

GESUNDHEITSWESEN AKTUELL 2018

BEITRÄGE UND ANALYSEN

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Andreas Schmid
Marktkonzentration im Krankenhausektor

Auszug aus:
BARMER Gesundheitswesen aktuell 2018 (Seite 14–29)

Andreas Schmid

Marktkonzentration im Krankensektor

Krankenhäuser in Deutschland sehen sich mit einem sehr dynamischen Umfeld konfrontiert. Eine Vielzahl regulatorischer Eingriffe erhöht dabei den Druck zu einer weiteren Konsolidierung, welche mit einer höheren Konzentration des Marktes einhergeht – ein Prozess, der Chancen wie auch Risiken mit sich bringt. Im vorliegenden Beitrag sollen neben den ökonomischen Grundlagen aktuelle Entwicklungen im deutschen Krankenhausmarkt aufgezeigt werden. Ein kurzer Überblick zum aktuellen Stand der Forschung erlaubt es abschließend, gesundheitspolitische Implikationen abzuleiten.

Einleitung

Der Begriff der Konzentration hat in der Ökonomik eine ambivalente Bedeutung: Einerseits werden mit einer Konzentration positiv konnotierte Potenziale wie Economies of Scale beziehungsweise Effizienzsteigerungen und Kosteneinsparungen in Verbindung gebracht. Die Practice-Makes-Perfect Hypothesis (Übung macht den Meister) legt nahe, dass damit auch Qualitätssteigerungen einhergehen können (Hentschker und Mennicken 2015; Hentschker et al. 2016). Auch großvolumige Investitionen lassen sich in größeren Einheiten häufig leichter verwirklichen. Andererseits bewirkt eine Konzentration auch eine Verringerung der Zahl der handelnden Akteure. Es gibt weniger Anbieter und im Extremfall ein Monopol. Dies limitiert die Auswahl der Kunden und erhöht mit zunehmender Konzentration die Macht der Anbieter, was diesen erlaubt, Preise zu erhöhen und/oder Qualität abzusenken, ohne dafür durch eine Verringerung der Nachfrage sanktioniert zu werden. Auch reduziert sich der Druck effizient zu sein, sich an den Präferenzen der Kunden zu orientieren und sich durch Innovationen positiv von Konkurrenten abzusetzen (Schmid 2012).

Diese Ambivalenz findet sich in vielen Teilen einer Ökonomie. Sind die Voraussetzungen für wettbewerblich strukturierte Märkte erfüllt, ergibt sich im Optimalfall ein dynamisches Gleichgewicht, das jedoch zwangsläufig mit heterogenen Ergebnissen einhergeht: Nicht allen Teilnehmern am Markt stehen zur gleichen Zeit Angebote in gleicher Qualität und zu gleichen Preisen zur Verfügung. Erst mit der Zeit werden übermäßige Ausprägungen

in die eine oder andere Richtung durch den Wettbewerbsprozess korrigiert. Historisch haben sich Wirtschaftssysteme bewährt, die sich marktwirtschaftlicher Prozesse bedienen und mögliche Auswüchse durch einen entsprechenden Regelrahmen eingrenzen (Kerber 2007). Die Entscheidung für bestimmte Wirtschaftssysteme – egal in welchen von Knappheit geprägten Teilen einer Ökonomie – ist von großer Bedeutung, da sie impliziert, welche Art von regulatorischen Eingriffen angezeigt oder kompatibel ist. So stehen detaillierte Vorgaben auf Ebene von Strukturen und Prozessen in einem gewissen Konflikt zu den eigentlich stärker auf allgemeinen und abstrakten Regeln basierenden wettbewerblich organisierten Wirtschaftssystemen, welche den Akteuren Freiräume eröffnen (Oberender et al. 2016).

Dass die Implementierung von Wettbewerbsprozessen im Gesundheitswesen keineswegs trivial ist, ist hinreichend bekannt. Dennoch gibt es zumindest seit rund 25 Jahren ein weit ausgeprägtes Verständnis, dass wettbewerbliche Elemente essenziell sind, soll das Gesundheitssystem auch künftigen Herausforderungen gewachsen sein (siehe exemplarisch das Arbeitspapier der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 1994 und Cassel et al. 2014). Zugleich bleibt zu konstatieren, dass die Erwartungen an den Wettbewerb als Wundermittel zur Lösung beinahe aller Probleme deutlich überzogen waren beziehungsweise sind. Dabei scheint es, als wäre in den letzten Jahren eine Ernüchterung und in Teilen sogar Frustration eingetreten, die unausgesprochen dazu führt, Maßnahmen zur Steuerung des Gesundheitswesens zu billigen oder zu befördern, welche die Voraussetzungen für ein Funktionieren von Wettbewerbsprozessen eher unterminieren als sie zu stärken. Die Intentionen (wie etwa Förderung der Qualität oder Abbau von Ineffizienzen) sind dabei durchaus redlich. Es bleibt jedoch offen, inwiefern sie langfristig wirklich zielführend sind, da zentrale Planung und Steuerung regelmäßig an Grenzen stößt, wenn Systeme zu groß und komplex sind.

Verfolgt man die Diskussionen der letzten Jahre, so kann für Deutschland festgestellt werden, dass ein weitgehender Konsens besteht, dass die Zahl der Krankenhäuser reduziert werden kann und sollte. Die Zurückhaltung hinsichtlich der Gewährung von Sicherstellungszuschlägen macht deutlich, dass sich dies nicht nur auf urbane

Ballungszentren bezieht, finden sich in einzelnen Bundesländern doch deutlich überdurchschnittlich viele kleine ländliche Krankenhäuser. Bei Studien zu Auswirkungen von Krankenhausschließungen – sei es hinsichtlich der Erreichbarkeit für bestimmte Indikationen oder für die Notfallversorgung – steht jedoch stets die Erreichbarkeit eines Krankenhauses in einem vertretbaren Zeitrahmen im Fokus. Wettbewerbsrelevante Aspekte wie die Frage nach dem nächsten alternativen Anbieter bleiben hier in der Regel unberücksichtigt. Auch in anderen Bereichen scheint die Aufgeschlossenheit zur Abkehr von wettbewerbsorientierten Ansätzen zu wachsen. So stellen krankenhaushaare Quoten für das Pflegepersonal starke Strukturvorgaben dar, und die Diskussion über die Einführung einer faktischen Selbstkostendeckung für den Bereich der Pflege hat das Potenzial, das DRG-System im Kern zu entwerten (Wehner et al. 2018).

Am Beispiel des Krankenhaussektors soll im Folgenden nun ein Teilaspekt dieses Themas ausgeleuchtet werden, nämlich die Konzentration von Leistungsstrukturen auf weniger Anbieter. Nach einer Beschreibung der Struktur des Krankenhaussektors soll in einem weiteren Abschnitt auf die verfügbare wissenschaftliche Evidenz zu den Treibern sowie den Auswirkungen von Konzentrationsprozessen im Krankenhaussektor eingegangen werden. Dies bildet die Grundlage einer Diskussion möglicher Implikationen für die deutsche Gesundheitspolitik.

Konzentration des stationären Sektors in Deutschland

Der Ausweis der Konzentration erfolgt über Kennzahlen wie den Herfindahl-Hirschmann-Index (HHI). Er stellt die Summe der quadrierten Marktanteile der Anbieter in einem Markt dar. Je mehr Wettbewerber es gibt, desto kleiner ist der Wert. Gibt es nur noch einen Anbieter, liegt der Wert bei 1. Es gibt keinen theoretisch ableitbaren festen Grenzwert, ab dem die Konzentration als problematisch einzustufen ist. Häufig wird bei Werten größer als 0,25 von hoch konzentrierten Märkten gesprochen. Vom Bundeskartellamt wurde lange Zeit argumentiert, dass ein starkes Indiz für eine marktbeherrschende Stellung vorliegt, wenn der kumulierte Marktanteil fusionierender Unternehmen 33 Prozent übersteigt (BKartA 2012). In der Praxis scheint keine Fusion im Krankenhaussektor unterbunden worden zu sein, die nicht einen kumulierten Marktanteil von 0,5 überstieg. Dies geht zwangsläufig mit einem HHI von (deutlich) über 0,25 einher.

Eine Besonderheit im Krankenhausmarkt ist es, dass regionale Märkte vorliegen. Für Patienten stellt die zu überwindende Distanz zu einem Krankenhaus ein relevantes Kriterium dar. In der Wettbewerbsökonomik erfolgt hier ein Analogieschluss zur Versorgung mit Supermärkten. Der HHI ist dabei auch im Krankenhaussektor die vermutlich am häufigsten verwendete Kennzahl zum Ausdruck der Marktkonzentration und kann insbesondere die genannten räumlichen Besonderheiten adäquat abbilden (Schmid 2012).

Dieser regionale Charakter wird nicht dadurch infrage gestellt, dass insbesondere bei elektiven Eingriffen eine steigende Bereitschaft von Patienten zu verzeichnen ist, auch längere Strecken auf sich zu nehmen (Rinsche und Schmid 2015). Studien auf Basis tatsächlicher Patientenbewegungen zeigen, dass die in Befragungen von Patienten häufig geäußerte Bereitschaft, beispielsweise für eine höhere Qualität in der Versorgung eine weitere Strecke zurückzulegen, in der Praxis deutlich geringer ausgeprägt ist (Victoor et al. 2012).

Die Beantwortung der Frage, in welchem Ausmaß der deutsche Krankenhaussektor konzentriert ist, erfordert Daten zur Herkunft der Patienten eines Krankenhauses und zu den Eigentumsstrukturen. Denn wenn zwei einige Kilometer voneinander entfernte Einrichtungen demselben Eigentümer gehören, ist zu erwarten, dass ihr Verhalten abgestimmt ist und sie nicht in freiem Wettbewerb zueinanderstehen (Schmid 2012). Die Information zu den Eigentumsstrukturen der deutschen Krankenhäuser ist in den verfügbaren Datensätzen (Abrechnungsdaten der GKV, amtliche Krankenhausstatistik und andere) jedoch nicht hinterlegt. Es erfordert somit sehr umfangreiche Recherchen, um dieser Frage nachgehen zu können.

An dieser Stelle sei darauf verwiesen, dass das Kriterium der Konzentration zur Bewertung der Struktur eines Marktes wissenschaftlich für wettbewerbsökonomische Analysen bestenfalls eine Notlösung darstellt. Verschiedene rational kaum rechtfertigbare Besonderheiten der amtlichen Statistik (definiert durch die gesetzlichen Voraussetzungen) verhindern jedoch eine empirisch aussagekräftigere Analyse, die beispielsweise Charakteristika von Krankenhäusern und ihre jeweiligen Kostenstrukturen mit den damit einhergehenden Erlösen in Beziehung setzt (dggö 2015).

Dies ist ein zentraler Grund, weshalb es kaum empirische Analysen zur Struktur der Versorgung im deutschen Krankenhaussektor gibt. Es existieren zwar diverse Studien, in denen ein HHI als Kontrollvariable in Schätzungen aufgenommen wird. In den meisten Fällen handelt es sich hier jedoch um sehr pragmatische Implementierungen, die den Anforderungen einer im engeren Sinne wettbewerbsökonomischen Analyse nicht gerecht werden.

Die umfangreichsten Analysen liefern Schmid (2012) sowie Schmid und Ulrich (2013), allerdings auf Basis von Daten für die Jahre 2000 bis 2007. Die Ergebnisse zeigen einen Anstieg der mittleren Konzentration über die Zeit von 0,14 auf 0,17 sowie für 2007 einen Anteil von rund 20 Prozent der Leistungserbringer, die in einem konzentrierten Markt tätig sind und dabei einen Marktanteil von über 33 Prozent aufweisen. Diese sind mithin mit hoher Wahrscheinlichkeit in der Lage, Marktmacht auszuüben. Wenig überraschend ist die Konzentration in ländlichen Regionen deutlich höher. In sehr dünn besiedelten Regionen ist von Quasimonopolen in der Versorgung auszugehen. Aber auch in einzelnen größeren Städten wird das Angebot von einem Krankenhausträger dominiert.

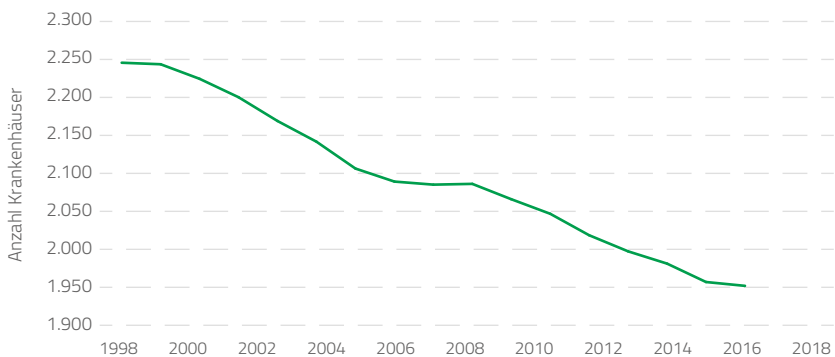
Ebenfalls mit Daten von 2007 zeigen Hentschker et al. (2014), dass eine Differenzierung des Krankenhausmarktes nach verschiedenen Indikationen dazu führt, dass deutlich höhere Werte für die Konzentration des Marktes festgestellt werden können. Während der mittlere HHI für einen aggregierten Markt über alle Krankenhausleistungen (HHI) bei rund 0,19 liegt, liegen die Werte für Lungenentzündungen, Blinddarmoperationen oder Gallenblasenentfernungen bei über 0,3, bei Hüftfrakturen sogar über 0,4. Elektive Indikationen wie Knie- und Hüftgelenkersatz liegen mit einem mittleren HHI von 0,19 deutlich darunter.

Bremer und Nesensohn (2017) reichern eine Analyse der amtlichen Statistik um eine aufbereitete Träger-ID an und präsentieren eine der wenigen Auswertungen mit aktuellen Daten für die Jahre 2002 und 2014. In der auf Baden-Württemberg beschränkten Auswertung zeigen sie, dass die Konzentration im Betrachtungszeitraum um neun Prozent anstieg (mit Krankenhausgröße gewichteter HHI). Dabei lagen im Jahr 2014

rund 17 Prozent der Einrichtungen bei einem HHI von über 0,3. Trotz einer sehr ähnlichen Vorgehensweise lassen sich wegen einer abweichenden Abgrenzung der Grundgesamtheit die Ergebnisse nicht direkt mit der Studie von Schmid und Ulrich (2013) vergleichen.

Betrachtet man die bundesweiten Entwicklungen des Krankenhausmarktes von 2000 bis 2007 und von 2007 bis 2016 auf Basis der Daten des Statistischen Bundesamtes (Abbildung 1), so sieht man, dass in beiden Zeiträumen die Zahl der Wirtschaftseinheiten um rund sieben Prozent zurückgegangen ist. Problematisch ist hierbei, dass der Begriff der Wirtschaftseinheit nur unscharf definiert ist und keine wettbewerbsökonomische aussagekräftige Größe darstellt. Zweifellos kann davon ausgegangen werden, dass die Konzentration seit dem Jahr 2007 weiter deutlich zugenommen hat, der Umfang bleibt jedoch unklar.

Abbildung 1: Entwicklung der Krankenhäuser 2000 bis 2016 laut amtlicher Statistik



Quelle: Statistisches Bundesamt (2018)

Zahlen zu Mergers and Acquisitions im deutschen Krankensektor deuten darauf hin, dass von 2012 bis 2016 eine deutliche Zunahme der Transaktionshäufigkeit zu verzeichnen ist (Tabelle 1). Dies steht in einem gewissen Widerspruch zu dem Bild, das die amtliche Statistik zeichnet, in welcher die Zahl der Wirtschaftseinheiten in demselben Zeitraum

recht kontinuierlich und am Ende sogar weniger stark zurückgehen (Abbildung 1). Somit liegt die Vermutung nahe, dass die amtliche Statistik einerseits eine zu hohe Anzahl an Krankenhaus- und Standortschließungen suggeriert (es werden Wirtschaftseinheiten gezählt), andererseits die stattfindende Konsolidierung nicht hinreichend abbildet (Bremer und Nesensohn 2017; Schmid 2012; Preusker et al. 2014).

Tabelle 1: Käufe und Fusionen von deutschen Krankenhäusern (ohne Finanzinvestoren)

| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | Summe |
|--------|------|------|------|------|------|------|-------|
| Fusion | 2 | 1 | 2 | 2 | 10 | 4 | 21 |
| Kauf | 12 | 15 | 14 | 15 | 11 | 13 | 80 |
| Summe | 14 | 16 | 16 | 17 | 21 | 17 | 101 |

Quelle: Oberender AG (2018): Krankenhaus-M&A Datenbank

Stand der Forschung

Blickt man in die internationale Forschungsliteratur, so zeigt sich, dass das Thema insbesondere in den USA und in England diskutiert wird. Die Perspektive ist jedoch stets etwas unterschiedlich, da beispielsweise in den USA (außerhalb der Medicare und Medicaid Systeme) Versicherer und Krankenhäuser die Preise für die Leistungen weitgehend frei verhandeln. Marktmacht bei Krankenhäusern kann sich hier direkt auf die Höhe der Preise auswirken. In Deutschland ist dies durch das DRG-System nicht möglich. In England wurde mit einer Reihe von Reformen, die im Jahr 2006 in Kraft traten, der Weg zu mehr Wahlfreiheit der Patienten und Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern geebnet. Im Zuge dessen entstanden zahlreiche empirische Studien, die sich mit den Auswirkungen unterschiedlicher Wettbewerbsintensität beziehungsweise Konzentration beschäftigen. Die Niederlande sind aufgrund ihrer hohen Besiedlungsdichte und relativ geringen Entfernungen nicht perfekt mit Deutschland in seiner Gesamtheit vergleichbar. Es gibt jedoch umfangreiche Studien, die sich mit dem Verhalten von Patienten bei der Wahl von Krankenhäusern auseinandersetzen und kritisch die Auswirkungen einer hohen Konzentration auf die Ergebnisse selektiven Kontrahierens diskutieren. Im Folgenden sollen ausgewählte Erkenntnisse präsentiert werden.

Literatur aus den USA dokumentiert, dass Krankenhäuser in konzentrierten Märkten ihre Marktmacht ausnutzen, um Preise zu erhöhen. So variieren Preise für ein MRT (und andere Prozeduren) um bis zu 1.200 Prozent, wobei sich ein Großteil dieser Variation durch Marktmacht in konzentrierten Märkten erklären lässt. Diese Marktmacht können sie in den Verhandlungen mit den Versicherern zum Tragen bringen. Gaynor et al. (2017) gehen zudem davon aus, dass Krankenhäuser ohne lokalen Wettbewerber im Schnitt 16 Prozent höhere Preise realisieren können.

Anders als Preisanstiege lassen sich in den USA die oft postulierten Verbesserungen der Qualität durch Fusionen kaum nachweisen. Einige Studien deuten vielmehr auf das Gegenteil hin (Gaynor und Town 2012; Xu et al. 2015). Sie stellen für bestimmte Indikationen einen negativen Zusammenhang zwischen Konzentration und Qualität her. Es erscheint jedoch unklar, ob diese Ergebnisse verallgemeinert werden dürfen. Die Evidenz zum Zusammenhang zwischen Konzentration und Qualität sind insgesamt sehr heterogen (beispielsweise Kessler und Geppert 2005; Kessler und McClellan 2000 gegenüber Gowrisankaran und Town 2003). Auswirkungen der Wettbewerbsintensität oder der Größe einer Einrichtung auf die Qualität zu messen, stellt eine große Herausforderung an das Datenmaterial und die Auswertungsmethodik dar, da es häufig zu gegenläufigen Wirkungsketten kommt: Ein fusioniertes großes Krankenhaus hat möglicherweise ein höheres Potenzial, in qualitätsfördernde Strukturen zu investieren, es fehlt jedoch durch den eliminierten Wettbewerb der Anreiz, noch besser werden zu müssen (Siciliani 2018). Dennoch ist in den USA der Trend zu noch höher konzentrierten Märkten ungebrochen (Neprash et al. 2017), obwohl bereits jetzt die meisten Krankenhäuser in hoch konzentrierten Märkten agieren (Gaynor et al. 2017).

Für zahlreiche zwischen 1997 und 2006 erfolgte Fusionen in England finden Gaynor et al. (2012) kaum Hinweise auf positive Effekte (beispielsweise hinsichtlich Produktivität, Qualität oder Wartelisten). In einem Artikel mit dem Titel „Death by Market Power: Reform, Competition, and Patient Outcomes in the National Health Service“ kommen Gaynor et al. (2013) vielmehr zu dem Ergebnis, dass Wettbewerb im NHS-Kontext in der Lage sei, Leben zu retten, ohne Kosten zu erhöhen. Während die absolute Größe der Koeffizienten einerseits relativ klein ist, schätzen die Autoren dennoch, dass

im vorliegenden Fall eine Reduktion des durchschnittlichen HHI um zehn Prozent pro Jahr mit einer Vermeidung von rund 1.000 Todesfällen in der untersuchten Stichprobe von 133 Krankenhäusern einhergehen könnte. Untersucht wurde dabei die 30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Herzinfarkt. Die Autoren betonen ferner, dass ihre Daten zeigen, dass die Patienten durchaus auf Qualitätsinformationen reagieren. Wichtig ist dabei (auch hinsichtlich der ökonomischen Theorie), ob die Preise variabel ausgehandelt werden können oder wie in einem DRG-System fix sind (siehe exemplarisch Brekke et al. 2011 und 2017 für die große Relevanz der Annahmen in derartigen formalen ökonomischen Modellen zum Verhalten von Krankenhäusern). Für letzteren Fall gibt es neben Gaynor et al. (2013) weitere Studien, die darauf hindeuten, dass mehr Wettbewerb beziehungsweise weniger Konzentration durchaus positiv auf die Qualität wirken kann (Bloom et al. 2013; Cooper et al. 2011).

Gutacker et al. (2016) zeigen ebenfalls mit Daten des NHS, dass Patienten durchaus auf Qualitätsinformationen reagieren – mehr jedoch auf Maße wie Patient-Reported-Outcome-Measures (PROM) als auf Sterblichkeit und Wiedereinweisungen. Gesunde und jüngere Patienten reisen weiter, ältere und kränkere tendieren zum nächstgelegenen Krankenhaus. Sozioökonomisch benachteiligte Patienten und Patienten mit höherer Komorbidität reagieren generell weniger stark auf Qualitätsunterschiede. Hinsichtlich der Konzentration ist relevant zu bemerken, dass Leistungserbringer in konzentrierten Märkten mit weniger Wettbewerbern deutlich weniger damit rechnen müssen, dass bei schlechterer Qualität Patienten fernbleiben. Die Entfernung zum nächsten alternativen Anbieter ist auch hier zentral: Während ein einprozentiger Anstieg der PROM-Qualität eines Wettbewerbers eine 0,32-Prozent-Nachfragereduktion bewirkt, wenn der Wettbewerber weniger als zehn Kilometer entfernt ist, sinkt dieser Wert auf 0,11 Prozent, wenn der Wettbewerber 30 Kilometer entfernt ist.

In einer aktuellen Studie zeigen Dardanoni et al. (2018) eindrücklich, wie sensitiv Studien, die den kausalen Zusammenhang zwischen Faktoren wie Qualität, Patientenwahlverhalten und Konzentration zu ergründen suchen, auf die Spezifikation des jeweiligen Modells reagieren. Zusammenfassend muss man zur Studienlage in den USA und in England festhalten, dass es zwar eindeutige Evidenz gibt, dass marktmächtige Krankenhäuser

in konzentrierten Märkten dazu tendieren, ihre Marktmacht im Zuge von Preisverhandlungen auszuüben. Dies spielt in Märkten mit regulierten Preisen allerdings keine Rolle. Positive wie negative Effekte einer höheren Konzentration sind hingegen deutlich schwerer nachzuweisen. Der Stand der Forschung zeichnet hier kein einheitliches Bild.

Implikationen für Deutschland

In Deutschland existiert derzeit starker Druck zur weiteren Zentralisierung und Konzentration. Zum Teil entsteht der Eindruck, dass hier von der Bundesebene herab „über die Bande“ versucht wird, die den Bundesländern immanente Trägheit bei der Krankenhausplanung zu umgehen (beispielsweise Kriterien zur Notfallversorgung, planungsrelevante Qualitätsindikatoren). Dass hier auch Handlungsbedarf besteht, ist unbestritten. Es besteht jedoch die Gefahr, dass dieses indirekte Vorgehen inkonsistent und wenig zielgenau ist sowie wenig auf regionale Spezifika eingehen kann. Auch fehlt den angelegten Maßstäben eine direkte gesellschaftliche Legitimation (Haucap et al. 2016). Es ist nicht auszuschließen, dass das Ergebnis weder die avisierten Ziele erreicht noch dem gesellschaftlichen Willen entspricht (Schmid 2014).

Fakt ist jedoch auch, dass in vielen ländlichen Regionen eine hohe Konzentration unvermeidbar ist beziehungsweise bereits existiert. Dieser Zustand muss aufgrund der damit einhergehenden negativen Anreizwirkungen adressiert werden. Ein Ansatz ist es, die Mobilität der Patienten zu erhöhen, indem den Patienten entsprechende Transportangebote unterbreitet werden. Ein anderer Ansatz greift die ohnehin bestehende Tendenz zu einer stärkeren Ambulantisierung der Versorgung auf. In vielen Fällen ist ein Krankenhaus mit seiner teuren Infrastruktur (beispielsweise die Fixkosten, welche der Betrieb von Operationssälen mit sich bringt) gar nicht die adäquate Antwort auf den vorliegenden Bedarf. Eine Mittelstruktur, die eine kurzzeitige Überwachung für einige wenige Nächte erlaubt (beispielsweise alleinstehender dehydrierter geriatrischer Patient oder entgleister Diabetes), könnte hier sowohl den medizinischen Bedarf abdecken als auch eine wohnortnahe Versorgung leisten und zugleich die Wünsche gerade vieler älterer Patienten nach persönlichen und übersichtlichen Strukturen befriedigen. Über entsprechende Kooperationen mit (weiter entfernten) Krankenhäusern kann eine durchgängige und zielgenaue Versorgung erreicht werden. Als Vorbild erscheinen die ambulanten

OP-Zentren weniger geeignet, da der Bedarf eher eine internistische Ausrichtung erwarten lässt. Knackpunkt ist hier die Finanzierung dieser Struktur, da sie weder eindeutig dem Topf der stationären Versorgung noch dem der ambulanten Versorgung zuzuordnen ist. Damit besteht die Gefahr, dass die Schaffung derartiger Strukturen durch die heterogenen Interessenslagen der Akteure der Selbstverwaltung verhindert werden. Die dysfunktionalen Rahmenbedingungen für Praxiskliniken sind hierfür ein gutes Beispiel (Nagel et al. 2017).

Derartige ambulante Anlaufstellen können auch genutzt werden, um über Kooperationen das regionale Einzugsgebiet von Krankenhäusern zu erweitern und damit auch wieder ein verstärktes Überlappen der Märkte zu erreichen, ohne eine vollständige vertikale Integration durchführen zu müssen. Dies erhöht die Zahl der Wahloptionen für die Patienten, reduziert die Konzentration und erhöht die Anreize für die Leistungserbringer, attraktive Angebote zu unterbreiten. Dringend notwendig ist auch eine wissenschaftliche Begleitung derartiger Strukturveränderungen, um frühzeitig mögliche Fehlentwicklungen zu erkennen. Dazu fehlt jedoch nach wie vor – und ohne stichhaltigen Grund – eine geeignete Datenstruktur.

Zusammenfassend sei darauf verwiesen, dass einseitiges Vertrauen auf extreme Lösungen selten zielführend ist. Egal ob es ein blindes Vertrauen auf Wettbewerbsprozesse ist, ohne den Voraussetzungen und Rahmenbedingungen genügend Aufmerksamkeit zu schenken, oder ein Wunschdenken, dass alleine eine ausgeprägte Zentralisierung schon hinreichend sei, um Qualitäts- und Kostenprobleme in den Griff zu bekommen. Ein ausgewogenes Zusammenspiel der verschiedenen Einflussfaktoren kombiniert mit dem Mut, verkrustete Strukturen zugunsten neuer Versorgungsformen zu durchbrechen, wäre ein deutlich vielversprechenderer Ansatz. Denkbar wären beispielsweise im ambulanten Sektor angesiedelte bettenführende Versorgungszentren. Diese würden sich an Patienten richten, die nicht zwingend die (teure) Infrastruktur eines Krankenhauses benötigen, jedoch eine oder mehrere Nächte und Tage unter qualifizierter Beobachtung bleiben sollten. Dies könnte wettbewerbliche Impulse in den sonst häufig schon stark konzentrierten stationären Sektor senden und auch in ländlichen Regionen eine wohnortnahe und an den Bedarfen der Bevölkerung orientierte

Versorgung ermöglichen. Allerdings müsste hierzu der sektorenübergreifende Wettbewerb gestärkt werden. Derzeit haben Krankenhäuser in der Regel alleine durch ihre Größe strukturelle Vorteile, was einen Wettbewerb auf Augenhöhe verhindert und nur bedingt dazu beiträgt, die Potenziale einer weiteren Ambulantisierung auszuschöpfen.

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (1994): Solidarische Wettbewerbsordnung als Grundlage für eine zukunftsorientierte gesetzliche Krankenversicherung. Bonn.
- BKartA (2012): Leitfaden zur Marktbeherrschung in der Fusionskontrolle. Stand 29. März 2012. Bonn.
- Bloom, N., Propper, C., Seiler, S., van Reenan, J. (2013): The impact of competition on management quality: evidence from public hospitals. Centre for Economic Performance, LSE, Discussion Paper No 983. May 2010 (revised February 2013).
- Brekke, K. R., Siciliani, L., Straume, O. R. (2011): Hospital Competition and Quality with Regulated Prices. In: *The Scandinavian Journal of Economics* 113 (2). S. 444–469.
- Brekke, K. R., Siciliani, L., Straume, O. R. (2017): Hospital Mergers with Regulated Prices. In: *Scand. J. of Economics* 119 (3), S. 597–627. DOI: 10.1111/sjoe.12191.
- Bremer, P., Nesensohn, M. (2017): Konsolidierung im Krankenhausmarkt. Auswirkungen auf die Wettbewerbsintensität im baden-württembergischen Krankenhaussektor. In: *Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg* (5 & 6). S. 42–48.
- Cassel, D., Jacobs, K., Vauth, C., Zerth, J. (Hrsg.) (2014): *Solidarische Wettbewerbsordnung. Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der gesetzlichen Krankenversicherung*. Heidelberg.
- Cooper, Z., Gibbons, S., Jones, S., McGuire, A. (2011): Does Hospital Competition Save Lives? Evidence from the English NHS Patient Choice Reforms. In: *The Economic Journal* 121 (554). S. F228–F260. DOI: 10.1111/j.1468-0297.2011.02449.x.
- Dardanoni, V., Laudicella, M., Donni, P. L. (2018): *Hospital Choice In The NHS*. HEDG-Working-Paper 18/04. Health, Econometrics and Data Group, York.
- dggö (2015): Reformbedarf der amtlichen Krankenhausstatistik. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie, 11. Oktober 2015. Online unter http://file.dggoe.de/presse/2015-10-12-DGGOE-Stellungnahme_amtl_Statistik.pdf (Download am 14. Juni 2018).

- Gaynor, M., Laudicella, M., Propper, C. (2012): Can governments do it better? Merger mania and hospital outcomes in the English NHS. In: *Journal of Health Economics* 31. S. 528–543.
- Gaynor, M., Moreno-Serra, R., Propper, C. (2013): Death by Market Power: Reform, Competition, and Patient Outcomes in the National Health Service. In: *American Economic Journal: Economic Policy* 5 (4). S. 134–166. DOI: 10.1257/pol.5.4.134.
- Gaynor, M., Mostashari, F., Ginsburg, P. B. (2017): Making Health Care Markets Work. In: *JAMA* 317 (13). S. 1313. DOI: 10.1001/jama.2017.1173.
- Gaynor, M., Town, R. (2012): The impact of hospital consolidation – Update. The Synthesis Project, Policy Brief, No. 9.
- Gowrisankaran, G., Town, R. J. (2003): Competition, Payer, and Hospital Quality. In: *Health Services Research* 38 (6). S. 1403–1421.
- Gutacker, N., Siciliani, L., Moscelli, G., Gravelle, H. (2016): Choice of hospital: Which type of quality matters? In: *Journal of Health Economics* 50, S. 230–246. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2016.08.001.
- Haucap, J., Coenen, M., Loebert, I. (2016): Bestandsaufnahme zum Gemeinsamen Bundesausschuss. Eine Studie im Auftrag der Stiftung Münch. München (Download am 14. Juni 2018).
- Hentschker, C., Mennicken, R. (2015): The volume–outcome relationship and minimum volume standards--empirical evidence for Germany. In: *Health Economics* 24 (6). S. 644–658. DOI: 10.1002/hec.3051.
- Hentschker, C., Mennicken, R., Reifferscheid, A. S., Thomas, D., Wasem, J., Wübker, A. (2016): Der kausale Zusammenhang zwischen Zahl der Fälle und Behandlungsqualität in der Krankenhausversorgung. Essen: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI Materialien, Heft 101).
- Hentschker, C., Mennicken, R., Schmid, A. (2014): Defining hospital markets – an application to the German hospital sector. In: *Health Economics Review* 4 (28). S. 1–17.
- Kerber, W. (2007): Wettbewerbspolitik. In: T. Apolte, U. Vollmer, D. Bender, D. Cassel, M. Erlei, H. Grosseckler et al. (Hrsg.): *Vahlens Kompendium der Wirtschaftstheorie und Wirtschaftspolitik*. Band 2. 9., überarbeitete Auflage. München. S. 369–434.
- Kessler, D. P., Geppert, J. J. (2005): The Effects of Competition on Variation in the Quality and Cost of Medical Care. In: *Journal of Economics and Management Strategy* 14 (3). S. 575–589.

- Kessler, D. P., McClellan, M. B. (2000): Is hospital competition socially wasteful? In: *The Quarterly Journal of Economics* 115. S. 577–615.
- Nagel, E., Neukirch, B., Schmid, A., Schulte, G. (2017): Wege zu einer effektiven und effizienten Zusammenarbeit in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland. Gutachten im Auftrag des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland. Berlin: ZI.
- Neprash, H. T., Chernew, M. E., McWilliams, J. M. (2017): Little Evidence Exists To Support The Expectation That Providers Would Consolidate To Enter New Payment Models. In: *Health Affairs* 36 (2). S. 346–354. DOI: 10.1377/hlthaff.2016.0840.
- Oberender, P., Zerth, J., Engelmann, A. (2016): Wachstumsmarkt Gesundheit. 4. komplett überarbeitete Auflage. Konstanz.
- Oberender AG (2018): Krankenhaus-M&A Datenbank. Bayreuth.
- Preusker, U. K., Müschenich, M., Preusker, S. (2014): Darstellung und Typologie der Marktaustritte von Krankenhäusern – Deutschland 2003-2013. Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes.
- Rinsche, F., Schmid, A. (2015): Der Strukturwandel im Krankenhausmarkt am Beispiel Bayerns: Unterschiede im Querschnitt und Entwicklungen im Zeitverlauf. In: J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich und J. Wasem (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2015*. Stuttgart. S. 41–59.
- Schmid, A. (2012): Konsolidierung und Konzentration im Krankenhaussektor. Eine empirische Analyse der Marktstruktur unter Berücksichtigung des Krankenhausträgers. Baden-Baden (Beiträge zum Gesundheitsmanagement, 36).
- Schmid, A. (2014): Chancen, Risiken und Nebenwirkungen von zentralisierten Versorgungsstrukturen. In: *Recht und Politik im Gesundheitswesen* 23 (4). S. 106–110.
- Schmid, A., Ulrich, V. (2013): Consolidation and concentration in the German hospital market: The two sides of the coin. In: *Health Policy* 109 (3). S. 301–310. DOI: 10.1016/j.healthpol.2012.08.012.
- Siciliani, L. (2018): Hospital Economics: The Effect of Competition, Tariffs and Non-profit Status on Quality. In: B. H. Baltagi und F. Moscone (Hrsg.): *Health Econometrics*, Band 294: Emerald Publishing Limited (Contributions to Economic Analysis, 294). S. 263–283.
- Statistisches Bundesamt (2018), Grunddaten der Krankenhäuser – Fachserie 12, Reihe 6.1.1 – 2016, Statistisches Bundesamt, Bonn.

- Victoor, A., Delnoij, D. M. J., Friele, R. D., Rademakers, J. J. D. J. M. (2012): Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review. In: *BMC Health Services Research* 12 (272). S. 1–16. DOI: 10.1186/1472-6963-12-272.
- Wehner, R., Werblow, A., Spika, S., Pauer, F., Schmid, A. (2018): Weiterentwicklung DRG-System: Pflegepersonaluntergrenzen – Diskussionsbeitrag des Ausschusses Stationäre Versorgung, 10. dggö-Jahrestagung, Hamburg: DOI: 10.13140/RG.2.2.36324.48006.
- Xu, T., Wu, A. W., Makary, M. A. (2015): The Potential Hazards of Hospital Consolidation. In: *JAMA* 314 (13), E1-E2. DOI: 10.1001/jama.2015.7492.

