zu einem kritischen Faktor wurde. Nicht nur in strukturschwachen Regionen, auch in einigen großen Ballungszentren konnte die Bildung marktmächtiger Hospital Systems beobachtet werden. Dies fand seinen Niederschlag in einer äußerst umfangreichen wissenschaftlichen Literatur. Trotz der zweifellos großen strukturellen (und kulturellen) Unterschiede zwischen dem deutschen und dem amerikanischen Gesundheitssektor lassen sich, gerade was Analysemethoden und Modelle betrifft, wichtige Erkenntnisse ableiten.²

Ziel ist es nun im Folgenden – basierend auf dieser Literatur – wichtige Eckpunkte der Diskussion zu skizzieren. Es handelt sich hier somit nicht um einen Literaturüberblick im klassischen Sinne – dem interessierten, aber mit dieser Thematik noch nicht im Detail vertrauten Leser, sollen vielmehr einige Startpunkte an die Hand gegeben werden, um davon ausgehend einen guten Einstieg in die Materie zu finden. Aufgrund des oben beschriebenen Forschungsstands wird im Folgenden zu einem großen Teil auf Literatur zurückgegriffen, die sich mit dem US-amerikanischen Gesundheitsmarkt beschäftigt.

² Vgl. hierzu auch *Maier/Schmid* (2009).

2. Zum Einstieg: Überblicksarbeiten

Bevor auf einzelnen Detailfragen eingegangen wird, sollen zunächst einige zentrale Übersichtsarbeiten genannt werden. Die Beiträge von *Dranove/Satterthwaite* (2000) und *Gaynor/Vogt* (2000) im *Handbook of Health Economics* zählen hierbei sicherlich zu den prominentesten und umfassendsten. Sie legen die industrieökonomischen Grundlagen für die Betrachtung von Gesundheitsmärkten und gehen ausführlich auf die Varianten der Messung von Wettbewerb ein, wobei der Krankenhausesektor den Schwerpunkt bildet. *Gaynor/Vogt* (2000), S. 1478, subsummieren: „Although there has been a significant amount of research in health economics on the competitive workings of health care markets, in some sense research in this area is still in its infancy. Since only relatively recently has vigorous competition emerged in health care markets (...) much remains to be understood about competition and antitrust in health care.“

Einen guten Überblick bieten auch *Vogt/Town* (2006), die in ihrer Policy-Studie den Stand der Forschung schlaglichtartig zusammenfassen. In Übereinstimmung mit den bisher zitierten Arbeiten kommen sie zum Ergebnis, dass in der Tendenz eine höhere Konzentration im Krankenhausmarkt zu steigenden Preisen führt, was vermutlich ein Indikator für steigende Marktmacht ist. Heterogen stellen sich die Ergebnisse hinsichtlich der Qualität der erbrachten Leistungen dar. Zwar deutet eine leicht überwiegende Mehrheit der Studien auf einen negativen Zusammenhang zwischen Konzentration und Qualität hin, ein eindeutiger Schluss ist jedoch nicht möglich. *Vogt* und *Town* beschreiben außerdem bestehende Forschungslücken. So fehle weiterhin ein qualitatives Assessment der Studien, um bei stark heterogenen Ergebnissen Stärken und Schwächen einzelner Forschungsarbeiten klarer beurteilen zu können. Auch bessere Maße für die Messung von Qualität werden dringend angemahnt. Abschließend verweisen die Autoren auf die Notwendigkeit, auch die Marktgegenseite und sich verändernde Strukturen der Leistungserbringung mit in Betracht zu ziehen.

Lindrooth (2008) fokussiert in seiner Arbeit stark auf aktuelle Studien nach dem Jahr 2000, die insbesondere auf Daten auf Patientenebene zurückgreifen. Er zeigt hierbei auf, durch welche neueren Ansätze Schwächen des MSVE-Paradigmas umgangen werden können. Hinsichtlich des aktuellen Erkenntnisstandes fasst er zusammen: „Most of the empirical research on the effect of competition on quality has occurred since 2000. In contrast to price competition, there is not yet a consensus on quality competition. Making more measures and more detailed data available to researchers will facilitate new studies in this area. They also will help us to better understand why the results related to quality vary across studies, and hopefully will allow us to reach a consensus on the effect of competition on hospital quality.“

Allen bisher zitierten Arbeiten ist gemein, dass sie sich ausschließlich mit den USA beschäftigen. Dies ist nicht verwunderlich, denn wie *Halbersma et al.* (2007) (S. 6) feststellen: „As far as we know, the existing literature has an exclusive focus on competition in the U.S. (...)“ Neben *Halbersma et al.* (2007) beschäftigen sich auch *Varkevisser et al.* (2008) und *Varkevisser et al.* (2010) mit der Situation in den Niederlanden. Nach Kenntnis des Autors sind dies allerdings die einzigen Studien außerhalb der USA, die sich explizit mit dieser Thematik auseinandersetzen.³

Im Folgenden sollen nun einzelne Punkte aufgegriffen werden, welche im Rahmen von Analysen der Struktur des stationären Sektors von Bedeutung sind.

³ Studien zum NHS (bspw. im Rahmen des Internal-Markets) bleiben hier unberücksichtigt.

3. Marktstruktur-Marktverhalten-Marktergebnisparadigma

Das MSVE-Paradigma bildet die Grundlage für den Großteil der bisher durchgeführten empirischen Studien. In der einfachsten Form wird hierbei ein Kausalzusammenhang unterstellt, in welchem die Marktstruktur das Marktverhalten determiniert, welches wiederum das Marktergebnis bestimmt (vgl. *Martin* (2002), S. 5-9). Komplexere Modelle berücksichtigen die Interdependenzen zwischen den einzelnen Bereichen, was beispielsweise zulässt, dass Marktergebnisse (hohe Gewinne) die Marktstruktur beeinflussen können (z. B. durch Gewinnaussichten induzierte Neueintritte). Vorteil des MSVE-Paradigmas ist seine einfache Struktur, leichte Anwendbarkeit und Übertragbarkeit. Ausgehend von Indikatoren für die Marktstruktur (z. B. einem Konzentrationsindex wie dem Herfindahl-Hirschman-Index) wird mit Hilfe einschlägiger Regressionsverfahren ein Zusammenhang zu den abhängigen Variablen Preis und Qualität hergestellt. Wie bereits angedeutet, entsprechen reine MVSE-Studien heute nicht mehr dem Stand der Forschung. Dies hat verschiedene Gründe. Zum einen sind nach wie vor verschiedene Determinanten, auf die sich die Berechnung eines Konzentrationsindex bezieht, alles andere als unumstritten. Zum anderen erscheint im Angesicht moderner Oligopolmodelle das Vorgehen wenig analytisch, sondern vorrangig deskriptiv – viele Zusammenhänge bleiben unscharf oder vollkommen im Dunkeln. Andererseits sind gerade im wirtschaftspolitischen Prozess auf dem MSVE-Paradigma beruhende Ergebnisse leichter zu vermitteln, zumal sie – im Gegensatz zu Oligopolmodellen – wenige Annahmen explizit machen und dementsprechend auch nicht hochsensibel auf Änderungen in den Annahmen reagieren können. Auch lässt sich an ihren Ergebnissen relativ unkompliziert die Wirkung unterschiedlich gefasster Konzentrationsmaße illustrieren. In der Industrieökonomik hat die Oligopoltheorie heute jedoch trotzdem in weiten Teilen das MSVE-Paradigma abgelöst.

4. Herfindahl-Hirschman-Index

Der Herfindahl-Hirschman-Index (HHI) stellt das wohl am häufigsten verwendete Konzentrationsmaß dar. Er berechnet sich aus der Summe der quadrierten Marktanteile der Unternehmen in einem bestimmten Markt und liegt demnach zwischen null und eins. Je höher der Wert, desto höher die Konzentration bzw. ungleicher die Verteilung der Marktanteile im Markt. In den USA gilt ein Markt ab einem HHI von 0,18 als stark konzentriert, eine wettbewerbsschädliche Wirkung wird unterstellt (vgl. *Gaynor/Vogt* (2000), S. 1421).⁴ Voraussetzung für die Berechnung des HHI ist die Bestimmung des relevanten Marktes in den Dimensionen Produktmarkt und geographischer Markt. Während basierend auf ökonomischer Theorie Kreuzpreiselastizitäten eine präferierte Variante zur Abgrenzung von Märkten darstellen, verhindert im Krankenhausmarkt ein Mangel an notwendigen Daten (z. B. über – sofern überhaupt – frei gebildete Preise) die Verwendung dieses Ansatzes.

5. Produktmarkt

In US-Fusionskontrollverfahren wurde der Produktmarkt für Krankenhausdienstleistungen meist relativ weit als „general acute care inpatient hospital services“ (*Gaynor/Vogt* (2000), S. 1427) definiert – ein Ansatz, dem auch das Bundeskartellamt weitestgehend folgt (vgl. exemplarisch *BKartA* (2005)). Nach *Gaynor* und *Vogt* (2000) ist dies solange unproblematisch, wie von einer leichten Substituierbarkeit der einzelnen Komponenten ausgegangen werden kann. Die Autoren stellen jedoch explizit fest, dass in diesem – im Vergleich zum geographischen Markt – relativ wenig beforschten Bereich weitere theoretische und empirische Untersuchungen von Nöten sind. Dies deckt sich mit den

⁴ Für eine kritische Auseinandersetzung mit dem HHI als Konzentrationsmaß allgemein und im Kontext von Krankenhausmärkten im Speziellen siehe *Gaynor* und *Vogt* (2000), S. 1446-1447.

Befunden diverser Autoren (vgl. *Zwanziger et al.* (1994), *Halbersma et al.* (2007), *Lindrooth* (2008) oder *Varkevisser et al.* (2008)), die eine stärkere Differenzierung des Produktmarktes anregen und konkrete Vorschläge unterbreiten. Sie kritisieren unter anderem, dass nach der allgemeinen Abgrenzung Spezialanbieter ohne Einschränkung mit Allgemeinkrankenhäusern konkurrieren, das Kreis-krankenhaus auf gleicher Ebene mit dem Uniklinikum steht. Diese Kritik erscheint insbesondere dann plausibel, wenn man sich beispielsweise die relativ hohen Marktzutrittsschranken im deutschen Krankenhausmarkt vor Augen führt. Rigide Krankenhauspläne können selbst die krankenhausinterne Umwidmung von Betten zu einem neuen Behandlungsschwerpunkt vor große Hürden stellen. Vor diesem Hintergrund kann auch die Argumentation des Bundeskartellamts für den Verzicht auf weitere Produktdifferenzierung nicht überzeugen (vgl. *BKartA* (2005), S. 37-40). Ein Beschluss des Kartellsenats des OLG Düsseldorf (2007) unterstreicht dies. Er bestätigt nicht nur die Anwendbarkeit der Fusionskontrolle auf den Krankenhausektor, sondern äußerte sich auch zur Marktabgrenzung. Hinsichtlich des Produktmarktes wird explizit darauf verwiesen, dass „eine Unterteilung des Marktes für Krankenhauseinrichtungen nach medizinischen Fachbereichen in Betracht zu ziehen ist“ (*OLG Düsseldorf* (2007), S. 1).

6. Geographischer Markt

Häufiger als der Produktmarkt war der geographische Markt im Fokus des wissenschaftlichen Interesses. Das Grundproblem der Abgrenzung geographischer Märkte umreißt *Haas-Wilson/Gaynor* (1998a), S. 1413: “For example, in merger analyses, if product or geographic markets are defined too broadly, then firms that are not true competitors of the merging firms will be included in the analysis and, thus, market concentration and the potential for anticompetitive behavior will be underestimated. On the other hand, if product or geographic markets are defined too narrowly, then true competitors will be

excluded, and thus market concentration and the potential for anticompetitive behavior will be overestimated.”

Obwohl die Diskussion bereits seit gut 20 Jahren geführt wird⁵, ist noch immer kein abschließender Konsens erreicht.

Einen sehr guten Überblick über die Vergleichbarkeit der gängigsten Ansätze zur Definition des geographischen Marktes erhält der Leser bei *Wong et al.* (2005). Zu diesen Ansätzen zählen geopolitische Grenzen (Countys, Metropolitan Statistical Areas – MSAs und Health Service Areas – HSAs), fixe Radien (z. B. 15 Meilen), variable Radien (z. B. bis das Gebiet 75 % oder 90 % der Patientenwohnorte umfasst) und Patientenströme (z.B. alle PLZ-Bezirke, die notwendig sind, um einen bestimmten Prozentsatz an Fällen abzudecken).

Während insbesondere die ersten beiden Varianten an ihrer mangelnden Flexibilität leiden, besteht das Problem bei den letzten beiden Optionen an potenziellen Verzerrungen durch Endogenität. In Ihrer Studie kommen Wong et al. zum Ergebnis, dass zwar eine relativ hohe Korrelation zwischen einigen Varianten des HHI besteht, dass aber insbesondere sobald die Größenordnung der Effekte von Interesse ist, umfangreiche Sensitivitätsanalysen durchgeführt werden sollten. Dies gelte unabhängig davon, ob es sich beim HHI im jeweiligen Fall um die abhängige Variable oder eine Kontrollvariable handle.

Ein im Rahmen von US-Fusionskontrollverfahren häufig angewandtes Verfahren geht auf *Elzinga* und *Hogarty* (1973) zurück. Der sogenannte Elzinga-Hogarty-Test nutzt ebenfalls Patientenströme und versucht weitestgehend in sich geschlossene Märkte zu definieren. Hierzu werden die Grenzen des Marktes solange ausgedehnt, bis nur noch ein festgelegter Prozentsatz der im Markt konsumierten Waren von außerhalb importiert wird und zugleich nur noch ein kleiner Teil der im Markt produzierten Waren nach außen expor-

⁵ Vgl. *Garnick et al.* (1987), *Morrissey et al.* (1988), *Dranove/Shanley* (1989), *Luft et al.* (1989) und *Werden* (1989).

tiert wird. Gerade in Ballungszentren führt dies jedoch zu exzessiv großen Märkten. Ferner stellen *Frech III et al.* (2004) fest, dass die Ergebnisse des Tests sehr sensibel auf kleine und scheinbar unbedeutende Änderungen in der Methodik reagieren. So kann bereits eine geringfügig geänderte Sortierungsregel, die angibt, in welcher Reihenfolge weitere Bezirke einem Markt bis zur Erfüllung des Tests hinzugefügt werden, zu ökonomisch unplausiblen Ergebnissen führen – sowohl Unter-, als auch Überschätzungen des relevanten Marktes sind möglich.

Eine weitere Schwäche der auf Patientenströmen basierenden Ansätze liegt in der sogenannten Silent Majority Fallacy. In Anlehnung an *Varkevisser et al.* (2008) lässt sich diese wie folgt formulieren: Auch wenn beispielsweise 30 % der Patienten eine große Strecke zum Krankenhaus ihrer Wahl zurücklegen, heißt dies nicht, dass die verbleibenden 70 % in gleicher Weise in der Lage oder willens sind, ebenfalls einen ähnlich weiten Weg zurückzulegen. Ein Krankenhaus mit Marktmacht könnte diese somit gegenüber den verbleibenden 70 % zur Geltung bringen, obwohl sie beispielsweise nach Maßgabe des Elzinga-Hogarty-Tests aufgrund der 30 % mobilen Patienten einem stärker umkämpften und weniger konzentrierten Nachbarmarkt zugeschlagen werden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass auf Patientenströmen basierende Definitionen des räumlichen Marktes flexibler sind als geopolitische Grenzen oder fixe Radien. Durch die beschriebenen Schwächen stellen jedoch auch sie kein optimales Verfahren dar.

7. Die Besonderheiten multidimensional integrierter

Krankenhausträger

Ein weiterer Punkt, der im Rahmen der Diskussion geographischer Märkte übergangen wurde, ist die Frage, welche Organisationseinheit der entscheidende Akteur im industrieökonomischen Sinne ist. Wie bereits zu Beginn des Beitrags verdeutlicht wurde, sind moderne Krankenhausträger multidimensio-

nal vernetzte und integrierte Unternehmen, deren einzelne Einheiten mit großer Wahrscheinlichkeit konzertiert am Markt auftreten.

Dass die Zugehörigkeit zu einem größeren Krankenhausträger oder – im amerikanischen Sinne – einem Hospital System die Marktergebnisse verändern, haben verschiedene Studien gezeigt. *Melnick und Keeler* (2007), S. 400, stellen beispielsweise fest, dass Krankenhäuser, die Teil eines Hospital Systems sind, mit zunehmender Größe des Verbundes steigende und in der absoluten Höhe substantielle Preisaufschläge realisieren können. Eine mögliche Erklärung sehen die Autoren in einer – auch über regionale Märkte hinausgehende – Stärkung der Verhandlungsmacht gegenüber den Versicherern. Dies deckt sich mit den Erkenntnissen von *Cuellar/Gertler* (2005), S. 213, die unter anderem feststellen: „Furthermore, the evidence suggests that system formation has primarily served to increase market power, not improve patient care quality or hospital efficiency, at least in the short run.”

Burgess et al. (2005) widmen sich wiederum der Frage, inwieweit auch durch Krankenhäuser ohne gemeinsame Eigentümerstruktur durch die Bildung von Netzwerken ähnliche Probleme auftreten können. In dieser Pionierarbeit zu diesem Themenbereich finden auch sie einen positiven Zusammenhang zwischen Konzentrationsmaßen, die eine Netzwerkmitgliedschaft berücksichtigen, und dem Preisniveau.

Die Arbeit von *Burgess et al.* (2005) zeigt zudem, dass die Definition bzw. Abgrenzung der wettbewerbsrelevanten Unternehmenseinheit keineswegs trivial ist. Viele Studien berechnen deshalb Marktmacht auf Krankensebene, interpretieren also jedes Krankenhaus als unabhängigen Wettbewerber. Im Lichte der oben zitierten Literatur erscheint es fraglich, inwiefern daraus abgeleitete Schlüsse belastbar sind.⁶

⁶ Für nähere Informationen hierzu siehe unten die Abschnitte zur Studienlage in Deutschland und zur amtlichen Krankenhausstatistik.

Neben den eben beschriebenen Auswirkungen horizontaler Integration hat insbesondere auch die Bildung vertikal integrierter Strukturen Effekte auf das Verhalten von Unternehmen im Wettbewerb. Im Kontext stationärer Leistungserbringer bedeutet dies primär die Integration oder enge vertragliche Anbindung von ambulanten Leistungserbringern; also einzelnen Ärzten, Gemeinschaftspraxen, Medizinischen Versorgungszentren oder Ärztenetzwerken. Einen guten (knapp gehaltenen) Einstieg in diese Problematik bieten *Haas-Wilson/Gaynor* (1998b), wobei *Gaynor* (2006) im Titel seines Editorials im *Journal of Health Economics* treffend zum Ausdruck bringt, dass auch dieses Feld noch viel Forschungspotential bietet. Der Titel seines Beitrags lautet dementsprechend nicht ohne Sinn für Humor: „Is vertical integration anticompetitive? Definitely maybe (but that’s not final).“

Dass diese Thematik von größter Relevanz bei der Analyse von Wettbewerbsfragen im Gesundheitswesen ist, zeigen *Cuellar/Gertler* (2006). Sie können im Rahmen ihrer Untersuchung einerseits keine durch strategische Integration von Krankenhäusern und Ärzten hervorgerufenen Effizienzgewinne feststellen, diagnostizieren andererseits aber damit einhergehende Preissteigerungen, die wiederum in weniger wettbewerbsintensiven Märkten deutlicher zu Tage treten.

Dabei zeigt ein Blick auf die Zahlen, dass das Phänomen vertikaler Integration kein Nischenthema einzelner Leistungserbringer ist. Zwar kommen *Lake et al.* (2003) im Rahmen einer qualitativen Studie zum Ergebnis, dass sich in den USA der Enthusiasmus hinsichtlich von Krankenhäusern geführten Allgemeinarztpraxen – gerade was potenzielle Qualitätsverbesserungen betrifft – zwischen 1996 und 2001 reduziert hat. Zugleich konstatieren sie jedoch, dass im Erhebungszeitraum 2000/2001 noch immer ca. 65 % der an der Studie teilnehmenden Krankenhäuser eine derartige Praxis betreiben. Auch in Deutschland sollte (zumindest langfristig) die wettbewerblichen Implikationen vertikaler Integration unter Leistungserbringern nicht unterschätzt werden. So stellte die KBV (2006) bereits fest, dass bei der Gründung von Medizinischen

Versorgungszentren laut einer selbst durchgeführten Befragung in über 84 % der Fälle die Erweiterung der Marktposition eines der Hauptmotive für diesen Schritt darstellte.

8. Folgen von Wettbewerb

Im bisherigen Verlauf der Arbeit wurde bereits darauf eingegangen, wie die Marktstruktur im stationären Sektor beispielsweise durch Konzentrationsindizes beschrieben werden kann, welche Probleme bei deren Berechnung und Definition bestehen sowie welche Determinanten das Verhalten der Akteure im Krankenhausmarkt unter Umständen beeinflussen könnten. Es wurde jedoch noch nicht auf die äußerst große Anzahl an Studien hingewiesen, die sich mit den Auswirkungen von unterschiedlichen Niveaus der Wettbewerbsintensität oder den Folgen von Konsolidierung auf dem Krankenhausmarkt auseinandersetzen. Zum Einstieg sei wiederum auf zwei Übersichtsarbeiten verwiesen: Zum einen eine umfangreiche Aufarbeitung von *Bazzoli et al.* (2004) und die bereits zitierte Policy Studie von *Vogt/Town* (2006).

Neben eng abgegrenzten Studien, die auf Basis einzelner Indikationsbereiche (z. B. Blinddarmoperationen)⁷, Auswirkungen auf Qualitätsparameter und Preise untersuchen, gibt es breiter gefasste Analysen, die auch gesamtgesellschaftliche Wohlfahrtseffekte berücksichtigen und auf neuere methodische Ansätze (siehe unten) zurückgreifen.⁸ Das Spektrum ist äußerst breit und reicht von rein formalen Analysen über Case Studies bis zu aufwendigen ökonomischen Verfahren. Zusammenfassend sei hier nochmals auf *Lindrooth* (2008) verwiesen, der konstatiert, dass zwar hinsichtlich der Wirkung von Wettbewerb im Krankenhaussektor auf Preise ein gewisser Konsens erreicht sei, hinsichtlich der Folgen für die Qualität aber noch viele Fragen offen seien.

⁷ Vgl. *Brooks et al.* (1997).

⁸ Vgl. *Capps et al.* (2010).

9. Hospital Choice Modelle und Simulationen

Gerade *Lindrooth* (2008) verweist aber auch auf eine Reihe neuer methodischer Ansätze, die helfen könnten, diese und weitere offene Fragen zu klären. Hierzu zählen insbesondere sogenannte Hospital Choice Modelle. So berechnet *Varkenisser et al.* (2010) auf Basis von Falldaten mit Informationen zur Herkunft der Patienten und ihrer Entfernung zum gewählten sowie zu alternativen Krankenhäusern Zeitelastizitäten, die er nutzt, um die Wettbewerbsintensität zu bestimmen. Auch *Tay* (2003) beginnt seine Analyse mit der Schätzung eines Hospital Choice Modells und kommt zum Ergebnis, dass bei Krankenhausleistungen Qualitätsunterschiede ein entscheidender Faktor sind, der in der Analyse von Marktmacht zwingend zu berücksichtigen ist – die Berechnung rein geographischer, marktanteilsbasierter Konzentrationsindizes (wie in den meisten Studien vorgenommen) würde ein irreführendes Bild der wahren Machtverhältnisse liefern. Auch das Verhandlungsmodell von *Town* und *Vistnes* (2001) basiert auf der Schätzung eines Discrete-Choice-Modells. Basierend auf seinen Ergebnissen können die Autoren die Veränderung der Verhandlungsposition (Marktmacht) von Krankenhausträgern analysieren, wenn dem Netzwerk ein weiteres Krankenhaus hinzugefügt oder ein anderes entfernt wird. *Capps et al.* (2010) berechnen auf ähnliche Weise den Nutzen eines jeden Krankenhauses in einem Netzwerk und ziehen daraus Schlüsse auf die Veränderungen der Wohlfahrt sowohl im näheren Umkreis des Krankenhausnetzwerks als auch bezogen auf die gesamte Gesellschaft.

Vogt/Town (2006) kommen zu dem Ergebnis, dass diese meist auf Hospital Choice Modellen beruhenden Simulationen in der Tendenz noch weitaus deutlicherer Preiseffekte zunehmender Konzentration vorhersagen, als dies klassische Studien auf Basis des MSVE-Paradigmas tun. Dass diese Studientypen trotz ihres überlegenen methodischen Designs (Vermeidung des Endogenitätsproblems, explizite Fundierung in der Nutzentheorie etc.) noch immer eher selten zum Einsatz kommen, liegt neben der Komplexität der

Ansätze häufig auch an den hohen Anforderungen an das Datenmaterial, welche nur schwer erfüllt werden können.⁹

10. Studienlage Deutschland

Im Kontrast zur Literatur aus den USA ist die Studienlage in Deutschland eher dünn. So existiert nach bestem Wissen des Autors keine Studie, die beispielsweise mit Hilfe ökonomischer Methoden Konzentrationsgrade auf dem deutschen Krankenhausmarkt analysiert. Die wenigen Publikationen in diesem Bereich bleiben entweder sehr deskriptiv¹⁰, widmen sich Grundsatzfragen wie der Vereinbarkeit von Sozial- und Wettbewerbsrecht¹¹ oder haben einen starken Fokus auf den kartell- und wettbewerbsrechtlichen Aspekten¹².

Kuchinke/Kallfass (2007) liefern einen interessanten Vergleich der räumlichen Marktabgrenzung in den USA und in Deutschland im Rahmen der Fusionskontrolle. Auch *Denzel et al.* (2010) widmen sich vertieft der Fusionskontrolle im deutschen Krankenhausssektor und weisen ebenso wie *Kuchinke* und *Kallfass* (2007) auf diverse Schwachstellen hin. Dabei gehen sie insbesondere auf Probleme der Marktabgrenzung ein, bleiben jedoch ebenfalls eher allgemein.

Neben den genannten Beiträgen findet sich in den einzelnen Bänden des Krankenhaus-Reports bzw. des Krankenhaus-Rating-Reports äußerst interessante Aufsätze und Analysen, die strukturelle Herausforderungen und Veränderungen des stationären Sektors aus verschiedensten Perspektiven beleuchten. Auch hier gilt jedoch, dass empirische Untersuchungen meist eher deskriptiver Natur bleiben.

⁹ Vgl. *Lindrooth* (2008).

¹⁰ Vgl. *Bruckenberg et al.* (2006).

¹¹ Vgl. *Oberender und Zerth* (2004).

¹² Vgl. *Baake et al.* (2010).

Sofern Indikatoren für die Struktur des stationären Sektors beispielsweise in Form eines HHI in empirische Arbeiten über den deutschen Krankenhausmarkt eingehen, erfolgt die Marktabgrenzung trotz der oben skizzierten Mängel in aller Regel auf Basis geopolitischer Grenzen und auf Krankenhausebene.

Nun mag man durchaus die Definition des HHI im Einzelfall kritisch hinterfragen. Man muss jedoch berücksichtigen, dass die Autoren bei Studien zum deutschen Krankenhausmarkt in sehr hohem Umfang von der amtlichen deutschen Krankenhausstatistik abhängig sind, was die Datenverfügbarkeit zum Teil deutlich limitiert.

11. Eine Forschungsagenda?

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Themenbereich Konzentration und Wettbewerb in der stationären Versorgung ein sehr breites Forschungsfeld aufspannt. Diverse Aspekte, die in der wissenschaftlichen Literatur diskutiert werden, wurden im Rahmen dieses Beitrags schlaglichtartig beleuchtet. Hierzu zählen die Probleme des klassischen MSVE-Paradigmas sowie der darauf aufbauenden empirischen Literatur, aber auch eher technische Fragen wie die der angemessenen Abgrenzung von Krankenhausmärkten. Die Implikationen verschiedener Arten horizontaler und vertikaler Integration sind in dieser Diskussion ebenso von Bedeutung wie die Rolle der Gemeinnützigkeit von Krankenhausträgern. Neuere Ansätze, insbesondere auch auf Hospital Choice Modellen beruhende Simulationen, bieten die Basis für die Bearbeitung komplexerer Fragestellungen, die beispielsweise auch Strukturen der Marktgegensenseite oder Patientenpräferenzen zu integrieren vermögen.

Es wird deutlich, dass trotz der umfangreichen Bearbeitung in der ökonomischen Literatur viele Fragen nach wie vor offen bleiben. Bezogen auf den deutschen Krankenhausmarkt tritt die Forschungslücke noch viel deutlicher zu Tage. Dabei zeigen gerade die Besonderheiten der amtlichen Statistik zum stationären Sektor, dass hier noch viel Grundlagenarbeit zu leisten ist. Ziel des

Beitrags ist es, einem mit den Details der Materie noch nicht vertrauten Leser einen Einblick in die Vielschichtigkeit des Themengebiets zu geben. Es wäre zu wünschen, dass hierdurch Fragestellungen aus diesem Bereich noch häufiger Eingang in die gesundheitsökonomische Forschungsagenda finden.

Literaturverzeichnis

- Augurzyk, B., Krolop, S., Gülker, R., Schmidt, C. M., Schmidt, H., Schmitz, H., Schwiertz, C., Terkatzy, S.* (2009), Krankenhaus Rating Report 2009, Im Auge des Orkans, RWI: Materialien, Bd. 53, RWI, Essen.
- Baake, P., Kuchinke, B. A., Wey, C.* (2010), Die Anwendung der Wettbewerbs- und Kartellvorschriften im Gesundheitswesen, in: *Wirtschaft und Wettbewerb*, 2010(5), S. 502-513.
- Bazzoli, G. J., Dynan, L., Burns, L. R., Yap, C.* (2004), Two decades of organizational change in health care: What have we learned?, in: *Medical Care Research and Review*, 61(3), S. 247-331.
- BKartA - Bundeskartellamt* (2005), Beschluss des BKartA vom 10.05.05 B 10 - 123/04 - Rhön-Klinikum AG / Kreiskrankenhäuser Bad Neustadt, Mellrichstadt, Bonn.
- Brooks, J. M., Dor, A., Wong, H. S.* (1997), Hospital-insurer bargaining: An empirical investigation of appendectomy pricing, in: *Journal of Health Economics*, 16(4), S. 417-434.
- Bruckenberg, E., Klaue, S., Schwintowski, H.-P. (Hrsg.)* (2006), Krankenhausmärkte zwischen Regulierung und Wettbewerb, Springer-Verlag, Berlin u. a.
- Burgess, J. F., Carey, K., Young, G. J.* (2005), The effect of network arrangements on hospital pricing behavior, in: *Journal of Health Economics*, 24(2), S. 391-405.

- Capps, C., Dranove, D., Lindrooth, R. C.* (2010), Hospital closure and economic efficiency, in: *Journal of Health Economics*, 29(1), S. 87-109.
- Cuellar, A. E., Gertler, P. J.* (2005), How the expansion of hospital systems has affected consumers, in: *Health Affairs*, 24(1), S. 213-219.
- Cuellar, A. E., Gertler, P. J.* (2006), Strategic integration of hospitals and physicians, in: *Journal of Health Economics*, 25(1), S. 1-28.
- Denzel, S., Krolow, S., Dürr, D. M.* (2010), Auswirkungen der Fusionskontrolle auf den deutschen Krankenhaussektor, in: *Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen*, 2010(38), S. 53-71.
- Dranove, D., Satterthwaite, M. A.* (2000), The industrial organization of health care markets, in: Anthony J. Culyer and Joseph P. Newhouse (Hrsg.), *Handbook of Health Economics*, Elsevier, S. 1093-1139.
- Dranove, D., Shanley, M.* (1989), A note on the relational aspects of hospital market definitions, in: *Journal of Health Economics*, 1989(8), S. 473-478.
- Elzinga, K. G., Hogarty, T. F.* (1973), The problem of geographic market delineation in antimerger suits, in: *Antitrust Bulletin*, 18(1), S. 45-81.
- Frech III, H. E., Langenfeld, J., McCluer, R. F.* (2004), Elzinga-Hogarty Tests and Alternative Approaches for Market Share Calculations in Hospital Markets, in: *Antitrust Law Journal*, 71(3), S. 921-947.
- Garnick, D. W., Luft, H. S., Robinson, J. C., Tetreault, J.* (1987), Appropriate Measures of Hospital Market Areas, in: *Health Services Research*, 22(1), S. 69-89.
- Gaynor, M.* (2006), Is vertical integration anticompetitive? Definitely maybe (but that's not final), in: *Journal of Health Economics*, 25(1), S. 175-180.

- Gaynor, M., Vogt, W. B.* (2000), Antitrust and competition in health care markets, in: Culyer, A. J., Newhouse, J. P. (Hrsg.), *Handbook of Health Economics*, Bd. 1, Elsevier Science, Amsterdam, S. 1405-1487.
- Haas-Wilson, D., Gaynor, M.* (1998a), Increasing consolidation in healthcare markets: What are the antitrust policy implications?, in: *Health Services Research*, 33(5), S. 1403-1419.
- Haas-Wilson, D., Gaynor, M.* (1998b), Physician networks and their implications for competition in health care markets, in: *Health Economics*, 7(2), S. 179-182.
- Halbersma, R. S., Mikkers, M. C., Motchenkova, E., Seinen, I.* (2007), Market structure and hospital-insurer bargaining in the Netherlands, TILEC Discussion Paper, Nr. 2007-006, Tilburg University, Tilburg.
- KBV - Kassenärztliche Bundesvereinigung* (2006), *MVZ-Survey 2005 - Eine Analyse der strategischen Positionierung Medizinischer Versorgungszentren*, Berlin.
- Kuchinke, B. A., Kallfass, H. H.* (2007), Die Praxis der räumlichen Marktabgrenzung bei Krankenhauszusammenschlüssen in den USA und in Deutschland: Eine wettbewerbsökonomische Analyse, in: *Zeitschrift für Wettbewerbsrecht*, 07(3), S. 319-337.
- Lake, T., Devers, K., Casalino, L.* (2003), Something Old, Something New: Recent Developments in Hospital-Physician Relationships, in: *Health Services Research*, 38(1), S. 471-488.
- Lindrooth, R. C.* (2008), Research on the Hospital Market: Recent Advances and Continuing Data Needs, in: *Inquiry - The Journal of Health Care Organization Provision and Financing*, 45(1), S. 19-29.

- Luft, H. S., Phibbs, C. S., Garnick, D. W., Robinson, J. C.* (1989), Rejoinder to Dranove and Shanley, in: *Journal of Health Economics*, 1989(8), S. 479-483.
- Maier, C., Schmid, A.* (2009), Potentiale internationaler Vergleiche im Gesundheitswesen am Beispiel von Konzentrationsprozessen im stationären Sektor, in: Gellner, W. und Schmöller, M. (Hrsg.), *Gesundheitsforschung. Aktuelle Befunde der Gesundheitswissenschaften*, Nomos, Baden-Baden, in Vorbereitung.
- Martin, S.* (2002), *Advanced industrial economics*, 2. Aufl., Blackwell, Malden, Mass.
- Melnick, G., Keeler, E.* (2007), The effects of multi-hospital systems on hospital prices, in: *Journal of Health Economics*, 26(2), S. 400-413.
- Morrissey, M. A., Sloan, F. A., Valvona, J.* (1988), Defining Geographic Markets for Hospital Care, in: *Law and Contemporary Problems*, 51(2), S. 165-194.
- Oberender, P., Zerth, J.* (2004), Soziale Ziele und marktwirtschaftliches Gesundheitswesen - schlußendlich kein Gegensatz! Anmerkungen zum Spannungsfeld von Wettbewerbspolitik und Sozialrecht, in: Lenel, H. O., Gröner, H., Hamm, W. und Heuss, E. (Hrsg.), *ORDO - Jahrbuch für die Ordnung von Wirtschaft und Gesellschaft*, Bd. 55, Lucius & Lucius, Stuttgart, S. 261-283.
- OLG Düsseldorf* (2007), Beschluss des Oberlandesgerichts Düsseldorf vom 11.04.2007 VI-Kart 6/05 (V), Düsseldorf.
- Tay, A.* (2003), Assessing Competition in Hospital Care Markets: The Importance of Accounting for Quality Differentiation, in: *RAND Journal of Economics*, 34, S. 786-814.

- Tonn, R., Vistnes, G.* (2001), Hospital competition in HMO networks, in: *Journal of Health Economics*, 20(5), S. 733-753.
- Varkevisser, M., Capps, C. S., Schut, F. T.* (2008), Defining hospital markets for antitrust enforcement: new approaches and their applicability to The Netherlands, in: *Health Economics, Policy and Law*, 3(1), S. 7-29.
- Varkevisser, M., van der Geest, S. A., Schut, F. T.* (2010), Assessing hospital competition when prices don't matter to patients: the use of time-elasticities, in: *International Journal of Health Care Financing and Economics*, 2010(10), S. 43-60.
- Vogt, W. B., Tonn, R. J.* (2006), How has hospital consolidation affected the price and quality of hospital care?, Research Synthesis Report, Nr. 9, Robert Wood Johnson Foundation, Princeton.
- Werden, G. J.* (1989), The limited relevance of patient migration data in market delineation for hospital merger cases, in: *Journal of Health Economics*, 1989(8), S. 363–376.
- Wong, H. S., Zhan, C., Mutter, R.* (2005), Do Different Measures of Hospital Competition Matter in Empirical Investigations of Hospital Behavior?, in: *Review of Industrial Organization*, 26(1), S. 61-87.
- Zwanziger, J., Melnick, G., Eyre, K. M.* (1994), Hospitals and antitrust: Defining markets, setting standards, in: *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 19(2), S. 423-447.

Koreferat zum Beitrag von Andreas Schmid „Die stationäre Versorgung in Deutschland – Konzentration und Wettbewerb: Eine Forschungsagenda?“

Björn A. Kuchinke

	Seite
1. Zusammenfassung.....	82
2. Anmerkungen und Diskussion	83
3. Fazit.....	89
Literaturverzeichnis.....	90

1. Zusammenfassung

Andreas Schmid gibt in seinem Beitrag einen Überblick über den Stand der gesundheitsökonomischen Forschung im Bereich der stationären Versorgung in Deutschland. Der Fokus liegt hierbei – im weitesten Sinne – auf wettbewerbsökonomischen Forschungsfragen, wobei zumindest implizit immer ein spezielles Augenmerk auf die wirtschaftspolitisch motivierte, anwendungsbezogene empirische Forschungsarbeit liegt.¹ Ohne den Beitrag rezitieren zu wollen, denn dies ist nicht notwendig, da dem geneigten Leser die vorliegenden vierzehn Seiten aufgrund der durchweg guten Lesbarkeit und der zumeist klaren Ausführungen mehr als zuzumuten sind, soll nur kurz die Struktur vorgestellt werden.

Nach einer Einleitung (Gliederungspunkt 1), in der zentral die Wichtigkeit oder besser die Relevanz des stationären Sektors veranschaulicht wird sowie einer erste Einschätzung der Entwicklungen erfolgt, stellt der Autor einführende Überblickarbeiten (Gliederungspunkt 2) dar. Darauf aufbauend nimmt sich dieser anschließend insgesamt sieben Diskussionspunkte (Gliederungspunkte 3 – 9) an, die im Rahmen der wettbewerbsökonomischen Forschung in der stationären Versorgung als relevant erachtet werden. Abschließend finden sich eine Einordnung der Studienlage in Deutschland (Gliederungspunkt 10) und eine Zusammenfassung bzw. ein Fazit (Gliederungspunkt 11) des Beitrags.

¹ Umgekehrt, aber im gleichen Sinne ausgedrückt, liegt kein Fokus auf „rein“ theoretischen Arbeiten.

2. Anmerkungen und Diskussion

Grundsätzliche Aspekte

Zunächst sei bemerkt, dass eine auch nur im Ansatz abgewogene oder „umfassende“ Darstellung des Forschungsstandes – und sei sie auch noch so schlaglichtartig – auf dreizehn Seiten unmöglich ist. Dies wäre auch dann unmöglich, wenn der vorliegende Band sich ausschließlich mit diesem Thema auf 500 oder wesentlich mehr Seiten beschäftigen würde. Eine solche abschließende Abhandlung ist jedoch auch nicht Ziel des Autors, wie im Beitrag deutlich gemacht wird.² Vielmehr werden selektiv Problemfelder, Forschungsfragen und Forschungsergebnisse im Zusammenhang mit der stationären Versorgung genannt und andiskutiert. Selektiv deswegen, weil der Autor a) sich ganz simpel beschränken muss und es ihm b) zu unterstellen ist, dass er nur die Themen anspricht, die aus seiner Sicht wichtig sind.

Aufgrund dieser Umstände muss – wenig überraschend (oder besser trotzdem) – als erstes angeführt werden, dass die Tiefe der Diskussion an vielen Stellen zu wünschen übrig lässt. Dies gilt sowohl für die Aufbereitung der Literatur wie für das Abwägen einzelner Argumente bei den angeführten Problemkreisen. Diese Kritik muss erlaubt sein, auch wenn der Autor eine „schlaglichtartige“ Darstellung als Vorgabe wählt. Die Einordnung und die Auswahl der Probleme kommen hier vielfach zu kurz. Es wäre wünschenswert gewesen, bestimmte Punkte eher „auszudiskutieren“ und das Für und Wider oder die Probleme deutlich zu machen, um den Kern der Forschungsfrage bzw. die Forschungsgrenze (noch) deutlich(er) zu machen, wie im Folgenden noch anhand einiger Sachverhalte kenntlich gemacht wird.

Diese Einschätzung gilt vor allem deswegen – und das ist der zweite Kritikpunkt im Generellen – weil nicht immer klar wird, wer der Adressat ist.

² Obwohl diese Intention im Laufe des Beitrags manchmal verloren zu gehen scheint.

Der Autor versucht im Grunde einen Spagat zwischen „Einsteigern und Experten“. Die Intention ist somit, die ganze Bandbreite an Lesern anzusprechen. Hierbei dürften die Einsteiger vielleicht an der ein oder anderen Stelle über-, Experten an der ein oder anderen Stelle unterfordert bzw. nicht genug gefordert sein, wie im Folgenden ebenfalls noch auszuführen sein wird. Das „Abholen“ aller potenziellen Leser gelingt also nicht immer bzw. erscheint unter Umständen problematisch.

Drittens fällt beim Lesen des Textes auf, dass der Tenor doch arg negativ ist. Selbstverständlich ist es die Aufgabe eines rechtschaffenden Wissenschaftlers Dinge zu hinterfragen, zu analysieren und die Frage zu stellen, wie und an welcher Stelle Forschungslücken auftauchen. Außerdem ist es auch in wissenschaftlichen Abrissen dramaturgisch als legitim anzusehen, Sachverhalte betont und pointiert darzustellen, um diesen mehr Gewicht zu verleihen. Hier taucht nur am Ende die Frage auf – selbstverständlich (ebenfalls) überspitzt und dramaturgisch überzeichnet – was GesundheitsökonomInnen eigentlich die letzten Jahre oder Jahrzehnte getrieben haben, da die Erkenntnis oder der Erkenntnisstand doch so gering ist? Hier muss in dieser Hinsicht der Meinung des Autors oder besser dem Tenor des Beitrags entgegengetreten und die gesundheitsökonomische Fahne hochgehalten werden, denn der Erkenntnisgewinn oder -zugewinn ist in den letzten Jahren, wie in vielen anderen Wirtschaftsbereichen auch, als erheblich zu bezeichnen. Dies könnte einfach gemessen werden an der Zahl, aber auch Güte, der Publikationen und der angewendeten Methodik in Theorie und Ökonometrie. Gerade die Erkenntnisse über die Zusammenhänge, Auswirkungen und Ergebnisse in den Gesundheitswesen verschiedener Länder unter der besonderen Berücksichtigung des Wettbewerbs zwischen Leistungsanbietern, also auch Krankenhäusern, haben hierbei erheblich zugenommen. Dies hängt freilich auch damit zusammen, dass in vielen Gesundheitssystemen, wie etwa dem in Deutschland, so etwas wie Wettbewerb erst seit wenigen Jahren eine Rolle spielt, weil sich politisch offenbar (mehr

oder weniger) die Erkenntnis durchgesetzt hat, dass durch Wettbewerb Effizienzpotenziale erschlossen werden können.³ Dieser Einwand soll nicht als Kritik am Autor verstanden werden, der mit Sicherheit über die entsprechende Literaturkenntnis verfügt. Es geht nur darum, dass die Erkenntnisse, die zweifelfrei in den entsprechenden Publikationen nachzuvollziehen sind, im Beitrag eigentlich ausschließlich kritisiert werden vor dem Hintergrund eines unpassenden oder mangelhaften Datenmaterials, theoretischer Unzulänglichkeiten usw. Die Kritik ist hierbei teilweise nicht nachzuvollziehen oder abgewogen. Zumindest bei den „Einsteigern“ sind Probleme hinsichtlich der Nachvollziehbarkeit und des Verständnisses zu vermuten. Hierzu zählt auch, dass der Autor den Leser nach oder mit der Kritik überwiegend alleine lässt. D. h. es gibt keinen Ausblick oder kaum eine Hilfestellung wie Forschung weiter vorangetrieben werden kann, wie bestehende Probleme, die zweifelsfrei existieren, angegangen werden können.

Anmerkungen im Detail

Beginnend mit der Einleitung, in der die Veränderung („Konsolidierung“) auf dem Krankenhausmarkt angeführt wird, muss zunächst auf die Abbildung eingegangen werden. Hier stellt sich die Frage, ob der Autor sich einen Gefallen mit dieser Übersicht getan hat. Auf den ersten Blick unterstützen die Daten die Aussagen hinsichtlich der Veränderungen im Markt. Jedoch ist fraglich, ob wirklich mit diesen Daten eine Tendenz zur Konzentration vermutet werden kann. Wenn beispielsweise die Zahl der Krankenhäuser in den einzelnen Jahren ins Verhältnis zur Zahl der Träger gesetzt wird und als Anhaltspunkt für eine Konzentrationszunahme angesehen werden würde, so ist festzustellen, dass sich die Zahl der von einem Träger betriebenen Krankenhäuser im betrachteten Zeitraum (schwankend) von 1,44 auf 1,59

³ Vgl. hierzu z. B. Baake/Kuchinke/Wey (2010).

erhöht hat. Die Erhöhung dieser Kennziffer ist zunächst als nicht „dramatisch“ zu bezeichnen. Ferner ist diese Durchschnittszahl natürlich mit Vorsicht zu genießen, spiegelt sie die Konzentration jedenfalls nicht wider. D. h. aber auch, dass insgesamt die angeführten, allgemeinen Daten eine zunehmende Konzentration oder gar Marktmacht nicht zwangsläufig untermauern.

In der Einleitung, aber auch in fast allen anderen Teilen des Beitrags, zitiert der Autor eine Vielzahl an Literatur. Hierbei spielen zu Recht Publikationen zum oder über den amerikanischen Krankenhausmarkt eine zentrale Rolle, denn hier ist schon viel früher als in Deutschland Wettbewerb eingeführt und ökonomisch analysiert worden. Obwohl der Autor gegen Ende der Einleitung deutlich macht, dass die Arbeiten und Ergebnisse zum amerikanischen Markt nicht ohne weiteres auf deutsche Verhältnisse zu übertragen sind, geht diese Einschätzung im Fortgang des Beitrags zunehmend verloren. Es wäre ratsam gewesen, die aufgeführten Argumente und Ergebnisse klar und jederzeit in das deutsche System zu überführen sowie vor dem Hintergrund des deutschen Systems zu prüfen und zu werten. Ein Beispiel: In der Einleitung stellt der Autor Überlegungen zur Marktmacht an und dass ein Vorliegen von Marktmacht sich in einem ineffizienten Preis- und Qualitätsniveau äußern kann. Grundsätzlich ist das natürlich richtig, jedoch sind die Preise für Krankenhäuser in Deutschland weitestgehend reguliert und insofern kann Marktmacht hier nicht zum tragen kommen. Zumindest kurz- bis mittelfristig nicht. Gleichzeitig ist Qualität – in einem weiten Verständnis – einer der zentralen Wettbewerbsparameter. Es müsste also weiter ausgeführt werden, wann ein marktmächtiges Krankenhaus einen Anreiz zur Qualitätssenkung hat. Dies ist als nicht trivial zu bezeichnen.⁴ Noch ein Beispiel: Der Autor stellt

⁴ Die zuletzt gemachten Anmerkungen können so auch auf das Kapitel 8 des Beitrags übertragen werden.

verschiedene Verfahren zur Marktabgrenzung dar, u. a. die in Amerika entwickelten und angewendeten, und stellt deren „Unzulänglichkeiten“ vor. Auch hier ist dem Autor in vielen Punkten zuzustimmen. Das Problem ist jedoch, dass die Diskussion um die Abgrenzung des relevanten Marktes ohne Bezug zum unterstellten oder besser gegebenen institutionellen Rahmen sowie zu den tatsächlichen, realen Gegebenheiten geführt wird. Es ist aber von entscheidender Bedeutung, welcher institutionelle Rahmen unterstellt wird, denn die amerikanischen merger guidelines, die europäische Fusionskontrolle und die deutsche Zusammenschlusskontrolle unterscheiden sich nun einmal von den anzuwendenden oder anwendbaren Methoden. Und mehr noch ist die Anwendbarkeit aufgrund der Gegebenheiten ökonomisch zu diskutieren. Oder einfach gesagt: Es gibt nicht den oder den richtigen relevanten Markt, sondern nur den institutionell zulässigen und den ökonomisch zweckmäßigen.

Diese Einschätzungen führen zu zwei weiteren Anmerkungen, die insbesondere die Ausführungen zur Marktabgrenzung und zu Folgen von Wettbewerb, aber auch die Ausführungen zum HHI oder dem SVE-Schema betreffen. Es muss gesehen werden, dass – grundsätzlich, d. h. eigentlich immer – die Methoden in der anwendungsorientierten Wettbewerbspolitik und -ökonomie vor dem Hintergrund der Ergebnisse zu sehen sind. D. h. es ist eigentlich nicht die Frage, ob die Methoden für sich betrachtet unzulänglich sind, sondern ob die Ergebnisse der Anwendung der Methoden schlecht sind.⁵ Die Frage könnte also lauten: Führt die jetzige Durchführung der Abgrenzung des relevanten Marktes zu Fehlbeurteilungen bei der Zusammenschlusskontrolle? Oder: Führt die Verwendung des HHI zur Fehleinschätzung bei der Beurteilung von Konzentration? Wenn die

⁵ Dies gilt vor allem auch dann, wenn jedem Leser einer Studie die Unzulänglichkeit der Analyse bewusst und die Verzerrungen benannt sind. In der europäischen Wettbewerbspolitik ist diesbezüglich etwa die „more-economic-approach“-Debatte einzuordnen.

Beantwortung dieser Fragen „ja“ ist, dann wäre es angezeigt, neue Verfahren oder Kennzahlen zu entwickeln. Fakt ist jedoch, dass die genannten Methoden verblüffend gute wettbewerbsökonomische Ergebnisse liefern. Dies gilt z. B. im Rahmen der Zusammenschlusskontrolle in Europa. Hierzu gibt es etwa Studien die prüfen, ob vollzogene Fusionen nicht besser hätten untersagt werden solle (Fehler erster Ordnung) und ob Fusionen die untersagt worden sind, nicht besser hätten genehmigt werden sollen (Fehler zweiter Ordnung).⁶ Insgesamt sind die Fehler verhältnismäßig gering, „obwohl“ sich die Wettbewerbsbehörden auf althergebrachte, „old industrial economics“-Ansätze verlassen und ihre Entscheidungen darauf stützen.⁷

Eine letzte Anmerkung sei an dieser Stelle noch gestattet, die viele Diskussionspunkte im Beitrag betreffen. Aufgrund des Charakters des Beitrags als eine Art „Übersichtsartikel“ spricht der Autor unterschiedliche Diskussions- oder Problemebenen an. Eine betrifft die Theorie- oder konzeptionelle Ebene, eine zweite die Anwendungsebene, eine dritte die statistisch-ökometrische Ebene, wie im vorangegangenen Abschnitt zumindest teilweise angedeutet worden ist. Es wäre hierbei schön gewesen, diese unterschiedlichen Ebenen auch so klar zu kennzeichnen, um dem Leser einen besseren Überblick zu verschaffen und einen noch besseren Einstieg in die weitere Literatur strukturiert vorzugeben.⁸ Beispielsweise ist die Diskussion um den HHI oder den SVE-Ansatz ein allgemeines Forschungsfeld der Industrie- und Wettbewerbsökonomie. Allgemein deswegen, weil die Probleme, die hier auftauchen, unabhängig vom Objektbereich, also Krankenhäusern, zu sehen sind und seit längerem diskutiert werden. Die Frage der Simulationen und Hospital-Choice-Modelle ist dagegen beispielsweise eine

⁶ Vgl. hierzu z. B. *Christiansen* (2006).

⁷ Vielleicht handelt es sich auch deshalb um bewährte Methoden.

⁸ Zusätzlich werden unterschiedliche Kenntnisse im Detail an den Leser gestellt.

ganz andere, weil diese vor einem theoretisch anderen Background geführt und erst in jüngster Vergangenheit verstärkt debattiert wird.

3. Fazit

Andreas Schmid stellt in seinem Beitrag einen relevanten, aktuellen und spannenden Bereich der gesundheitsökonomischen Forschung dar. Hierbei werden viele Forschungsstränge und -probleme skizziert und Grenzen der Forschung vorgestellt. Dadurch unterscheidet sich dieser Aufsatz von vielen anderen Publikationen. Trotz der vielfach verkürzten Darstellungsweise, die selbstverständlich Anlass zur Kritik bietet, jedoch hauptsächlich dem Umfang des Beitrags geschuldet ist, erreicht der Autor das oberste, selbst gesteckte Ziel, welches zu Beginn formuliert und gegen Ende wiederholt wird: Er macht Appetit auf mehr, auf einen Einstieg und/oder eine verstärkte Beschäftigung mit einem Objektbereich, der sich durch eine hohe Dynamik und Relevanz in der Versorgung, aber auch in der Regulierungsdichte auszeichnet. Es wird deutlich, dass dieser Bereich eine Vielzahl an Betätigungsfeldern für Ökonomen unterschiedlicher Ausrichtungen, vom Modelltheoretiker über den verbal ausgerichteten Wettbewerbsökonom bis hin zu Ökonometrikern, in sich birgt. Die Frage im Titel „Eine Forschungsagenda?“ ist insofern zu bejahen. Genauer genommen handelt es sich um viele Forschungsagenden, die es in Zukunft zu bearbeiten gilt. Insofern ist ein Update des Artikels in – sagen wir zehn Jahren – nicht nur zu erwarten, sondern eigentlich zwangsläufig erforderlich und spannend zugleich.

Literaturverzeichnis

- Baake, P., Kuchinke, B. A., Wey, C.* (2010), Wettbewerb im Gesundheitswesen: Institutioneller Status Quo und wettbewerbsökonomische Probleme, in: Kuchinke, B. A., Sundmacher, T., Zerth, J. (Hrsg.): Wettbewerb und Gesundheitskapital, DIBOGS-Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Sozialpolitik, Bd. 4, S. 10-21.
- Christiansen, A.* (2006), Der „more economic approach“ in der EU-Fusionskontrolle, in: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 2/2006, S. 150-174.

Kirchliche Trägerstrukturen im deutschen Krankenhausmarkt – Eine explorative Analyse

Philipp Schwegel

	<i>Seite</i>
1. <i>Kirchliche Trägerstrukturen – Eine Hinführung</i>	92
2. <i>Industrieökonomischer Rahmen</i>	93
3. <i>Ansätze zur Bestimmung innerkirchlicher Trägertypen</i>	95
4. <i>Beschreibung des Datensatzes und empirische Methodik</i>	96
5. <i>Bisberige Ergebnisse des innerkirchlichen Trägervergleichs</i>	98
5.1 <i>Rahmenbedingungen</i>	98
5.2 <i>Marktstruktur</i>	99
5.3 <i>Marktverhalten</i>	101
5.4 <i>Marktergebnis</i>	103
6. <i>Weiterer Forschungsbedarf</i>	105
<i>Literaturverzeichnis</i>	106

Abstract

Die nachfolgende Arbeit führt für den Markt kirchlicher Krankenhäuser einen explorativen, innerkirchlichen Trägervergleich durch und verwendet ausgewählte Variablen der Marktstruktur, des Marktverhaltens und des Marktergebnisses. Hierfür werden auf Basis des Steuerungs-, Kernkompetenz- und Synergieansatzes sechs Trägertypen definiert und anhand der Daten der Krankenhausstatistik sowie einer eigenen Befragung analysiert. Der innerkirchliche Trägervergleich zeigt dabei, dass deutliche Unterschiede, u. a. bei der Rendite, der Verbundbildung oder der strategischen Ausrichtung existieren. Exemplarisch sei auf die Rendite katholischer Krankenhäuser verwiesen, die mit 1,6 % deutlich über dem Wert der evangelischen Krankenhäuser (0,2 %) liegt, was auf die hohe Produktivität, die niedrigen Kosten je Casemixpunkt und den hohen GmbH-Anteil zurückzuführen ist.

1. Kirchliche Trägerstrukturen – Eine Hinführung

Der deutsche Krankenhausmarkt untergliedert sich in drei Trägergruppen: öffentliche, freigemeinnützige und private Krankenhausträger. Die freigemeinnützigen Krankenhäuser nehmen mit 38 %, gemessen an der Zahl der Einrichtungen, den größten Marktanteil ein.¹ Davon werden wiederum 79 % (624 Einrichtungen) von den Kirchen getragen.² Bezogen auf die bereinigten Kosten liegen die kirchlichen Krankenhäuser mit 14,3 Mrd. Euro für das Jahr 2007 noch vor den Krankenhäusern in privater Trägerschaft (8,9 Mrd. Euro).³ Dieser beachtliche wirtschaftliche Faktor ist bisher nur wenig ökonomisch erforscht, was u. a. auf die heterogenen Marktstrukturen zurückzuführen ist.⁴

¹ Vgl. *Statistisches Bundesamt* (2008b). Die gesamte Anzahl der deutschen Krankenhäuser beträgt 2.087, davon entfallen 790 Krankenhäuser auf die freigemeinnützige Trägerschaft (Jahr 2007).

² Vgl. Kapitel 4 Beschreibung des Datensatzes und empirische Methodik.

³ Vgl. *Statistisches Bundesamt* (2008a).

⁴ Vgl. *Schumacher* (2008), S. 139.

Hier setzen die nachfolgenden Ausführungen an, in dem sie das Ziel verfolgen unter Berücksichtigung der spezifischen Charakteristika des Marktes kirchlicher Krankenhäuser⁵ einen innerkirchlichen Trägervergleich durchzuführen. Im Mittelpunkt der explorativen Analyse stehen dabei folgende Forschungsfragen:

- Welche Parameter prägen den Markt kirchlicher Krankenhäuser?
- Welche innerkirchlichen Trägertypen lassen sich identifizieren und analysieren?
- Wie unterscheiden sich die innerkirchlichen Trägertypen hinsichtlich der Marktparameter?

2. Industrieökonomischer Rahmen

Zur Beantwortung dieser Kernfragen wird ein industrieökonomischer Rahmen herangezogen, der sich mit der Interaktion von Märkten und Unternehmen auseinandersetzt. Der Marktstruktur-Marktverhalten-Marktergebnis-Ansatz (SCP-Ansatz), welcher auf die Arbeiten von *Mason*, *Bain* und *Clark* zurück geht, dient hierfür als Analyseraster⁶ und wird nach *Scherer* um die Basic Conditions (Rahmenbedingungen) erweitert.⁷

Die Anwendung des SCP-Ansatzes erfolgt überwiegend für das produzierende Gewerbe und bedarf daher einer Anpassung für den Markt kirchlicher Krankenhäuser.⁸ Für die Rahmenbedingungen werden die Merkmale abgabenrechtliche Privilegien, arbeitsrechtliche Bedingungen und Finanzierungsstruk-

⁵ Vgl. *Münzel* (2008), S. 100 ff. Hierzu sind u. a. zu zählen: Autonomie der Kirche nach Artikel 140 Grundgesetz, Zusatzversorgung, Arbeitsrecht, Beziehung Krankenhausträger zur Gemeinde, Krankenhausseelsorge, Ausbildungsförderung, etc.

⁶ Vgl. *Mason* (1959), *Bain* (1959), *Clark* (1940).

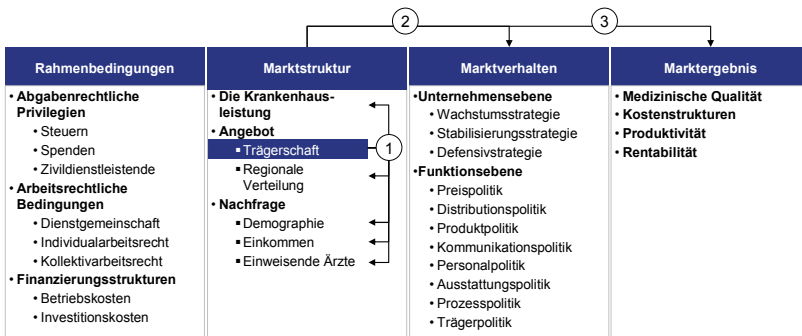
⁷ Vgl. *Scherer* (1970), S. 4 f.

⁸ Die vielfältigen Branchenstudien von *Oberender* für z. B. die Landwirtschaft, die Bankwirtschaft oder die Automobilindustrie belegen die universelle Anwendbarkeit sowie Übertragbarkeit dieses Ansatzes. Vgl. *Oberender* (1984), *Oberender* (1989).

turen herangezogen. Die Untersuchung der Marktstruktur konzentriert sich auf die Erörterung der Krankenhausleistung, des Angebots und der Nachfrage. Beim Marktverhalten werden ausgewählte Strategien auf Unternehmens- und Funktionsebene analysiert und beim Marktergebnis die medizinische Qualität, die Kostenstrukturen, die Produktivität sowie die Rentabilität kirchlicher Krankenhäuser untersucht.⁹

Neben der Beschreibung dieser Variablen sind beim SCP-Ansatz auch die Interdependenzen zwischen der Struktur, dem Verhalten und dem Ergebnis zu berücksichtigen. Die nachfolgenden Ausführungen greifen diesen Anspruch auf und konzentrieren sich auf den Einfluss der verschiedenen innerkirchlichen Trägertypen auf ausgewählten Variablen der Marktstruktur, des Marktverhaltens und des Marktergebnisses (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1: Bezugsrahmen für die empirische Forschung



Quelle: Eigene Darstellung.

⁹ Für die Anwendung des SCP-Ansatzes auf den Krankenhausmarkt vgl. *Helmig (2005), Fischer (1988)*.

3. Ansätze zur Bestimmung innerkirchlicher Trägertypen

Der dargelegte industrieökonomische Rahmen leistet einen entscheidenden Beitrag für eine strukturierte Analyse der Variablen des Marktes kirchlicher Krankenhäuser sowie der Interdependenzen zwischen der Trägerschaft und den identifizierten Variablen. Damit aber überhaupt ein innerkirchlicher Trägervergleich durchgeführt werden kann, bedarf es der Klassifikation der kirchlichen Träger.

Als Träger sind dabei alle juristischen Personen zu verstehen, die Sozial- und Gesundheitseinrichtungen, u. a. Krankenhäuser betreiben. Im Falle einer Kapitalgesellschaft bezeichnet der Begriff des Trägers, die Gesellschafter.¹⁰

Aus diesem allgemeinen Trägerverständnis heraus werden unter Bezugnahme auf den Steuerungs-, Ressourcen- und Synergieansatz sechs verschiedene innerkirchliche Trägertypen identifiziert und theoretisch fundiert: Konfession, Autonomiegrad, diakonischer Ausprägungsgrad, Diversifikationsgrad, Verbundart und Größe. Die nachfolgende Abbildung 2 zeigt überblicksartig die ausgewählten Trägertypen und die den Theorien entnommenen Kriterien zur Identifikation der Trägertypen:

¹⁰ Diese Definition des Begriffs des Trägers berücksichtigt die kirchenspezifischen Anforderungen, da es sich bei kirchlichen Krankenhausträgern um „Mischkonzerne“ handelt, die neben Krankenhäusern u. a. auch Altenheime oder Behinderteneinrichtungen betreiben. Darüber hinaus gründen viele Krankenhausträger Kapitalgesellschaften (GmbH, AG), an denen mehrere Gesellschafter in Form von juristischen Personen beteiligt sind. Häufig existiert immer ein Gesellschafter, der als Mehranteilseigner auftritt. Auch diesem Umstand sollte eine Trägerdefinition gerecht werden. Vgl. *Röthig* (2008). Damit ist die hier verwendete Trägerdefinition deutlich weitergefasst als die Definitionsversuche von *Sonntag* (2008), S. 184.

Abbildung 2: Ansätze zur Bestimmung innerkirchlicher Trägertypen

	Kriterien	Trägertypen
Steuerungsansatz	<ul style="list-style-type: none"> Steuerungsformen (Wilke) <ul style="list-style-type: none"> Markt Hierarchie Kontextsteuerung 	<ul style="list-style-type: none"> Konfession <ul style="list-style-type: none"> Katholisch evangelisch
Kernkompetenzansatz	<ul style="list-style-type: none"> Steuerungsinstrumente (Reichardt) <ul style="list-style-type: none"> Institutionell Normativ Personel Budgetär 	<ul style="list-style-type: none"> Autonomiegrad ggü. der verfassten Kirche <ul style="list-style-type: none"> Niedrig Mittel hoch
Synergieansatz	<ul style="list-style-type: none"> Ursache für Wettbewerbsvorteile Dauerhaftigkeit Transferierbarkeit 	<ul style="list-style-type: none"> Diakonischer Ausprägungsgrad <ul style="list-style-type: none"> Verfasste Kirche Ordensgemeinschaften Wohlfahrtspflege
	<ul style="list-style-type: none"> Synergiearten <ul style="list-style-type: none"> Operative Marktmacht Finanzielle Management 	<ul style="list-style-type: none"> Größe <ul style="list-style-type: none"> Bis 199 Betten 200 bis 499 Betten 500 Betten und mehr Verbundart <ul style="list-style-type: none"> Einzelhaus Konzernverbund klein Filialverbund klein Konzernverbund groß Konzernverbund groß Diversifikationsgrad <ul style="list-style-type: none"> Reiner Krankenhausanbieter Niedrig Mittel hoch

Quelle: Eigene Darstellung.

4. Beschreibung des Datensatzes und empirische Methodik

Unter Rückgriff auf die identifizierten Trägertypen steht damit die Frage nach dem Ausprägungsgrad der Marktparameter im Mittelpunkt der Arbeit. Hierfür wurde ein empirisches Forschungsdesign entworfen, das für die Analyse der Marktstruktur, des Marktverhaltens und des Marktergebnisses eine Vollerhebung (n=487) vorsieht. Neben dieser Vollerhebung fand die Befragung einer Zufallsstichprobe (n=100) kirchlicher Krankenhäuser zum Marktverhalten statt. Hierbei wurde die strategische Ausrichtung hinsichtlich der Anwendung einer Wachstums-, Stabilisierungs- und Defensivstrategie erfragt. Für die Wachstumsstrategie fand eine Detaillierung hinsichtlich der Integrations-, Intensivierungs- und Diversifikationsstrategie statt. Ferner analysiert der

Fragebogen die Auswirkungen des Individualarbeitsrechtes sowie die Ziel-Rendite.

Die Grundgesamtheit kirchlicher Krankenhäuser setzt sich neben Krankenhäusern, die das Kriterium der Kirchlichkeit erfüllen (n=624), auch aus Krankenhäusern zusammen, die auswertungsrelevante Merkmale enthalten. Hierbei handelt es sich um Krankenhäuser,

- die mindestens über 30 Betten verfügen,¹¹
- die eindeutig einer der beiden Konfessionen (katholisch oder evangelisch) zugeordnet werden können,
- die Fachärzte und examinierte Pflegekräfte beschäftigen und
- deren Leistungsabrechnung über DRGs erfolgt.¹²

Die damit definierte Grundgesamtheit beinhaltet 487 kirchliche Krankenhäuser. Zur Herausarbeitung von Unterschieden zwischen den einzelnen Trägertypen werden dabei Lageparameter-, Zusammenhangs- und Signifikanzanalysen mittels der Software SPSS durchgeführt. Die nachfolgende Tabelle 1 zeigt die verwendeten Kennzahlen.

¹¹ Dies Kriterium wurde auch von Werblow/Schoffer verwendet. Vgl. *Werblow/Schoffer* (2010), S. 73. Hierzu auch *Tiemann/Schreyögg*, die die Abgrenzung bei 50 Betten vornehmen. Vgl. *Tiemann/Schreyögg* (2009), S. 119.

¹² Zur Bestimmung der kirchlichen Krankenhäuser, die nach DRGs abrechnen, werden die Merkmale Casemix-Index und krankenhausindividueller Basisfallwert herangezogen.

Tabelle 1: Kennzahlen und Analysemethoden für die Marktanalyse

SCP-Ansatz	Kennzahlen
Rahmenbedingungen	Abweichung Basisfallwert Krankenhaus vom Landesbasisfallwert
	Fördermittel je Bett nach Bundesländern
Marktstruktur	Fälle und Pflegetage nach Fachbereichen
	Trägergrundtypen
	Konfession
	Autonomiegrad ggü. der verfassten Kirche
	Diakonischer Ausprägungsgrad
	Größe
	Verbundart
	Diversifikationsgrad
	Kirchliche Krankenhäuser pro 100.000 Einwohner
	Entfernung in km zu den anderen Einrichtungen im Verbund
	Verbundgröße nach Betten und Anzahl an Krankenhäusern
	Anteil kirchlicher Krankenhausbetten an den gesamten Bettenkapazitäten
	Bevölkerung über 65-Jahre
	Einkommen privater Haushalte
Ärzte pro 1.000 Einwohner	
Marktverhalten	Strategiegrundtypen
	Integrationsstrategien
	Intensivierungsstrategien
	Diversifikationsstrategien
	Zertifizierter Krankenhäuser nach proCum Cert
	Case-Mix-Index
	Auswirkungen des Individualarbeitsrechtes
	Höhe der Personalkosten und Anzahl der Vollkräfte nach Dienstarten
	Anzahl ehrenamtlicher Mitarbeiter
	Facharztquote und Examiniertenquote
	Rechtsformen der unmittelbaren und mittelbaren Träger
Anzahl der mittelbaren Träger	
Marktergebnis	BQS Qualitätsindikatoren
	Bereinigten Kosten je Casemixpunkt
	Produktivität im ärztlichen Dienst nach Casemixpunkten und im Pflegedienst nach Belegungstagen
	Ist-Rendite
	Ziel-Rendite klassifiziert

Quelle: Eigene Darstellung.

5. Bisherige Ergebnisse des innerkirchlichen Trägervergleichs

5.1 Rahmenbedingungen

Die Analyse der Rahmenbedingungen zeigt, dass sich zwischen der gemeinnützigen Abgabenordnung, dem kirchlichen Arbeitsrecht und der staatlichen Finanzierung ein Spannungsfeld aufzeigt, das die Handlungsfreiheit

kirchlicher Krankenhäuser einschränkt. Neben den reformbedürftigen arbeitsrechtlichen Rahmenbedingungen, die u. a. durch parallel existierende Entscheidungsgremien, doppelte Geltungsbereiche von Beschlussfassungen sowie einem starren Tarifsysteem geprägt sind, ist es die Abgabenordnung, die ambivalent zu beurteilen ist. Zum einem eröffnet die Abgabenordnung die Erschließung alternativer Ressourcen (Geld-, Sach- und Zeitzuwendungen), die aber bisher von den kirchlichen Krankenhäusern kaum genutzt werden, zum anderen besteht die Möglichkeit zur Beschäftigung von Zivildienstleistenden, die aber auf Basis der eigenen Erhebung einen zu vernachlässigenden Anteil (1 %) an den gesamten Beschäftigten ausmachen und von daher nur einen begrenzten Vorteil gegenüber privat-wirtschaftlichen Trägern eröffnen. Auch fordert der freigemeinnützige Status eine zweckgebundene Mittelverwendung, was zu einem eingeschränkten Handlungsspielraum, u. a. bei der Wahl der strategischen Ausrichtung oder der Finanzierungsform, führt. Dem entgegen wirkt aber die Befreiung u. a. von der Körperschaftssteuer, die einen finanziellen Vorteil für freigemeinnützige kirchliche Krankenhäuser darstellt. Vor dem Hintergrund dieses Spannungsfeldes werden nachfolgend die Kernaussagen der Marktstruktur dargelegt.

5.2 Marktstruktur

Die kirchliche Krankenhausmarktstruktur wird dominiert von kleinen und mittelgroßen Krankenhäusern (89 %), was sich an deren medizinischen Schwerpunkten, die in der Inneren Medizin, der Chirurgie und der Frauenheilkunde liegen, zeigt. Damit einher geht auch die im Marktvergleich (8,3 Tage) unterdurchschnittliche Verweildauer in Höhe von 7,8 Tagen, die unter Anbetracht des marktdurchschnittlichen Schweregrades in Höhe von 0,965 auf eine effiziente Leistungserbringung schließen lässt.

Auch ist die Marktstruktur durch den hohen Anteil an katholischen Krankenhäusern (67 %) gekennzeichnet. Die Verbindung zur verfassten Kirche wird aufrechterhalten, aber eher im Sinne einer kulturellen Nähe verstanden,

was sich an dem Anteil kirchlicher Krankenhäuser mit einem hohen Autonomiegrad gegenüber der verfassten Kirche (80 %) zeigt.

Die Identifikation mit dem christlichen Auftrag, einer ganzheitlichen Versorgung, und den damit einhergehenden historischen Entwicklungen zeigen sich an dem hohen Diversifikationsgrad kirchlicher Krankenhausträger. Hier sind 67 % der Krankenhausträger in mehr als 6 Wirtschaftszweigen tätig. Eine solche breite Leistungserbringung ist dabei stets auch mit Konzentrationsbemühungen verbunden. Dies zeigt sich daran, dass 73 % der kirchlichen Krankenhäuser Teil eines Verbundes sind. Es kann davon ausgegangen werden, dass dieser Anteil zukünftig noch weiter steigen wird. Nach Einschätzung des Autors auf über 80 %. Eine Vorreiterrolle nehmen hierbei die Ordensgemeinschaften ein, deren durchschnittliche Verbundgröße mit 3,3 Krankenhäusern deutlich über dem innerkirchlichen Marktdurchschnitt (2,0) liegt.

Darüber hinaus ist die kirchliche Marktstruktur durch eine Häufung der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen (1,29 Krankenhäuser je 100.000 Einwohner) und in Agglomerationsräumen (0,839 Krankenhäuser je 100.000 Einwohner) charakterisiert. Der damit verbundene geringere Fokus auf ländliche Gebiete zeigt sich auch an der hohen regionalen Orientierung kirchlicher Krankenhausverbände, von denen 36 % ihre Krankenhäuser innerhalb einer Entfernung von 50 km betreiben.

Neben der Beschreibung der angebotsseitigen Strukturmerkmale sind es die Charakteristika der Nachfrager, die die Marktstruktur bestimmen. Hierbei lässt sich kein eindeutiges Muster erkennen, das einem bestimmten Trägergrundtyp, ein besonders positives Nachfrageumfeld konstatiert. Am ehesten lässt sich ein solches Muster beim diakonischen Ausprägungsgrad erkennen, das zeigt, dass es die Krankenhäuser der Ordensgemeinschaften sind, die über das attraktivste Marktumfeld, im Hinblick auf das Einkommen (18.411 Euro), Arztdichte (1,9) und den Anteil der über 65-jährigen Einwohner (20 %), verfügen.

5.3 Marktverhalten

Der Charakterisierung der kirchlichen Krankenhausmarktstruktur folgen die Kernaussagen zum Marktverhalten kirchlicher Krankenhäuser. Hierbei zeigt sich deutlich, dass 71 % der kirchlichen Krankenhäuser auf Wachstum ausgerichtet sind und im Rahmen dieser Strategie u. a. neue Fachbereiche aufbauen, neue Kundengruppen erschließen und andere Krankenhäuser akquirieren werden. Insbesondere die Ordenskrankenhäuser (81 %) und die großen Krankenhäuser (88 %) sehen hierin ihren Schwerpunkt.

Innerhalb dieser auf Wachstum ausgerichteten Krankenhäuser zeigen sich verschiedene Spezifikationen hinsichtlich der Art der Wachstumsstrategie. Ein signifikanter Zusammenhang ($p = 0,05$) zeigt sich zwischen der Verbundart und der patientenorientierten Rückwärtsintegration, d. h. der Erschließung von Distributionswegen u. a. durch die Integration von MVZs, Teleportal-Kliniken oder Rettungs- und Transportdiensten. Hier sind es die Einzelhäuser und die großen Krankenhausverbünde mit mehr als fünf Einrichtungen, die zu 100 % eine solche Vorwärtsintegration verfolgen.

Neben den Integrationsstrategien als besondere Wachstumsform ist es die Intensivierungsstrategie, die bei der Produktentwicklung einen signifikanten Zusammenhang ($p = 0,05$) zum Autonomiegrad zeigt. Damit werden die Krankenhäuser mit einem hohen Autonomiegrad gegenüber der verfassten Kirche als besonders innovativ charakterisiert, da 97 % dieser eine Produktentwicklungsstrategie verfolgen.

Die anspruchsvollste Form des Wachstums stellt die Diversifikationsstrategie dar. Hierbei besteht ein signifikanter Zusammenhang ($p = 0,05$) zwischen der Verbundart und der horizontalen Diversifikation. Es sind die großen Filialverbünde (100 %) und die Einzelhäuser (70 %), die sich auf die Entwicklung neuer Dienstleistungen für ihre bestehende Kunden konzentrieren.

Neben diesen zusammenfassenden Aussagen zur strategischen Ausrichtung auf der Unternehmensebene sind es die Kernaussagen zu den Aktionsparametern auf der Funktionsebene, die nachfolgend dargestellt werden.

Hierbei unterscheiden sich die katholischen Krankenhäuser deutlich von den evangelischen. Mit Blick auf den Schweregrad der Fälle sind es die evangelischen Krankenhäuser, die mit einem Casemixindex in Höhe von 1,023 deutlich über dem Mittelwert der katholischen Krankenhäuser (0,936) liegen. Eine ähnliche Tendenz zeigt sich bei dem Einsatz ehrenamtlicher Helfer. Auch hier sind es die evangelischen Krankenhäuser, die durchschnittlich mit 9,6 Ehrenamtlichen je 100 Betten deutlich über dem ehrenamtlichen Engagement der katholischen Krankenhäuser (6,9) liegen.

Auffällig auf der Funktionsebene sind auch die Effizienzdefizite bei der Leistungserstellung großer Krankenhäuser. Bei den Sachkosten je Casemixpunkt sind es die kleinen (1.239 Euro) und mittleren (1.320 Euro) Krankenhäuser, die deutlich niedrigere Sachkostenstrukturen realisieren als die großen Krankenhäuser (1.442 Euro). Dies gilt auch für die Personalkosten je Vollkraft, bei denen die großen Krankenhäuser mit durchschnittlich 53.541 Euro deutlich über den durchschnittlichen Personalkosten (51.949 Euro) des Marktes kirchlicher Krankenhäuser liegen. Ein weiterer Unterschied zwischen kleinen und großen Krankenhäusern liegt im Einsatz ehrenamtlicher Helfer. Die kleinen Krankenhäuser haben sich mit durchschnittlich 10,0 Ehrenamtlichen je 100 Betten hierauf spezialisiert. Im Vergleich sei auf die großen Krankenhäuser verwiesen, die durchschnittlich nur 5,2 Ehrenamtliche je 100 Betten beschäftigen.

Auch sind es die Ordenskrankenhäuser (1.202 Euro Sachkosten je CMP), die mit einer effizienten Leistungserbringung positiv hervortreten, was u. a. in den fortgeschrittenen Zentralisierungs- und Outsourcing-Maßnahmen dieses Trägertyps begründet liegt. Die Grundlage für solche Bemühungen bildet häufig die Trennung von Eigentümern und Management, was sich an dem hohen GmbH-Isierungsgrad (75 %) der Ordenskrankenhäuser zeigt.

Darüber hinaus ist noch auffällig, dass es die Einzeleinrichtungen sind, die die niedrigsten Sachkosten je CMP in Höhe von 1.266 Euro realisieren. Damit zeigt sich, dass Verbundbildung im kirchlichen Krankenhauskontext nicht

zwingend zu Sachkosteneinsparungen beiträgt, wenn es nicht gelingt, diese über die Krankenhausgrenzen hinweg zu realisieren.

5.4 Marktergebnis

Das Marktergebnis als Indikator für die Leistungsfähigkeit kirchlicher Krankenhäuser begründet sich in den Aktionsparametern des Marktverhaltens und der Marktstruktur. Zusammenfassend zeigt die explorative Analyse ein heterogenes Bild bezüglich der medizinisch dokumentierten Qualität im Rahmen der BQS-Vorgaben.

Bei der Geburtshilfe erfüllen nur 49,6 % der kirchlichen Krankenhäuser die Vorgabe, dass in 90 % der Frühgeburten ein Pädiater anwesend sein sollte. Deutliche Unterschiede existieren beim Autonomiegrad. Hier sind es die Krankenhäuser mit einem hohen Autonomiegrad, die einen durchschnittlichen Zielerreichungsgrad in Höhe von 53,6 % aufweisen. Im Vergleich zu den kirchennahen Krankenhäusern, d. h. die Krankenhäuser in Trägerschaft der katholischen und evangelischen Kirchengemeinden, der Diözesen und der Diözesancaritasverbände, die mit 34,5 % die Zielvorgaben deutlich unterschreiten.

Im Bereich der Inneren Medizin wird die Zielvorgabe, dass die Komplikationsrate von Herzschrittmacher-Implantationen bei maximal 2 % liegen sollte, von 41,3 % der kirchlichen Krankenhäuser erfüllt. Wie auch in der Geburtshilfe lässt sich hieraus ein Handlungsbedarf ableiten, der u. a. in der Dokumentation der Ergebnisse oder in den Ergebnissen selbst zu suchen ist.

Im orthopädischen Bereich zeigt sich ein anderes Bild. Hier erreichen 93,2 % der kirchlichen Krankenhäuser die Zielvorgabe der BQS, dass die Rate der ungeplanten Folgeoperationen bei der Erstimplantation einer Hüft-Endoprothese bei kleiner 9 % liegen sollte.

Die medizinisch dokumentierte Qualität stellt nur einen der Parameter des Marktergebnisses dar. Daneben liegt der Schwerpunkt auf wirtschaftlichen Ergebnisgrößen. Als besonders auffällig werden die großen Krankenhäuser mit

mehr als 500 Betten dokumentiert, die sowohl bei den bereinigten Kosten je Casemixpunkt als auch der Produktivität im ärztlichen und pflegerischen Dienst deutliche Defizite gegenüber den kleinen und mittleren Krankenhäusern aufweisen. Bei den bereinigten Kosten je Casemixpunkt liegen die großen Krankenhäuser mit 3.533 Euro weit über den kleinen (3.328 Euro) und den mittleren (3.289 Euro). Dieser Umstand ist sicherlich auf die bereits ausgeführten Defizite bei den Sachkosten zurückzuführen, wie auch die vergleichsweise niedrige Produktivität im ärztlichen und pflegerischen Dienst. Die großen Krankenhäuser liegen im ärztlichen Bereich um 53 CMP je Vollkraft und im pflegerischen Bereich um 55 Pflgetage je Vollkraft unter den Produktivitätswerten der kleinen Krankenhäuser. Ein Grund hierfür könnte in der verstärkten Ausbildungsfunktion großer Krankenhäuser liegen.

Besonderes Augenmerk liegt daneben auf der Rendite,¹³ die von kirchlichen Krankenhäusern erwirtschaftet wird. Der innerkirchliche Marktdurchschnitt liegt bei 1,1 % und zeigt deutlich, dass die angestrebten Wachstumsoptionen damit aus eigener Kraft nur schwer zu realisieren sein werden. Dies gilt insbesondere für die 24,1 % der kirchlichen Krankenhäuser, die eine negative Rendite erwirtschaften.

Große Unterschiede zeigen sich darüber hinaus bei der Konfession. Hier sind es die katholischen Krankenhäuser, die mit einer durchschnittlichen Rendite in Höhe von 1,6 % weit über den evangelischen Krankenhäusern mit 0,2 % liegen. Die Gründe für dieses Ergebnis der katholischen Krankenhäuser sind in der hohen Produktivität, den niedrigen Kosten je Casemixpunkt und dem hohen GmbH-Anteil zu sehen, die einen positiven Beitrag zur Rendite leisten können.

¹³ Rendite = Jahresergebnis/Umsatzerlöse.

Darüber hinaus existieren deutliche Unterschiede innerhalb der Verbundart. Hier sind es die Einzelhäuser (1,6 %), die auffälligerweise, eine höhere Rendite als die Verbundkrankenhäuser (0,8 % und 1,2 %) erwirtschaften. Mögliche Gründe hierfür sind der relativ hohen Produktivität und dem überdurchschnittlich effizienten Einsatz der Sachmittel der Einzelhäuser zu sehen.

6. Weiterer Forschungsbedarf

Der theoretischen und empirischen Analyse der kirchlichen Trägerstrukturen im deutschen Krankenhausmarkt gelingt es auf Basis des industrieökonomischen Ansatzes des Struktur-Verhalten-Ergebnis-Paradigmas in breiter Form die verschiedenen Trägertypen im kirchlichen Krankenhausmarkt zu erörtern und deren Unterschiede herauszuarbeiten. Dennoch deutet sich an verschiedenen Stellen der Arbeit ein weiterer Forschungsbedarf an, der nachfolgend diskutiert wird.

Die verwendeten Effizienzmaße reduzieren sich auf ausgewählte Kennzahlen zur Produktivität und zu den Kostenstrukturen. Die Anwendung einer Data-Envelope-Analysis würde sicherlich zu Generierung weiterführender Informationen beitragen, ebenso die Bestimmung von Input- und Outputfaktoren, die die Spezifika kirchlicher Krankenhäuser, wie beispielsweise den Einsatz von ehrenamtlichen Helfern, berücksichtigen sollte.

Die analysierten Trägertypen stellen eine Auswahl auf Basis der dargelegten Theorien dar. Die Anwendung anderer theoretischer Ansätze kann ggf. zur Identifikation von weiteren Trägertypen führen. Als Beispiel sei hier auf die Property-Rights-Theorie verwiesen, die durch ihre Analyse der Verteilung von Verfügungsrechten, insbesondere für die Wahl der Rechtsform und damit für die Trennung von Eigentümern und Management, weiterführende Erkenntnisse beitragen könnte. Dahinter liegt die These, dass der Trend zur GmbH-isierung den Handlungsspielraum des Managements erhöht und damit zu einer Professionalisierung der Leistungserbringung beiträgt.

Ferner sollte auch die Analyse des Einflusses der verschiedenen Trägertypen auf beispielsweise ein Effizienzmaß bedacht werden. Unter Anwendung ausgewählter Regressionsmodelle ließen sich damit zusammenfassende Aussagen zur Bedeutung der Trägertypen sowie deren Unterschiede formulieren. Diese Unterschiede könnten dann auch im Vergleich zu säkularen Krankenhäusern in privater und öffentlicher Trägerschaft gesetzt werden, um die ökonomische Beurteilung der kirchlichen Trägerstrukturen abzurunden. Auch ließen sich mit entsprechenden Regressionsmodellen die Zusammenhänge zwischen ausgewählten Kennzahlen der Marktstruktur, des Marktverhaltens und des Marktergebnisses detaillierter analysieren.

Die Wachstumsstrategien im Kontext kirchlicher Krankenhäuser sind mittel- bis langfristig angelegt. Damit gewinnen Zeitreihen-Analysen an Bedeutung, die es erlauben, die Entwicklung im Markt kirchlicher Krankenhäuser über mehrere Jahre hinweg zu begleiten. Dies betrifft nicht nur die qualitativen Ergebnisse im Rahmen des Marktverhaltens, sondern insbesondere die quantitativen Kennzahlen aus der amtlichen Statistik. Die Etablierung eines „kirchlichen Krankenhaus-Audits“ im Sinne einer jährlichen Branchenstudie kann mittelfristig zu weiterführenden Erkenntnissen beitragen.

Literaturverzeichnis

Bain, J. S. (1959), *Industrial Organization*, New York, et al.

Behar, B. I. (2009), *Horizontale Verbundsstrukturen im deutschen Krankenhausmarkt*, Wiesbaden.

Broll, B. (1997), *Steuerung kirchlicher Wohlfahrtspflege durch die verfassten Kirchen*, Gütersloh.

Bruckenberg, E., Klau, S., Schwintowski, H.-P. (2006), *Krankenhausmärkte zwischen Regulierung und Wettbewerb*, Berlin, Heidelberg.

- Clark, J. M.* (1940), Toward a Concept of Workable Competition, in: American Economic Review, Jg. 30, Nr. 2, S. 241-256.
- Fischer, D.* (1988), Marktstruktur und Marktverhalten in der Krankenhauswirtschaft, Spardorf.
- Fischer, M.* (2009), Das konfessionelle Krankenhaus, Berlin.
- Helmig, B.* (2005), Ökonomischer Erfolg in öffentlichen Krankenhäusern, Berlin.
- Klaus, G., Liebscher, H.* (1976), Wörterbuch Kybernetik, Berlin.
- Knoll, S.* (2008), Cross-Business Synergies: A Typology of Cross-Business Synergies and a Mid-range Theory of Continuous Growth Synergy Realization, Wiesbaden.
- Mason, E. S.* (1959), Economic Concentration and the Monopoly Problem, Cambridge.
- Münzler, H.* (2008), Zwischen Kooperationen und Fusionsbestrebungen, in: Krankendienst o. A. Jg., Nr. 4, S. 97–103.
- Oberender, P.* (1989), Marktökonomie, München.
- Oberender, P.* (1984), Marktstruktur und Wettbewerb in der Bundesrepublik Deutschland, München.
- Reichard von, C.* (1992), Steuerung, in: Bauer, R. (Hrsg.): Lexikon des Sozial- und Gesundheitswesens, München, Wien.
- Röthig, I.* (2008), Stille Riesen. In: Financial Times Deutschland. Ausgabe vom 14.06.2007 Hamburg.
- Scherer, F. M.* (1980), Industrial market structure and economic performance, Chicago.

- Schumacher, H. K.* (2008), Besonderheiten von Non-Profit-Unternehmen, in: Greiner, W., Vauth, C., Schulenburg, J.-M. Graf von der (Hrsg.): Gesundheitsbetriebslehre, Bern, S. 137-159.
- Sonntag, A.* (2008), Struktur und Prozesse des Krankenhausbetriebes - Trägerstrukturen und Rechtsformen, in: Schmidt-Rettig, B., Eichhorn, S. (Hrsg.) Krankenhaus-Managementlehre, Stuttgart.
- Statistisches Bundesamt* (2008a), Gesundheit - Kostennachweis der Krankenhäuser 2007, Fachserie 12 Reihe 6.3, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt* (2008b), Gesundheit - Grunddaten der Krankenhäuser 2007, Fachserie 12 Reihe 6.1.1., Wiesbaden.
- Tiemann, O., Schreyögg, J.* (2009), Effects of Ownership on Hospital Efficiency in Germany, in: BuR - Business Research, 2. Jg., Nr. 2, S. 115-145.
- Werblow, A., Schoffer, O.* (2010), Entwicklung des Personalbestandes in allgemeinen Krankenhäusern Deutschlands 2002-2007, in: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. (Hrsg.): Krankenhausreport 2010, Stuttgart, S. 71-96.

**Koreferat zum Beitrag von Philipp Schwegel
„Kirchliche Trägerstrukturen im deutschen Krankenhaus-
markt – Eine explorative Analyse“**

Julia Graf

	Seite
<i>1. Kurzzusammenfassung und Einordnung.....</i>	<i>110</i>
<i>2. Einzelne Bemerkungen und Anregungen</i>	<i>112</i>
<i>Literaturverzeichnis.....</i>	<i>114</i>

1. Kurzzusammenfassung und Einordnung

Schwegel beleuchtet in seinem Beitrag öffentliche, freigemeinnützige und private Träger im deutschen Krankenhausmarkt und legt innerhalb der freigemeinnützigen einen besonderen Fokus auf die Subgruppe der kirchlichen Träger. Hintergrund der vorliegenden Arbeit ist der hohe Marktanteil konfessionell geprägter Krankenhäuser von etwa 40 %, dem in der einschlägigen Literatur nur geringe Bedeutung geschenkt wird. Insbesondere zielt *Schwegel* dabei auf einen innerkirchlichen Trägervergleich ab, um Besonderheiten und etwaige Wettbewerbsvorteile kirchlicher Krankenhäuser herauszuarbeiten.

Die innerkirchlichen Trägertypen werden mittels des Steuerungs-, Ressourcen- und Synergieansatzes klassifiziert. Innerhalb des Steuerungsansatzes werden die Kriterien Steuerungsform, Steuerungsinstrumente und Autonomiegrad gegenüber der verfassten Kirche unterschieden. Anhand dieser Merkmale differenziert *Schwegel* beispielsweise die Trägertypen katholisch oder evangelisch getragene Krankenhäuser.

Der Kernkompetenzenansatz implementiert die Überlegung, dass die vier Dimensionen der Kirche und damit das Kernkompetenzpotential unter den kirchlichen Krankenhausträger verschieden umgesetzt werden. Auf Basis dieser Überlegungen kristallisiert der Autor die Trägertypen verfasste Kirche, Ordensgemeinschaft und Wohlfahrtspflege heraus.

Der Synergieansatz bezieht sich auf die Arten von Synergien, die kirchliche Krankenhausträger realisieren können. Dabei werden die Dimensionen operativ, marktmachtorientiert, finanziell und managementorientiert unterschieden. Konkret fassbar werden diese in den Parametern Bettenanzahl, Verbundart und Diversifikationsgrad.

All diese Merkmale der Trägertypen liegen einer SCP-Analyse und einer Befragung einer Zufallsstichprobe zugrunde.

Die Auswertung zeigt bezüglich der Rahmenbedingungen unter anderem ein Spannungsfeld zwischen der gemeinnützigen Abgabenordnung, dem kirch-

lichen Arbeitsrecht und der staatlichen Finanzierung, in dem sich kirchliche Krankenhäuser bewegen. Insbesondere ist in diesem Zusammenhang die Befreiung der kirchlichen Krankenhäuser beispielsweise von der Körperschaftsteuer hervorzuheben.

Die Krankenhausmarktstruktur wird vor allem durch kleine und mittelgroße Krankenhäuser in Agglomerationsräumen im Bereich der Inneren Medizin, der Chirurgie und der Frauenheilkunde geprägt. Die Leistungserbringung erfolgt effizient und in einem sehr diversifizierten Umfeld.

Hinsichtlich des Marktverhaltens lässt sich gemäß *Schwegel* eine deutliche Ausrichtung der betrachteten Einrichtungen hin zu Wachstum und Innovationen konstatieren. Unter anderem bestehen ein positiver Zusammenhang zwischen dem Autonomiegrad und der Innovationsfreudigkeit und negative Wechselwirkungen zwischen der Sach- bzw. Personalkostenhöhe und der Größe eines betrachteten Krankenhauses. Im Hinblick auf mögliche Unterschiede zwischen katholischen und evangelischen Krankenhäusern verweist *Schwegel* auf einen deutlich höheren Case Mix Index der evangelischen Krankenhäuser im Vergleich zu ihren katholischen Pendanten.

Bezugnehmend auf die Auswirkung der kirchlichen Krankenträgerschaft auf das Marktergebnis und damit die medizinische Qualität zeichnet *Schwegel* ein heterogenes Bild. Als Indikator werden die BQS Vorgaben herangezogen und beispielsweise für den Bereich der Geburtshilfe ausgewertet. Die Erfüllung der Vorgaben in diesem und anderen Teilbereichen der Medizin scheint positiv zu sein. Deutlich negativer fällt die Überprüfung der angestrebten Renditeziele der Krankenhäuser aus. So werden laut dem Autor die selbstgesteckten Renditeziele nur von den wenigsten Krankenhäusern erreicht.

Weiteren Forschungsbedarf sieht *Schwegel* unter anderem in der möglichen Integration von alternativen theoretischen Ansätzen, wie etwa der Property-Rights-Theorie, oder der Aufbereitung der Kennzahlen mittels einer Regressionsanalyse. Auch könnte die Einführung eines „kirchlichen Krankenhaus-Audits“ interpretatorischen Mehrwert liefern.

2. Einzelne Anmerkungen und Anregungen

Beim Lesen der Arbeit fällt auf, dass der Autor eine Vielzahl an Daten erhoben und auf einem bislang in deutschsprachigen Raum wenig beachteten Themengebiet Pionierarbeit geleistet hat. Dass dieser Themenkomplex in vielerlei Hinsicht vielversprechend ist, zeigt beispielsweise eine vergleichbare Studie für den US-amerikanischen Raum, die zu dem Ergebnis kommt, dass konfessionelle Krankenhäuser mit einer signifikanten Wahrscheinlichkeit eine qualitativ bessere Versorgung anbieten als nicht-konfessionelle Einrichtungen.¹

Sinnvoll erscheint es davon auszugehen, dass kirchliche Krankenhäuser in vielen Fällen nach unternehmerischen Grundsätzen handeln und daher auch anhand von Unternehmenskennzahlen analysiert werden sollten. Wie der Autor jedoch anmerkt, ist das Handeln der kirchlichen Krankenhäuser nicht ausschließlich auf Gewinnmaximierung ausgelegt, was sich in einer Erweiterung und Ergänzung der Beurteilungskriterien widerspiegelt.

Hinsichtlich des industrieökonomischen Rahmens wäre ein weiterer Ansatz den statischen Rahmen des SCP-Ansatzes aufzubrechen und beispielsweise Wechselwirkungen zwischen der Marktstruktur und dem Marktverhalten mit einzubeziehen. Auch könnte eine erste Annäherung an die Rahmenbedingungen und die Marktstruktur innerhalb derer die Krankenhäuser agieren, mittels einer Analyse der Marktkonzentration erfolgen.

Im Hinblick auf die Ergebnisse des innerkirchlichen Trägervergleichs wäre es für den Leser unter Umständen hilfreich, eine weitergehende Typisierung vorzunehmen. So könnten eventuell anhand eines oder mehrerer Merkmale (Konfession, Autonomiegrad gegenüber der verfassten Kirche, diakonischer Ausprägungsgrad, Größe, Verbundart und Diversifikationsgrad) Prototypen der kirchlichen Krankenhäuser entworfen werden. Über diese sollten anschlie-

¹ Vgl. *Foster* (2010), S. 1.

Bend Aussagen hinsichtlich der Marktstruktur und dem Marktverhalten getroffen werden.

Ein Begriff, der nicht nur in der vorliegenden Arbeit, sondern auch in der aktuellen wissenschaftlichen Debatte eine Rolle spielt, ist der der Festlegung von Qualitätskriterien im Gesundheitsbereich und deren Messung. Eine Variante ist die proCum Cert-Zertifizierung, welche zusätzlich zum verbreiteten KTQ-Standard, christliche Werte in konkrete und verbindliche Qualitätsziele kleidet.² Vor allem von konfessionellen Trägern und deren Mitarbeitern wird eine besondere Art der Leistungsbringung erwartet, die weit über eine bloße Erfüllung der Vorgaben hinausgeht und sich in derartigen Kennzahlen niederschlägt. Diese oder eine vergleichbare Kennzahl sollte zusätzlich zu den BQS-Vorgaben in die Qualitätsmessung einfließen. Eine proCum Cert-Zertifizierung wird innerhalb der Kennzahlen berücksichtigt, könnte aber im Rahmen der Ausführungen zum Marktergebnis gesondert ausgewiesen werden und mit nicht-zertifizierten Krankenhäusern verglichen werden.

Insbesondere da zusätzlich eine Bewertung der Krankenhäuser anhand von Renditekennzahlen erfolgt, sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass gerade konfessionelle Träger ökonomisch weniger lukrative Einrichtungen wie etwa Hospize oder soziale Beratungsstellen unterhalten.³ Dies sollte gerade bei einem Vergleich mit privaten Krankenhäusern beachtet werden. Des Weiteren lassen sich zum Teil erhebliche Divergenzen hinsichtlich der Eigen- und Fremdkapitalquote konstatieren, was sicherlich in Zusammenhang steht mit den Unterschieden in der Gewinnverwendung zwischen konfessionellen und nicht-konfessionellen Krankenhäusern.⁴ Eine Erweiterung der betrachteten

² Vgl. *Steiner* (2009), S. 15 f.

³ Vgl. *Wewel* (2010), S. 63f.

⁴ Vgl. *Penter* (2010), S. 4.

bilanzpolitischen Kennzahlen kann unter diesen Gesichtspunkten durchaus einen Mehrwert liefern.

Um eine umfassende Einordnung der Marktergebnisse vornehmen zu können, wäre neben einem Vergleich der Erkenntnisse über konfessionelle Krankenhäuser mit öffentlichen oder privaten, auch eine Beleuchtung der Entwicklung der kirchlichen Krankenhäuser von Interesse. In einer vergleichbaren Studie über konfessionelle Krankenhäuser in den USA ergab sich eine Verbesserung der Effizienz zwischen 1998 und 2001.⁵ Eine Prognose hinsichtlich der künftigen Positionierung könnte beispielsweise um eine detaillierte Analyse der Standorte der konfessionellen Krankenhäuser ergänzt werden. Einige Studien sehen gerade in diesem Punkt einen Wettbewerbsvorteil der kirchlichen Krankenhäuser gegenüber Häusern öffentlicher und privater Träger. Nicht-konfessionelle Einrichtungen sind vorwiegend in Abwanderungsregionen vertreten, im Gegensatz zu kirchlichen Krankenhäusern.⁶

Eine weitere Möglichkeit, die aber unter Umständen den Rahmen der zugrundeliegenden Arbeit sprengen würde, ist ein innereuropäischer oder gar weltweiter Vergleich der Krankenhäuser mit kirchlicher Trägerschaft.

⁵ Vgl. *Harrison* (2006), S. 2.

⁶ Vgl. *Penter* (2010), S. 10.

Literaturverzeichnis

- Foster, D.* (2010): Differences in Health System Quality Performance by Ownership, Thomson Reuters 100 Top Hospitals 2010, Ann Arbour.
- Harrison, J., Sexton, C.* (2006): The Improving Efficiency Frontier of Religious Not-for-Profit Hospitals, in: Hospital Topics: Research and Perspectives on Healthcare, 84 Jg., Nr. 1, S. 2-10.
- Penter, V.* (2010): Zukunftsperspektiven für kirchliche Krankenhäuser, KPMG Health Care 2010, Vortrag zur DEKV-Jahrestagung 2010.
- Steiner, M., Knittel, T., Kemper, L.* (2009): Kirchliche Krankenhäuser – wertorientiert, innovativ, wettbewerbsstark - Studie zu Beitrag und Bedeutung kirchlicher Krankenhäuser im Gesundheitswesen in Deutschland, Basel.
- Wewel, U., Nilsson A.* (2010): Was begründet den Erfolg konfessionell geprägter Krankenhäuser? in: Lohmann, H., Preusker, U. (Hrsg.): Kommune, Kirche oder privat: Erfolgsmodelle für Krankenhäuser, Heidelberg, S. 61-73.

Autorenverzeichnis/Herausgeberverzeichnis

Laura Birg

Dipl.-Ökonomin Laura Birg ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Christian-Albrecht Universität zu Kiel am Institut für Volkswirtschaftslehre, Olshausenstraße 40, 24118 Kiel, Tel.: (+49) 431 880-3354, Mail: birg@economics.uni-kiel.de, Homepage: <http://www.wiso.uni-kiel.de/vwlinsti-tute/Raff>.

Ralf Dewenter

Prof. Dr. Ralf Dewenter ist am Düsseldorf Institute for Competition Economics (DICE), Universität Düsseldorf, Universitätsstr. 1, 40225 Düsseldorf, Mail: ralf.dewenter@dice.uni-duesseldorf.de, Homepage: [Homepage: www.dice.uni-duesseldorf.de](http://www.dice.uni-duesseldorf.de)

Julia Graf

Dipl.-Volkswirtin Julia Graf ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Düsseldorf Institute for Competition Economics (DICE), Universität Düsseldorf, Universitätsstr. 1, 40225 Düsseldorf, Mail: julia.graf@dice.uni-duesseldorf.de, Homepage: [Homepage: www.dice.uni-duesseldorf.de](http://www.dice.uni-duesseldorf.de)

Thomas Jaschinski

Dipl.-Ökonom Thomas Jaschinski ist Mitarbeiter am Düsseldorf Institute for Competition Economics (DICE), Universität Düsseldorf, Universitätsstr. 1, 40225 Düsseldorf, Mail: thomas.jaschinski@dice.uni-duesseldorf.de, Homepage: www.dice.uni-duesseldorf.de.

Björn A. Kuchinke

PD Dr. Björn A. Kuchinke ist Vertreter der Professur für Wirtschaftspolitik und Mittelstandsforschung an der Georg-August-Universität Göttingen, Platz der Göttinger Sieben 3, 37073 Göttingen, Tel.: (+49) 55139-4608, Mail: bjoern.kuchinke@wiwi.uni-goettingen.de, Homepage: <http://www.uni-goettingen.de/de/64099.html>

Hendrik Schmitz

Dr. Hendrik Schmitz ist wissenschaftlicher Mitarbeiter im Kompetenzbereich Gesundheit am RWI, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung, Hohenzollernstraße 1-3, 45128 Essen, Mail: schmitz@rwi-essen.de, Homepage: <http://www.rwi-essen.de>.

Philipp Schwegel

Dr. Philipp Schwegel ist als Health Care Manager in der Medizinprodukte-industrie tätig. Darüber hinaus ist er freiberuflicher Mitarbeiter beim Institut für Sozialstrategie, Mail: philipp.schwegel@gmx.de

Torsten Sundmacher

Dr. Torsten Sundmacher ist Partner des Beratungsunternehmens SUSTAIN CONSULT, Kaiserstr. 24, 44135 Dortmund, Tel.: +49 231/98128510, Fax: +49 231/98128529, Homepage: www.sustain-consult.de, Mail: sundmacher@sustain-consult.de und Lehrbeauftragter der Universität Duisburg-Essen, Mercator School of Management, Lotharstr. 65, 47058 Duisburg, Tel.: + 49 171/7452787.

Jürgen Zerth

PD Dr. Jürgen Zerth ist Institutsleiter am International Dialog College and Research Institute (IDC) der Diakonie Neuendettelsau, Wilhelm-Löhe-Straße 16, 91564 Neuendettelsau, Tel.: +49 9874 -8 27 93, Email: juergen.zerth@diakonienueuendettelsau.de, Homepage: <http://www.idc-campus.de>.