

Vorwort der Herausgeber

Der Krankenhaussektor ist in Deutschland einer der wichtigsten Wirtschaftsfaktoren, sein Gesamtumsatz beträgt rund 70 Milliarden Euro. Das entspricht etwa dem Gewinn aller 30 DAX-Unternehmen in 2011. Die Wettbewerbsfähigkeit dieses Sektors hat deshalb weitreichende Bedeutung für die gesamte Volkswirtschaft. Ein Forschungsvorhaben für das Bundesfinanzministerium sieht hier aber erhebliche Defizite: „Insgesamt ergaben sich die stärksten Hinweise auf Effizienzreserven für die stationäre Versorgung. Der Krankenhaussektor ist trotz eines starken Produktivitätsanstiegs in den letzten Jahren durch Überkapazitäten und suboptimale Angebotsstrukturen gekennzeichnet, die unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen einen dysfunktionalen Wettbewerb begünstigen.“¹ Die These, dass der Wettbewerb im Krankenhaussektor nicht optimal funktioniert, wird auch durch die vorliegenden Ergebnisse der Begleitforschung zur DRG-Einführung gestützt:

- eine Beschleunigung der Verweildauerreduzierung konnte nicht beobachtet werden,
- es gibt keine Fallzahlvermehrung,
- die DRG-Einführung hat keinen Effekt auf die Leistungsstruktur,
- es gibt keinen systematischen Einfluss des DRG-Systems auf die Leistungsspezialisierung oder die Leistungsdiversifikation der Krankenhäuser, oder Verlegungen in stationäre Rehabilitationseinrichtungen bzw. die Verordnung von häuslicher Krankenpflege².

Insgesamt hat die Einführung der DRGs die Praxis in deutschen Krankenhäusern also weit weniger verändert als dies allgemein angenommen wird und aufgrund von internationalen Erfahrungen auch zu erwarten gewesen wäre. Der Veränderungsdruck der DRGs wird offensichtlich durch die Beharrungskräfte der Krankenhausstrukturen gedämpft. Es ist deshalb wichtig, nach Ursachen zu suchen und Wege zu finden, wie diese dysfunktionalen Anreize beseitigt werden können.

Die vorliegende Arbeit von Andreas Schmid zur Konsolidierung und Konzentration im deutschen Krankenhaussektor leistet dazu einen wichtigen Beitrag. Seine Analyse der Marktstruktur schließt eine Lücke, weil es bislang keine empirische Studie gab, die auch die Trägerzugehörigkeit berücksichtigt. Deshalb musste die Studie zunächst die Frage beantworten, wie viele Krankenhausträger es überhaupt gibt, um der Frage nachgehen zu können, wie groß die Konzentration im deutschen Krankenhausmarkt ist und wie sie sich im Laufe der Zeit verändert hat. Sie kommt hier zu Ergebnissen, die sowohl unter fusionsrechtlichen wie aus versorgungspolitischen Gründen aufhorchen lassen: Es gibt

- eine hohe Konzentration in weiten Teilen des deutschen Krankenhausmarktes,
- eine in der Tendenz geringe Konzentration (hohes Wettbewerbspotential) in Ballungsräumen, jedoch nicht in allen Großstädten sowie
- starke regionale Unterschiede mit bei abnehmender Bevölkerungsdichte zunehmender Konzentration. Bereits heute liegen in manchen Regionen hoch konzentrierte Marktstrukturen vor, welche die Wahlfreiheit der Patienten einschränken. Langfristig besteht die Gefahr regionaler Monopole, die auch dem ambulanten Sektor und den Krankenkassen die Bedingungen vorschreiben können.

Außerdem kommt der Autor zu dem Ergebnis, dass bestehende, marktmächtige Strukturen kaum reversibel sind, da rechtlich wirksame Entflechtungsbefugnisse fehlen und gleichzeitig hohe Marktzutrittsschranken bestehen. Der bestehende Ordnungsrahmen wie die aktuelle Gesundheitspolitik begünstigen nach Erkenntnissen der vorliegenden Studie weitere Konsolidierungen. Kritisch setzt sich der Autor auch mit der Rolle des Bundeskartellamtes auseinander. Er würdigt seine Rolle zur Erhaltung wettbewerblicher Strukturen, kritisiert jedoch die in

1 Rürup, Bert et al. (Hg.) (2009): Effizientere und leistungsfähigere Gesundheitsversorgung als Beitrag für eine tragfähige Finanzpolitik in Deutschland. Forschungsvorhaben für das Bundesministerium der Finanzen. Abschlussbericht. Berlin, S. 11.

2 Fürstenberg, Torsten et al. (2010): G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG. Endbericht des ersten Forschungszyklus (2004–2006). Untersuchung im Auftrag des deutschen DRG-Instituts (InEK), S. XI-XV.

der Tendenz zurückhaltende Vorgehensweise und die hohen Hürden für eine kartellrechtliche Prüfung.

Die vom Autor der Studie festgestellten Defizite lassen auch den Schluss zu, dass die bestehenden Anreize für den Wettbewerb zur Verbesserung der Versorgungsqualität nicht ausreichen. Die Analyse von Routinedaten belegt, dass zwischen verschiedenen Leistungserbringern zum Teil gravierende Qualitätsunterschiede bestehen. Die derzeitigen Rechtsvorschriften erlauben es den Krankenkassen allerdings nur eingeschränkt, steuernd einzugreifen. Eine Stärkung selektivvertraglicher Strukturen könnte dazu beitragen, einen Qualitätswettbewerb im Interesse der Patienten und der Beitragszahler zu etablieren. Die Techniker Krankenkasse hat dazu bereits ein schlüssiges Konzept vorgelegt.³ Die vorliegende Studie plausibilisiert die darin enthaltenen Positionen für eine Weiterentwicklung des bestehenden Vergütungssystems und die Forderung nach mehr Optionen, kassenspezifische Verträge abschließen zu dürfen. Zu Recht weist der Autor darauf hin, dass • neben der Verbesserung der Möglichkeiten zum selektiven Kontrahieren • einer funktionierenden Wettbewerbsaufsicht grundlegende Bedeutung zukommt. Zu ihr gehört, neben der Durchsetzung des Kartellverbots und der Missbrauchsaufsicht bei marktbeherrschenden Unternehmen, insbesondere die Fusionskontrolle. Zu lösen sind außerdem Fragen der Abgrenzung von Sozial- und Wettbewerbsrecht.

Die Studie warnt vor einer Fixierung auf kurzfristige Effizienzgewinne durch die Schaffung großer Strukturen. Synergiegewinne dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, dass es gravierend negative Konsequenzen nach sich ziehen kann, wenn Wettbewerbsprozesse eingeschränkt und behindert werden. Auch im Gesundheitswesen ist die Einhaltung wettbewerbspolitischer Spielregeln von fundamentaler Bedeutung.

Die Schriftenreihe „Beiträge zum Gesundheitsmanagement“ beschäftigt sich zum zweiten Mal⁴ mit der Gestaltung des ordnungspolitischen Rahmens in der akutstationären Versorgung. Sie will Impulse für eine patientenorientierte Weiterentwicklung der bestehenden Strukturen setzen. Die vorliegende Studie, die Dissertation von Andreas Schmid, leistet dazu einen wichtigen Beitrag.

Prof. Dr. rer. oec. Norbert Klusen
Dr. phil. Andreas Meusch

³ Eckpunkte der Techniker Krankenkasse für die Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens der Krankenhausfinanzierung nach Beendigung der Konvergenzphase 2009 vom 23.02.2007;
<http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/169068/Datei/4610/TK-Eckpunkte.pdf>

⁴ Klusen, Norbert/Meusch, Andreas (Hrsg.): Zukunft der Krankenhausversorgung. Qualität, Wettbewerb und neue Steuerungsansätze im DRG-System (Beiträge zum Gesundheitsmanagement, Band 21). Baden-Baden 2008