

Schriften des Vereins für Socialpolitik

Band 342

Wettbewerb im Gesundheitswesen

Von

**Justus Haucap, Thomas Jendges, Björn A. Kuchinke,
Axel Wehmeier, Jürgen Zerth**

Herausgegeben von

**Justus Haucap, Peter Oberender
und Jürgen Zerth**



Duncker & Humblot · Berlin

Schriften des Vereins für Socialpolitik
Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Neue Folge Band 342

SCHRIFTEN DES VEREINS FÜR SOCIALPOLITIK

Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften

Neue Folge Band 342

Wettbewerb im Gesundheitswesen



Duncker & Humblot · Berlin

Wettbewerb im Gesundheitswesen

Von

Justus Haucap, Thomas Jendges, Björn A. Kuchinke,
Axel Wehmeier, Jürgen Zerth

Herausgegeben von

Justus Haucap, Peter Oberender
und Jürgen Zerth



Duncker & Humblot · Berlin

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, der fotomechanischen
Wiedergabe und der Übersetzung, für sämtliche Beiträge vorbehalten

© 2017 Duncker & Humblot GmbH, Berlin

Fremddatenübernahme: L101 Mediengestaltung, Fürstenwalde

Druck: CPI buchbücher.de gmbh, Birkach

Printed in Germany

ISSN 0505-2777

ISBN 978-3-428-15099-1 (Print)

ISBN 978-3-428-55099-9 (E-Book)

ISBN 978-3-428-85099-0 (Print & E-Book)

Gedruckt auf alterungsbeständigem (säurefreiem) Papier
entsprechend ISO 9706 ☼

Internet: <http://www.duncker-humblot.de>

Inhalt

Peter Oberender. Zum Gedenken an einen liberalen Ökonomen Von <i>Justus Haucap</i> und <i>Jürgen Zerth</i>	7
Wettbewerb und Wettbewerbspotenziale im deutschen Gesundheitswesen: Eine ökonomische Einordnung mit speziellem Fokus auf Krankenhausdienstleis- tungsmärkte Von <i>Björn A. Kuchinke</i>	11
Politische Dividende kommunaler Krankenhäuser. Im Spannungsfeld zwischen Wirtschaftlichkeit und Politik Von <i>Thomas Jendges</i>	47
Die Selbstverwaltung als Hüterin von Innovation und Wettbewerb im deutschen Gesundheitswesen? Institutionen-ökonomische Überlegungen und Praxisbeob- achtungen Von <i>Axel Wehmeier</i>	55
Autorenverzeichnis	71

Peter Oberender

Zum Gedenken an einen liberalen Ökonomen

Von *Justus Haucap* und *Jürgen Zerth*

Die Jahrestagung der Arbeitsgruppe Wettbewerb 2015 stand unter dem Titel „Gesundheitswesen“ – ein Thema, das von Peter Oberender, dem langjährigen Vorsitzenden, angeregt wurde. In der Arbeitsgruppe zu diskutieren, wie Wettbewerb auch im Gesundheitswesen fruchtbar gemacht werden kann, war ihm ein Anliegen. Doch soweit sollte es nicht mehr kommen. Unmittelbar vor dem Beginn der Jahrestagung starb Peter Oberender nach kurzer, aber sehr schwerer Krankheit am 25. Februar 2015. Die Nachricht vom Tode Peter Oberenders hat bei vielen, die ihn lange als Speerspitze liberaler Ideen im Gesundheitswesen gekannt haben, Betroffenheit ausgelöst. Auch für die Mitglieder der Arbeitsgruppe Wettbewerb war damit ein Schock verbunden. Peter Oberender war mehr als 20 Jahre Vorsitzender der Arbeitsgruppe Wettbewerb im Wirtschaftspolitischen Ausschuss. Neben seinem Lieblingsthema „Gesundheitswesen“ stand Peter Oberender in einer Tradition ordnungsökonomischen, wettbewerbspolitischen Denkens.

Ein Blick auf die frühen Veröffentlichungen Peter Oberenders, etwa „Industrielle Forschung und Entwicklung (1973)“ oder auch „Marktstruktur und Wettbewerb in der Bundesrepublik Deutschland (1984)“ machen deutlich, dass er in der Tradition seines akademischen Lehrers Ernst Heuss ein dezidierter Vertreter einer dynamischen, gar evolutorischen Interpretation von Marktentwicklungen war. Seine Innovationsorientierung ging unmittelbar einher mit einem klaren ordnungsökonomischen Bekenntnis zu einer Verknüpfung individueller und ethischer Verantwortung. Dies im Kontext dezentraler Steuerungsideen zu interpretieren, machte ihn einerseits zum Anhänger von Such- und Entdeckungsprozessen im Sinne Friedrich August von Hayeks, andererseits aber auch zu einem Verfechter klarer ordnungspolitischer Regelungen. Es war ihm daher ein Anliegen zu erforschen, inwiefern dezentrale Steuerungsideen auf das Gesundheitswesen übertragbar sind. Dabei galt immer die Berücksichtigung einer klaren analytischen Trennung zwischen allokativen Steuerungsfragen und der sozialpolitischen Einbettung von Wettbewerbsprozessen in eine ganzheitliche ordnungspolitische Linie.

Hier griff Oberender sehr früh die Diskussion auf, ob „Medical care different [sei]?“ (vgl. *Pauly* 1988).

Im Gesundheitswesen mitteleuropäischer Prägung, das sich als sogenanntes Bismarcksystem einordnen lässt, gilt es ein Beziehungsdreieck zwischen den Hauptbeteiligungen Versicherten/Patienten, Versicherungen und Leistungserbringer zu diskutieren. Ein wettbewerblicher Ansatz im Gesundheitswesen würde daher versuchen, sowohl im Versicherungs- als auch im Versorgungsvertrag dezentrale Allokationslösungen zu suchen. Im Behandlungsvertrag gilt grundsätzlich, dass die Arzt-Patienten-Beziehung in solidarisch organisierten Gesundheitssystemen nicht der direkten Wettbewerbssteuerung unterzogen ist, insbesondere kein direkter Preiswettbewerb zwischen Arzt und Patienten erfolgt. Die Wettbewerbsbeziehungen konzentrierten sich daher vor allem auf die Frage, wie das Zusammenspiel zwischen Versicherungs- und Versorgungsvertrag innerhalb einer solidarischen Ordnungsidee ausgestaltet ist. Hier hat Peter Oberender für eine ganzheitliche ordnungsökonomische Sicht plädiert, die im Sinne einer Interdependenz der Ordnungen sich bewusst ist, dass eine Veränderung in einem Teilmarkt, etwa eine Veränderung der Beitragsgestaltung im Versicherungswettbewerb, immer im Gesamtkontext der Auswirkungen in diesem Markt als auch im Behandlungs- und Versorgungsmarkt zu sehen ist.

Diese Anreizbetrachtung hat jedoch im Sinne Oberenders immer den Bezug zu einer verantwortungsbezogenen, wertebezogenen Ordnungspolitik im Auge gehabt. Peter Oberender steht ausdrücklich in der Tradition sozialer Irenik, die er wie Alfred Müller-Armack als Gestaltungsauftrag zu einem dezidierten Wirtschaftsstil verstand. Deshalb sah er sich stets einer „subsidiär ausgerichteten Sozialpolitik“ verbunden, die sich im Sinne der Solidarität „auf die Sicherung schutzbedürftiger Bevölkerungskreise gegen elementare existenzbedrohende Risiken und deren Folgen“ konzentrieren sollte (vgl. *Oberender et al.* 2006). Die verschiedenen Positionen Peter Oberenders weisen explizit oder implizit auf die Problematik der Vermischung unterschiedlicher Anknüpfungspunkte von Solidarität im Gesundheitswesen hin und sind immer mit einem eindeutigen Hinweis auf eine ordnungspolitische Orientierung verbunden. Wissenschaftlich reflektierte Wettbewerbs- und insbesondere Gesundheitspolitik stand für ihn immer vor der Notwendigkeit, sich dem kontinuierlichen Streiten darüber nicht zu entziehen, was unter Bedingungen sozialer Schutzwürdigkeit die Gesellschaft dem Einzelnen an garantierten Schutzleistungen „schuldig“ ist. Die Ausgestaltung dieser Schutzwürdigkeit im Kontext einer Wettbewerbsumgebung zu gestalten, war für Peter Oberender kein Ausschlussgrund, sondern eher Gestaltungsauftrag für ein Wettbewerbsprinzip im Gesundheitswesen, das im Rahmen einer Wettbewerbs- und Regulierungsordnung eingebettet ist.

Die bisherige Gesundheitspolitik hat in der Analyse Oberenders diese Richtung kaum unterstützt. Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungen sollte deswegen auch als Entdeckungsverfahren greifen, weil gerade Gesundheitsangebote mit der Zunahme chronischer Krankheiten und den wachsenden Möglichkeiten durch den medizinisch-technischen Fortschritts ein enormes Heterogenisierungspotenzial bergen. Differenzierungen, die etwa über einen Prämienwettbewerb im Versicherungsmarkt induziert werden, sind daher Ausdruck des Entdeckungsprozesses auf der Suche nach einer vorläufigen guten Lösung, die sich immer wieder neuen Herausforderungen stellen muss. Vor allem zog Oberender angesichts der wachsenden Fülle von Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten infolge des medizinisch-technischen Fortschritts und der veränderten Nachfrageentwicklung, die durch die demographische Veränderung und eine veränderte Präferenzumgebung gekennzeichnet ist, den Schluss, dass das Gesundheitswesen nur langfristig nachhaltig gestaltet werden kann, wenn die Potenziale eines Wachstumsmarktes „Gesundheit“ genutzt und nicht unterdrückt werden. Dezentrale Versorgungsexperimente, etwa durch Selektivverträge, waren für Peter Oberender daher nicht nur Ausdruck von üblichen marktwirtschaftlich legitimierte Verhandlungsprozessen, sondern vielmehr Ausdruck eines geregelten „Such- und Entdeckungsverfahrens“ in der Medizin, wo es gerade durch die Bedeutung des Patienteneinflusses immer unterschiedliche Lösungswege geben wird.

Eine derartige Strategie kann aber nur erfolgversprechend sein, wenn sie eingebettet ist in eine ordnungspolitische institutionelle Umgebung, die einem einheitlichen Wettbewerbsgedanken Rechnung trägt. So hat Peter Oberender eine strenge Wettbewerbsordnung auch im Gesundheitswesen eingefordert und Ungleichgewichte in den Wettbewerbsrollen zwischen Krankenversicherungen und Leistungserbringern nicht legitimieren wollen. Überkommene Begründungsansätze etwa im Kontext so genannter hoheitlicher Aufgaben konnten für Peter Oberender keine Begründung sein, sollte die Idee einer Wettbewerbsordnung im Gesundheitswesen glaubwürdig umgesetzt werden. Beispielsweise werden trotz mancher Reformbestrebungen in der Vergangenheit Krankenversicherungen im GKV-Kontext mit der Begründung der Daseinsvorsorge noch weitgehend von einer wettbewerblichen Überprüfung im Sinne des Wettbewerbsrechts ausgenommen. Gesundheitspolitik der Vergangenheit war für Peter Oberender häufig nur das Ansetzen an Symptomen und weniger der Mut zu stringenter ordnungspolitischer Gestaltung. An dieser Stelle sah Peter Oberender die Notwendigkeit des offenen, kritischen und zielgerichteten Dialogs zwischen wissenschaftlicher Herangehensweise und praktischer Expertise, was gerade im Format der Arbeitsgruppe Wettbewerb deutlich wurde. Unabhängig welcher Gegenstandsbereich in den letzten Jahren adressiert wurde, stand diese Idee des

gegenseitigen Lernens im Ziel eines Wissenschaftsverständnisses von Wettbewerb, dass sich bewusst ist, dass nur die Kenntnis über die Handlungs- und Anreizbedingungen der Stakeholder und letztendlich eine Auseinandersetzung mit ausgesuchten Anwendungsfeldern ausreichend akademische Energie freisetzt, wettbewerbs- oder industrieökonomische Prinzipien dem Praxistest auszusetzen. In dieser Hinsicht hat Peter Oberender wettbewerbliche Veränderungen im Gesundheitswesen auch im Sinne eines „Social Engineerings“ im Sinne von Popper interpretiert.

Dieser Band ist daher in besonderer Weise dem Wissenschaftler Peter Oberender, dem ausgewiesenen Gesundheitsökonom und vor allem dem Menschen Peter Oberender gewidmet, der einen akademischen Streit immer hoch wertschätzte, dabei aber nie vergaß, unterschiedliche Positionen zu achten, soweit sie einer Begründung folgten und insbesondere auch um Positionen gestritten wurde. Peter Oberender fehlt an vielen Orten, auch in der Arbeitsgruppe Wettbewerb, doch er würde wie selbstverständlich unterstellen, dass die vielen Fragestellungen der Realität, ob im Gesundheitswesen oder anderswo, die Lust, sich mit Wettbewerbsfragen auseinanderzusetzen, einen Wissenschaftler immer wieder beflügeln würden. So wollen wir es sehen und voranschreiten.

Literatur

- Oberender, Peter/Felder, Stefan/Schneider, Udo/Werblow, Andreas/Zerth, Jürgen* (2006), Bayreuther Versichertenmodell: Der Weg in ein freiheitliches Gesundheitswesen, Bayreuth.
- Oberender, Peter/Zerth, Jürgen* (2014), Wettbewerb in einem solidarisch definierten Gesundheitswesen: Ansatzpunkte und Perspektiven, in: Fink, Ulf/Kücking, Monika/Walzik, Eva/Zerth, Jürgen (Hrsg.): Solidarität und Effizienz im Gesundheitswesen – ein Suchprozess. Festschrift für Herbert Rebscher, Heidelberg, S. 27–36.
- Pauly, Mark* (1988), „Is Medical Care Different?, Old Questions, New Answers“, in: *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Heft 13, S. 227–237.

Wettbewerb und Wettbewerbspotenziale im deutschen Gesundheitswesen: Eine ökonomische Einordnung mit speziellem Fokus auf Krankenhausdienstleistungsmärkte

Von *Björn A. Kuchinke**

A. Einleitung und Problemstellung

Das deutsche Gesundheitswesen unterliegt seit Jahrzehnten ordnungsrechtlichen Änderungen.¹ Hierbei ist zu erkennen, dass der Gesetzgeber in den letzten Jahren (oder Jahrzehnten) darum bemüht gewesen ist, Wettbewerb zwischen einzelnen Akteuren bzw. Akteursgruppen im Gesundheitswesen zu schaffen und/oder zu stärken.² Rückblickend haben bei den einzelnen Gesetzesvorhaben alternative Bereiche des Gesundheitswesens im Vordergrund gestanden.

Der vorliegende Beitrag hat als erstes das Ziel, in Kapitel 2 die Akteure im Gesundheitswesen und den institutionellen Rahmen sowie die ökonomischen Eigenschaften und Charakteristiken von Märkten im Gesundheitswesen im Überblick vorzustellen. Dadurch sollen die grundsätzlichen ökonomischen Rahmenbedingungen für Wettbewerbspotenziale aufgezeigt werden. Zweitens wird darauf aufbauend der Markt für Krankenhausdienstleistungen (Kapitel 3) näher betrachtet, da dieser bei der geplanten Gesundheitsreform 2015 im Fokus steht. Es werden hier zunächst der Status quo des Wettbe-

* Der Autor dankt den Teilnehmern der Jahrestagung 2015 der AG Wettbewerb am 2./3. März 2015 für hilfreiche Anregungen und eine konstruktive Diskussion. Diese haben den Beitrag maßgeblich beeinflusst. Zusätzlich danke ich Frau Heidi Dittmann, M.Sc., für Anregungen und Hinweise.

¹ Solche Änderungen werden sehr häufig auch als „Reform“ bezeichnet, wobei an dieser Stelle nicht diskutiert werden kann und soll, ob diese Bezeichnung bei einzelnen Änderungen auch tatsächlich sinnvoll und richtig ist. Für einen Überblick über Rechtsänderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ab 1980 vgl. z. B. *Cassel/Wasem* (2014, S. 11).

² Als Beispiele wären etwa das „Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)“ aus dem Jahre 1993, das „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-ESG)“ aus dem Jahre 2007 oder das „GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (FQWG)“ aus dem Jahre 2014 zu nennen.

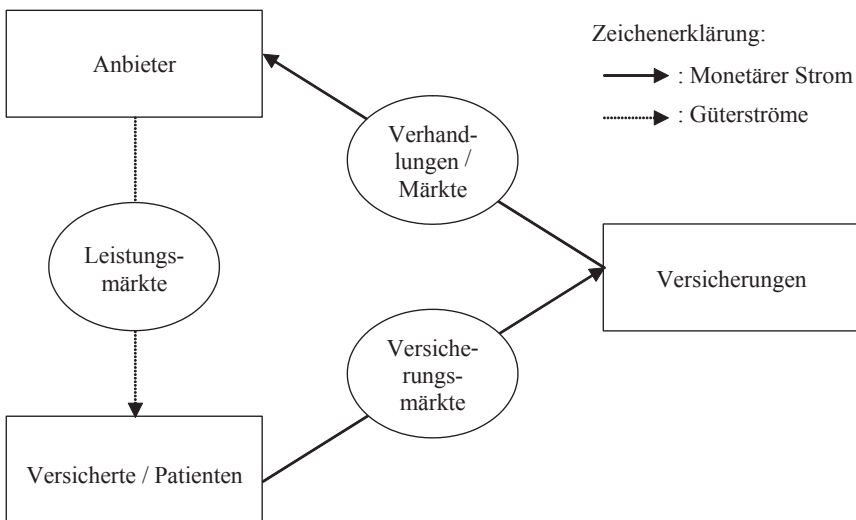
werbs hinsichtlich Marktverhalten und Marktergebnis dargestellt sowie Probleme und (Wettbewerbs-)Mängel identifiziert. Darauf folgend werden die im politischen Raum diskutierten Vorschläge zusammenfassend vorgestellt und erstmals ökonomisch bewertet. Abschließend werden alternative Vorschläge zur Änderung des Ordnungsrahmens diskutiert. Der Beitrag schließt in Kapitel 4 mit Schlussbemerkungen.

B. Akteure und institutioneller Rahmen im Überblick

I. Einführende Anmerkungen

Grundsätzlich ist zwischen drei großen Akteursgruppen im Gesundheitswesen zu unterscheiden (*Kuchinke* 2004, S. 18 ff.). Einen Überblick gibt nachfolgende Abbildung 1:

In Abbildung 1 ist zu erkennen, dass zwischen Anbietern³ von Gesundheitsgütern, Versicherungen und Versicherten bzw. Patienten zu trennen ist.



Quelle: *Kuchinke* 2004, S. 19 in Anlehnung an *Ecker/Oberender* 2001, S. 767.

Abbildung 1: Beziehungen zwischen Anbietern, Versicherungen und Patienten im deutschen Gesundheitswesen

³ Aus Gründen der Übersichtlichkeit und der Lesbarkeit wird im Folgenden auf die Verwendung von Doppelformen oder anderen Kennzeichnungen für männliche und weibliche Personen (Patient/Patientin) verzichtet. Die Argumentation kann aber wahlweise ohne inhaltliche Abstriche mit der männlichen oder der weiblichen Form vollzogen werden.

Hinsichtlich der Anbieter kann zunächst zwischen direkten und indirekten Leistungsanbietern unterschieden werden. Direkte Leistungsanbieter sind solche Anbieter, die direkt mit dem Patienten in Kontakt treten. Dazu zählen z. B. alle niedergelassenen Ärzte, Akutkrankenhäuser, Rehabilitationskliniken, Physiotherapeuten usw. Die Gruppe der direkten Leistungsanbieter kann wiederum in direkte Leistungsanbieter der ersten und der zweiten Stufe unterschieden werden. Leistungsanbieter der ersten Stufe kommen typischerweise als erstes mit einem Patienten in Kontakt, wenn medizinische Hilfe in Anspruch genommen wird. Zu dieser Gruppe zählen etwa Hausärzte, die für Patienten im Regelfall die erste Anlaufstelle sind. Die direkten Anbieter der zweiten Stufe kommen hingegen i. d. R. erst nachfolgend mit dem Patienten in Kontakt, wenn beispielsweise der Hausarzt eine Behandlung durch einen Facharzt, in einem Krankenhaus oder bei einem Physiotherapeuten für notwendig erachtet. Im Gegensatz zu den direkten Leistungsanbietern kommen indirekte Leistungsanbieter nicht mit dem Patienten (direkt) in Kontakt. Zu dieser Gruppe der Leistungsanbieter zählen beispielsweise Pharmaunternehmen, viele Medizintechnikunternehmen oder Heil- und Hilfsmittelhersteller.

Bei den Krankenversicherungen ist zwischen gesetzlichen und privaten Krankenversicherern zu unterscheiden. Gleich ist allen Versicherungen, dass sie eine Krankenvollversicherung anbieten, also die Versicherungspolice im Normalfall alle Behandlungen (weitestgehend) abdeckt. Daneben bieten insbesondere private Krankenversicherungen auch spezielle Zusatzversicherungen an, wie etwa Zahnzusatzversicherungen, Krankenhauszusatzversicherungen oder Auslandskrankenversicherungen. Hierbei geht es im Regelfall um die Absicherung eines speziellen Risikos oder aber um die Absicherung spezieller Leistungen im Krankheitsfall, wie spezielle Zahnbehandlungen, Einbettzimmer, Chefarztbehandlung oder Rücktransport aus dem Ausland.

Die dritte Akteursgruppe bilden gemäß Abbildung 1 die Versicherten bzw. die Patienten. Diese können als Versicherte im Normalfall zwischen verschiedenen Krankenversicherungen wählen und sich für weitere Zusatzkrankenversicherungen entscheiden. Als Erkrankte suchen Versicherte Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen auf und fragen damit Diagnosen und Behandlungen nach.

II. Regelungen, Instrumente und Wettbewerbsparameter

In Abbildung 1 sind neben den drei Akteursgruppen auch die Koordinierungsverfahren als Elipsen im Überblick eingezeichnet, die Angebot und Nachfrage in den Teilbereichen bzw. auf den einzelnen Märkten im Gesundheitswesen in Deutschland in Einklang bringen oder bringen sollen. Hierbei

ist demnach zunächst zu erkennen, dass die Versicherten einen Krankenkassenbeitrag zu entrichten und damit Anspruch auf medizinische Behandlung haben. Die Bezahlung der Leistungsanbieter erfolgt dann in der Hauptsache durch die Krankenkassen.⁴

Im Einzelnen ist zunächst typisch für Leistungsmärkte, dass der Patient den Anbieter weitestgehend frei wählen kann. Dies gilt zumindest für direkte Leistungsanbieter, d.h. gemäß der „Arztwahlfreiheit“ sucht sich der Patient beispielsweise seinen Hausarzt, sein Krankenhaus oder den Physiotherapeuten selbst aus (§ 76 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V)). Der zentrale Parameter, an dem sich Patienten orientieren können, ist hierbei die Qualität im weitesten Sinne, da direkte Zahlungen von Patienten an Leistungsanbieter kaum eine Rolle spielen. Unter Qualität können hier der Standort des Anbieters, Wartezeiten, die medizinische Spezialisierung, die apparative Ausstattung u. v. m. verstanden werden. Jedoch ist die Patientenwahlfreiheit nicht in allen Bereichen vom Gesetzgeber gleich ausgestaltet bzw. es gibt Möglichkeiten und Regelungen, die diese einschränken. Ohne auf alle Regelungen im Einzelnen einzugehen, gibt es beispielsweise für Krankenkassen mit Blick auf direkte Leistungserbringer der ersten Stufe den Anreiz, Patienten von den Hausärzten versorgen zu lassen, mit denen gesonderte (Rabatt-)Verträge bestehen. Der Patient kann also immer noch frei wählen, muss aber eventuell auf Gutscheine, Boni, bestimmte Versorgungsprogramme o.ä. verzichten, wenn er den Vorschlägen der Krankenversicherung hinsichtlich seines Hausarztes nicht folgt. Bei einer notwendigen Krankenhausbehandlung ist der niedergelassene Arzt dazu angehalten, zwei geeignete Krankenhäuser vorzuschlagen (§ 73 Abs. 4 SGB V). Auch hier kann sich der Patient gegen die vorgeschlagenen Häuser und für eine andere Klinik entscheiden, muss aber per Gesetz mit zusätzlichen Kosten rechnen, wenn die Behandlung im Krankenhaus seiner Wahl teurer ist als in den vorgeschlagenen Häusern des niedergelassenen Arztes.⁵ Des Weiteren gilt für

⁴ Die Organisation der Märkte erfolgt über bzw. durch den Staat, d.h., dieser setzt den Ordnungsrahmen. Der Staat ist aus Übersichtlichkeitsgründen nicht in Abbildung 1 – etwa durch einen Kreis, der alle Bereiche umfasst – eingezeichnet worden. Der Begriff des Staates bzw. der staatlichen Institutionen wird nachfolgend in einem weiten Sinn verstanden, d.h., es werden die Einrichtungen und entscheidungsbevollmächtigten Institutionen und Personen des Bundes, der Länder, der Kommunen und der Gemeinden dazu gezählt. Außerdem wird der Begriff auf die Verhandlungen der Krankenkassen- und Krankenhausverbände ausgedehnt, weil diese bzw. die Ergebnisse der Verhandlungen durch Regelungen des Bundes, der Länder, der Kommunen und der Gemeinden sowie deren Handlungsträger massiv beeinflusst werden. Zu einer solchen weiten Begriffsdefinition vgl. z.B. *Ipsen* (1989, S. 33 ff.); *Zippelius* (1999, S. 48 ff.).

⁵ Die Krankenkasse kann dann z.B. verweigern, die erhöhten Anfahrts- bzw. Transportkosten zu übernehmen.

alle direkten Anbieter der zweiten Stufe, dass vom Grundsatz her der Patient zunächst einen Anbieter der ersten Stufe aufsuchen soll. Danach kann er erst den nachfolgenden Anbieter mit einer Überweisung, Einweisung o.ä. auswählen und sich dort behandeln lassen. Für die meisten indirekten Leistungsanbieter gilt, dass diese typischerweise nicht vom Patienten frei gewählt werden können, wenn es sich um verschreibungspflichtige Präparate handelt, sondern der Arzt die Auswahl (weitestgehend) vornimmt.⁶

Auf Versicherungsmärkten ist der Wettbewerb zwischen gesetzlichen und privaten Krankenkassen zunächst in der Weise beschränkt, als dass nicht alle Versicherten frei zwischen diesen Krankenkassenarten wählen können, wenn bestimmte Kriterien erfüllt sind (Coenen/Haucap 2014, S. 263). Diese beziehen sich etwa auf das Einkommen und spezielle Berufsgruppen,⁷ d.h. gesetzlich Versicherte können nur zwischen gesetzlichen Kassen auswählen, sich jedoch nicht für eine private Krankenvollversicherung entscheiden.⁸ Im Grunde ist damit der Preis (Versicherungsbeitrag) der entscheidende Parameter, an dem sich die gesetzlich Versicherten ausrichten können. Personen, die die Kriterien erfüllen, können dagegen frei zwischen den Versicherungsarten und innerhalb dieser einen Anbieter wählen. Hierbei ist zu sehen, dass einer der großen Unterschiede zwischen gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen ist, dass sich die Beiträge der gesetzlich Versicherten aufgrund des umlagefinanzierten Systems am Einkommen orientieren. In der privaten Krankenversicherung besteht das Prinzip der Kapitaldeckung, d.h. die Prämien sind am Risiko des Einzelnen ausgerichtet. Zusätzlich gibt es in der gesetzlichen Krankenversicherung das Prinzip der Familienmitversicherung, d.h. für Kinder sind keine gesonderten Beiträge zu zahlen, sondern diese sind über die beitragszahlenden Eltern mitversichert. Diejenigen, die sich zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung entscheiden können, haben somit wesentlich mehr Kriterien ins Kalkül zu ziehen. Die individuell richtige, rationale Wahl zwischen einer Versicherungsart hängt von vielen Faktoren ab, die mit der Ausgestaltung des Ordnungsrahmens zusammenhängen und von den individuellen Umständen des Versicherungsnehmers bestimmt werden.

⁶ Der Arzt ist prinzipiell frei in der Wahl seiner Maßnahmen. Auch hier gelten jedoch Einschränkungen, etwa mit Blick auf verschreibungspflichtige Medikamente, wenn Krankenkassen mit Pharmaunternehmen Rabattverträge geschlossen haben und entsprechende Anreize bei den niedergelassenen Ärzten setzen, damit diese Präparate auch verordnet werden.

⁷ Wenn die jedes Jahr neu ausgeschriebene Einkommensgrenze unterschritten wird, darf die betroffene Person nicht frei zwischen den Kassenarten wählen. Selbstständige dürfen frei die Versicherung wählen.

⁸ Selbstverständlich können gesetzlich Versicherte weitere private Zusatzversicherungen abschließen.

Die Bezahlung der Leistungsanbieter durch die Versicherungen ist unterschiedlich ausgestaltet. Grundsätzlich sind die direkten Zahlungen der Versicherten an die Anbieter eher zu vernachlässigen.⁹ Die Vergütung, die Abrechnungssysteme und die Verhandlungen über Budgets sowie die Vorgaben an Entgelte sind in den einzelnen Versorgungsbereichen verschieden. Die Preise für Produkte und Dienstleistungen von indirekten Leistungsanbietern werden beispielsweise in der Hauptsache über fest arrangierte, institutionelle Vereinbarungen festgelegt.¹⁰ Einzelne, selektiv ausgehandelte Budgets und Entgelte zwischen einem direkten Anbieter und einer Kasse oder mehreren Kassen spielen eine untergeordnete Rolle. Dieser hier kaum nachzuvollziehende Umstand, d. h., dass einzelne Verhandlung über Entgelte stattfinden und dies in diesem Sinne als marktliches Geschehen in einem wettbewerblichen Umfeld bezeichnet werden kann, ist auf Märkten außerhalb des Gesundheitswesens der Normalfall, wird jedoch im Gesundheitsbereich als „selektives Kontrahieren“ bezeichnet.

Bei vielen direkten Leistungsanbietern der ersten und zweiten Stufe zeichnet sich das Entgeltsystem seit jeher durch zwei Stufen aus: Auf der ersten Stufe sind Gruppenverhandlungen über Budgets durchzuführen, d. h., dass beispielsweise Länderverbände der Krankenkassen mit kassenärztlichen Vereinigungen für den niedergelassenen Bereich oder mit Landeskrankenhausesellschaften für den stationären Bereich prospektiv (Gesamt-)Budgets vereinbaren. Diese Budgets werden dann in einer zweiten Stufe von der jeweiligen Vertretung der Leistungsanbieter auf die einzelnen Anbieter vor Ort nach festgelegten Kriterien verteilt, wobei sich die Verteilungskriterien über die Jahre geändert haben (können).¹¹ Für Krankenhäuser hat sich beispielsweise das Entgeltsystem zum Jahre 2004 von Tagespflegesätzen hin zum Fallpauschalen gestützten System gemäß eines Diagnosis Related Groups Systems („DRG-System“) geändert. Kliniken werden seitdem nicht mehr pro Tag, sondern nach der Erkrankung und nach der dementsprechend durchgeführten Behandlung bezahlt (Kuchinke 2004).¹² Das Entgelt wird

⁹ Die individuelle Belastungsgrenze für gesetzlich Versicherte ist auf 2% der zu berücksichtigenden Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt festgeschrieben. Vgl. *Bundesministerium für Gesundheit (BMG 2014, S. 2)*.

¹⁰ Hierbei spielt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) häufig eine zentrale Rolle.

¹¹ Beispielsweise waren im niedergelassenen Ärztebereich lange die sogenannten „Punktwerte“ entscheidend, d. h., für bestimmte Untersuchungen und Behandlungen eines Patienten gab es bestimmte Punktwerte, die dann bezogen auf das Budget einem monetären Wert entsprochen haben. Mittlerweile liegen im niedergelassenen Ärztebereich im Grunde „Kopfpauschalen“ vor, d. h., das Budget einer Praxis berechnet sich nach der Zahl der Patienten.

¹² Die Tagespflegesätze waren bzw. die Fallpauschalen sind als Abschlag auf das verhandelte Budget zu werten.

letztlich über einen Landesbasisfallwert bestimmt, der mit einem Gewichtungsfaktor in Abhängigkeit von der DRG multipliziert wird.¹³ Bei Krankenhäusern ist überdies seit dem Jahre 1972 eine Besonderheit nachzuvollziehen, die sogenannte „duale Finanzierung“ (*Andressen/Fais* 1997, S. 98). Hierbei ist der Gedanke, dass die laufenden Kosten durch die Versicherungen über Tagespflegesätze bzw. über Fallpauschalen und die Investitionskosten über die Länder finanziert werden. Die Festlegung der Investitionsmittel erfolgt über die sogenannte „Länderbedarfsplanung“, die auch als „KHG¹⁴-Mittel“ bezeichnet werden. In diesen länderspezifischen Plänen werden die Standorte der Kliniken, die Bettenzahl (sogenannte „Planbetten“), das Investitionsvolumen und weitere Parameter festgehalten.¹⁵

Zusammengefasst ist erstens festzustellen, dass es im deutschen Gesundheitssystem kein einheitliches Koordinierungsverfahren von Angebot und Nachfrage gibt oder besser bzw. offenbar kein einheitliches Leitbild über eine geeignete Koordinierung nachzuvollziehen ist. Wettbewerbliche Elemente mischen sich mit staatlichen (Ziel-)Vorgaben, einer relativ engen Regulierung und Instrumenten (Budgets, vorgegebene Preise, Subventionen (etwa über Investitionsförderungen) usw.), wie sie in planwirtschaftlichen Systemen eingesetzt werden.¹⁶ Ohne einer ökonomischen Bewertung an dieser Stelle vorwegzugreifen und ohne bislang Resultate zu einzelnen Bereichen präsentiert zu haben, können damit die (Markt-)Ergebnisse vor dem Hintergrund des aktuellen Status quo keiner ökonomischen Prüfung in der Weise standhalten, als dass diese zu einem effizienten, wohlfahrtsoptimalen Zustand führen. Bestenfalls führen die Regelungen zu einer „Second-Best“-Lösung. Grundsätzlich ist daher zu prüfen, ob die getroffenen Regulierungsvorschriften in den einzelnen Bereichen ökonomisch haltbar sind.

Hinsichtlich des Wettbewerbs ist zweitens zu sehen, dass es dem Gesetzgeber offenbar nicht darum geht, Wettbewerb im herkömmlichen Sinne zu

¹³ D.h., je „komplizierter“ und „aufwendiger“ die Erkrankung, umso höher die DRG und umso höher das Entgelt.

¹⁴ KHG ist die Abkürzung für das „Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze“.

¹⁵ Typischerweise beträgt die Laufzeit der Länderbedarfspläne vier oder fünf Jahre.

¹⁶ Dazu gehört auch, dass die Politik die Ergebnisse des wettbewerblichen Prozesses vorgibt und damit den Wettbewerb aus allgemeiner wettbewerbstheoretischer Sicht ad absurdum führt – oder eine eigenwillige Definition und Interpretation von Wettbewerb hat. Hierzu gehört auch, dass sogenannte „Ersatzvornahmen“ durch die Politik, insbesondere durch das BMG, vorgenommen werden. Dies ist dann der Fall, wenn sich die Vertragspartner nicht einigen können. Dies war beispielsweise im Rahmen der Einführung des DRG-Systems der Fall. Vgl. hierzu beispielsweise *Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN 2002)*.

gewährleisten.¹⁷ Darunter wäre zu verstehen, dass im Wettbewerbsprozess eine Sanktionierung und Belohnung von Anbietern erfolgt, die schlechte bzw. gute Leistungen anbieten. Der Wettbewerb wäre als Such- und Entdeckungsverfahren zu verstehen. Das Angebot würde sich der Nachfrage anpassen. Preise, Mengen und Qualitäten würden sich damit im Wettbewerbsprozess ergeben. Dieses Verständnis herrscht explizit in den meisten Bereichen des deutschen Gesundheitswesens nicht vor, denn vielfach werden die hierfür notwendigen Mechanismen über den regulatorischen Rahmen ausgeblendet. Viele Wettbewerbsparameter sind auf den einzelnen Märkten im Gesundheitswesen nicht existent oder erlaubt. Der Wettbewerb findet damit eingeschränkt statt oder wird gezielt unterbunden.

Drittens wird bei der erläuterten Einteilung von Leistungsanbietern deutlich, dass in alternativen Bereichen unterschiedliche Wettbewerbspotenziale und Wettbewerbsparameter aktuell, aber auch grundsätzlich auszumachen sind. D.h., unter dem gegebenen Status quo unterscheidet sich der Wettbewerb aufgrund der zur Verfügung stehenden Parameter in den einzelnen Bereichen und Märkten des Gesundheitswesens teilweise erheblich. Beispielsweise spielt der Preis bei Krankenhausbehandlungen auf den Märkten so gut wie keine Rolle, sondern die Qualität ist oder sollte entscheidend sein. Im Versicherungsbereich ist der Preis dagegen eine entscheidende Variable (Preis-Leistungs-Verhältnis). Indirekte Leistungsanbieter haben insgesamt einen wesentlich geringeren Einfluss auf Preise und/oder Mengen, wenn etwa auf verschreibungspflichtige Arzneimittel geschaut wird, als direkte Leistungsanbieter, da die indirekten Leistungsanbieter auf die vorgegebenen Preise nur einen indirekten Einfluss (Anhörungen, Lobbying usw.) haben und auf die Anordnungen der direkten Leistungsanbieter¹⁸ angewiesen sind. Teilweise haben die Versicherten bzw. Patienten Wahlmöglichkeiten, teilweise sind sie eingeschränkt, wie etwa bei einem Wechsel zwischen den Versicherungsarten. Damit wird den einzelnen Wirtschaftssubjekten in unterschiedlichem Maße zugetraut, sich selbstständig für oder gegen etwas zu entscheiden und es obliegt dem Patienten, überhaupt eine Leistung nachzufragen. Grundsätzlich ist also die Frage, welche Ziele der Gesetzgeber verfolgt und ob ein Marktversagen vorliegt, d.h., ob die Regulierung insofern ökonomisch zu begründen ist.

Vor dem Hintergrund der bisherigen Erläuterungen wird viertens deutlich, dass auf den einzelnen Gesundheitsgütermärkten alternative Anbieter mit unterschiedlichen Möglichkeiten und ökonomischen Charakteristiken tätig

¹⁷ Anders ausgedrückt wird „Wettbewerb“ im deutschen Gesundheitswesen alternativ verstanden und definiert.

¹⁸ Dies gilt auch für direkte Leistungsanbieter der zweiten Stufe, die auf die Aktivitäten der ersten Stufe angewiesen sind.

sind. D.h., während Krankenhäuser nahezu jede medizinische Dienstleistung anbieten können, sind einzelne niedergelassene Ärzte aufgrund ihrer Ausbildung und der Ausstattung ihrer Praxis nicht in der Lage dazu. Überdies lassen sich bei Krankenhäusern mittlerweile Konzerne finden, die mehr als 50 Kliniken betreiben, wohingegen es Versorgungsbereiche, wie Arztpraxen, Physiotherapeuten oder Logopäden gibt, die sich eher durch einzelne Betriebe auszeichnen. Die Wettbewerbssituation ist damit auf einzelnen Märkten unterschiedlich.

III. Politik und Ökonomie

1. Ziele

Die Ziele, die politisch für das Gesundheitswesen insgesamt bzw. „die Gesellschaft“ für einzelne Teilbereiche und Individuen formuliert und per Gesetz umgesetzt worden sind, sind vielfältig und nicht in ihrer Gesamtheit darstellbar. In nachfolgender Tabelle 1 sind dennoch zentrale Ziele gemäß des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) zusammengetragen:

Tabelle 1

Relevante Ziele im fünften Sozialgesetzbuch

Ziele	Verankerung SGB V	Inhalt
Gesundheitsziele	§ 1	Gesundheitszustand (Bevölkerungs- und Individualgesundheit) erhalten, wiederherstellen oder verbessern
Ordnungsziele	§§ 1, 3 u. a.	Solidarität und Eigenverantwortung, Rechte und Pflichten der Versicherten, Art der Finanzierung, Kompetenzen der regulierenden und steuernden Institutionen
Versorgungsziele	§§ 11, 27, 39, 73, 99, 112 u. a.	Bestimmung der Leistungsarten, der Form und des Umfangs, Sicherstellung der Versorgung durch die relevanten Institutionen
Wirtschaftlichkeitsziel	§§ 12, 70, 106, 113 u. a.	Wirtschaftliches Handeln aller Beteiligten
Wettbewerb	§ 69	Geltungsbereich Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an *Kuchinke* 2004, S. 26.

Als oberstes Ziel kann zunächst genannt werden, dass das Gesundheitssystem dazu führen soll, dass der Gesundheitszustand über die gesamte Gesellschaft erhalten, wiederhergestellt oder verbessert werden soll. Um dieses Ziel zu erreichen, werden weitere Ziele formuliert, wie Ordnungsziele, d.h. etwa, was wird unter einer solidarischen Krankenversicherung verstanden und welche Rechte bzw. Pflichten haben die Einzelnen, Versorgungsziele, worunter die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung und eine Versorgung mit bestimmten Leistungen, wie etwa die im Rahmen der Krankenhausplanung festgelegten zu zählen ist, sowie das Wirtschaftlichkeitsziel, wonach alle notwendigen Leistungen wirtschaftlich zu erbringen sind. Auf die Rolle des Wettbewerbs wird hierbei nur in der Weise hingewiesen, als dass die Vorschriften des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) gelten, solange nicht andere Regelungen getroffen worden sind. Konkret heißt dies z.B., dass die Verhandlungen zwischen Landes- oder Bundesverbänden von Anbietern und Versicherern über Budgets nicht gegen § 1 GWB verstoßen.

Hinsichtlich der Bewertung der einzelnen Ziele ist zu sehen, dass das Gesundheitsziel in einem hierarchischen Verständnis als Primärziel anzusehen ist. Bei allen anderen, die insofern Sekundärziele oder Unterziele darstellen, um das Primärziel zu erreichen, fällt eine ökonomisch motivierte Reihung schwer bzw. ist nicht eindeutig.¹⁹ Ferner sind die Definitionen aus ökonomischer Sicht, aber auch auf normativer Ebene vielfach nicht eindeutig. Beispielsweise ist im Grunde nicht geklärt, was die „wirtschaftliche Erbringung“ einer Leistung genau beinhaltet. Im ökonomischen Kontext könnten beispielsweise „Wirtschaftlichkeit“ und „Effizienz“ gleichgesetzt werden, folglich die Kriterien technische oder produktive, qualitative und alloкатive Effizienz Anwendung finden. Dies ist jedoch je nach Fragestellung nicht eindeutig zu beantworten.²⁰ Hinsichtlich des allgemeinen Verständnisses von verschiedenen Zielen ist zu sehen, dass sehr häufig nicht nur keine eindeutige Definition festzumachen ist, sondern gleichzeitig auch noch unterschiedliche Ausprägungen festzustellen sind. *Cassel und Wasem* (2014) machen z.B. allein sieben verschiedene Ausprägungen des Solidaritätsbegriffes aus (*Cassel/Wasem* 2014, S. 179). Es treten außerdem Zielkonflikte auf. Beispielsweise kann eine im Wettbewerb erbrachte wirtschaftliche Leistung im Konflikt mit der solidarischen Ausgestaltung des Systems stehen.²¹ Gleichzeitig können

¹⁹ Es ist insofern auch nicht auszumachen, was Ziel und was Instrument zu Erreichung der einzelnen Ziele ist.

²⁰ Manchmal werden in diesem Zusammenhang die Begriffe „Effizienz“ und „Effektivität“ verwendet, wobei auch hier die Abgrenzungen unklar sind. Vgl. hierzu auch *Meyer* (1993), S. 8.

²¹ Aufgrund des solidarischen Gedankens ist beispielsweise keine risikoadäquate Versicherungsprämie möglich.

auch Zielkonflikte bei einem Ziel, wie etwa der Solidarität, auftauchen.²² Welches Ziel Vorrang hat, ist ökonomisch nicht klar ersichtlich.

Bezüglich des Wettbewerbs ist zu erkennen, dass dieser ein Unterziel ist und es dem Gesetzgeber nicht darum geht, Wettbewerb um seiner selbst Willen zu installieren bzw. zu schützen, sondern mit Wettbewerb als Instrument weitere Ziele zu erreichen. Im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsziels sollen beispielsweise Effizienzpotenziale gehoben werden, was sich letztendlich in einer Ausgaben- bzw. Kostenreduktion niederschlagen soll. Komplementäre Ziele des Gesetzgebers sind etwa die Erhöhung oder Sicherung der Qualität der Versorgung, eine „gerechte“ Verteilung oder ein „angemessener“ Beitragssatz. Immer dann, wenn der Gesetzgeber der Meinung ist, dass Wettbewerb nicht zur Erreichung dieser Ziele dient, demnach andere Instrumente besser geeignet sind, wird Wettbewerb nicht als Instrument eingesetzt und es werden alternative institutionelle Arrangements gewählt. Dies findet auch Ausdruck darin, dass in Wettbewerbsfragen nicht zwangsläufig oder durchgängig das Bundeskartellamt als nationale Wettbewerbsbehörde zuständig ist. Während beispielsweise bei Krankenhausfusionen ausschließlich das Bundeskartellamt eine Prüfung durchführt, muss bei Zusammenschlüssen von gesetzlichen Krankenversicherungen auch das Bundesversicherungsamt zustimmen.²³

2. Marktversagen

Die regulatorischen Eingriffe in den wettbewerblichen Prozess könnten begründet werden, wenn ein Marktversagen vorliegt.²⁴ Im herkömmlichen Sinn ist ein Marktversagen zu befürchten, wenn relevante Informationsasymmetrien nachzuvollziehen sind, Subadditivität vorliegt, externe Effekte auftreten und/oder öffentliche Güter bereit gestellt werden (*Kuchinke* 2004, Kapitel 4).

Informationsasymmetrien

Im Gesundheitswesen sind relevante Informationsasymmetrien zu vermuten. Diese können über die Güter bestehen oder aber über das Verhalten

²² Nach Cassel/Wasem sollen Junge mit Alten solidarisch sein und Gesunde mit Kranken. Vgl. *Cassel/Wasem* (2014, S. 17). Was jedoch Vorrang hat, wenn jemand jung und krank ist, ist unklar.

²³ Hierbei ist nicht geklärt, was passieren würde, wenn beide Institutionen zu unterschiedlichen Ergebnissen gelangen würden.

²⁴ Wenn ein Marktversagen vorliegen würde, wäre selbstverständlich auch noch die Geeignetheit der regulatorischen, staatlichen Maßnahmen (Verhältnismäßigkeit usw.) zu diskutieren.

einzelner Teilnehmer. Hinsichtlich potenzieller Informationsasymmetrien bei Gütern ist zunächst festzuhalten, dass der höchste Grad an Informationsasymmetrien bei Vertrauensgütern zu erkennen ist. Diese Klasse von Gütern zeichnet sich im Gegensatz zu den neoklassisch-homogenen Gütern bzw. Suchgütern, bei denen keinerlei Informationsasymmetrien bestehen, und zu den Erfahrungsgütern, die einen geringeren Grad an asymmetrischen Informationen aufweisen, durch ein hohes Informationsgefälle sowohl vor als auch nach dem Kauf zu Lasten des Nachfragers aus. Käufer können die Qualität nur durch häufigen Konsum bzw. einen Konsum in größeren Mengen nachvollziehen. Bei Vertrauensgütern entstehen insofern insgesamt erhebliche Kosten bei der Qualitätsüberprüfung. Die Qualität des Gutes hängt überdies von weiteren Faktoren ab, die auch vom Anbieter nicht beeinflussbar sind. Die Folgen solcher starken Informationsasymmetrien sind die bekannten Probleme der *adversen Auslese* sowie des *moralischen Risikos*.²⁵

Hinsichtlich der potenziellen Informationsasymmetrien im Gesundheitsbereich ist nun zu fragen, wie diese zu bewerten sind und ob diese durch staatliche Eingriffe gemindert oder sogar annulliert werden können. Das Informationsasymmetrien vorliegen können, mitunter Vertrauenseigenschaften gegeben sind, wie etwa bei einer Behandlung bei einer trotz aller diagnostischen Möglichkeiten gegebenen diffusen Diagnose, ist nicht abzustreiten. Dennoch lassen sich viele Argumente gegen ein generelles Marktversagen auf Gesundheitsmärkten finden. Zunächst bestehen Informationsasymmetrien immer dann auf einem Markt, wenn die Annahme der vollständigen Markttransparenz aufgegeben wird (*Arrow* 1963, S. 951; *Pratt/Zeckhauser* 1991, S. 4). Hier ist folglich kein Unterschied zu alternativen Märkten festzustellen. Genauso wenig kann per se angenommen werden, dass hier Unsicherheit und Unkenntnis größer sind als auf Vergleichsmärkten.

Der vollständige Abbau von Informationsasymmetrien wäre theoretisch nur dadurch möglich, dass a) beide Marktseiten in gleichem Maße in der Lage sind, das Gut zu beurteilen, über die gleichen Fähigkeiten verfügen; b) impliziert dies einen symmetrischen Zugang zu Informationen über das Gut und damit das Unterbleiben jedweden opportunistischen Verhaltens.

²⁵ Zum moralischen Risiko vgl. *Kotowitz* (1987, S. 549); *Arrow* (1991, S. 38). In Bezug auf Krankenhausmärkte handelt es sich um das externe moralische Risiko. Daneben gibt es das interne moralische Risiko, welches aufgrund von Informationsasymmetrien zwischen den Krankenkassen und den Versicherten besteht. Vgl. *Forster/Vaassen* (1980, S. 91 ff.); *Blankart* (2001, S. 1, 402 ff.). Insbesondere im Gesundheitsbereich wird in diesem Zusammenhang auch von der Möglichkeit einer sogenannten „anbieterinduzierten Nachfrage“ gesprochen, d.h., Ärzte können die Nachfrage sowohl qualitativ als auch quantitativ festlegen und je nach Vergütungsanreiz werden medizinisch nicht notwendige Leistungen veranlasst.

Dieser Zustand ist jedoch mit Blick auf das Gesundheitswesen als theoretischer Zustand zu bezeichnen, der überdies auch nicht als erstrebenswert erscheint, denn Patienten suchen beispielsweise Ärzte auf, weil diese Experten auf dem Gebiet der Medizin sind. Solche Transaktionen kommen auf vielen Märkten vor oder machen Märkte gerade aus und sind daher erwünscht.

Die Annahme, dass Gesundheitsdienstleistungen per se Vertrauensgüter darstellen, da die Qualitäten generell nicht überprüfbar sind, erscheint als sehr restriktiv. Sie ist überdies unplausibel. Beispielsweise muss die Wirksamkeit eines verabreichten Präparates durch Tests nachgewiesen sein. Überdies werden im Gesundheitswesen sehr häufig Güterbündel konsumiert, wobei die einzelnen Teilqualitäten dieses Güterbündels Eigenschaften von verschiedenen Gütertypen tragen können (Stigler 1987, S. 244).²⁶ Es müssen also nicht grundsätzlich Vertrauensguteigenschaften vorliegen.

Überdies ist die Informationsasymmetrie nicht bei allen Leistungserbringern gleich groß. Beispielsweise kann davon ausgegangen werden, dass bei direkten Leistungserbringern der zweiten Stufe die Informationsasymmetrie kleiner ist als bei direkten Leistungserbringern der ersten Stufe, denn der Patient sucht im Normalfall immer erst einen Anbieter der ersten Stufe auf, bevor er weiterbehandelt wird. Dieser erste Leistungserbringer kann damit Informationen über den weiteren, zweiten Leistungserbringer bereitstellen. Überdies sollte es so sein, dass Patienten über die Zeit Erfahrungen sammeln, also Leistungserbringer nicht nur einmal aufsuchen, wie etwa den Hausarzt, oder Präparate häufiger einnehmen. Auch hierüber wird die Informationsasymmetrie abgebaut.

Für die Analyse von Informationsasymmetrien ist überdies zwischen verschiedenen Nachfragerklassen zu unterscheiden. Patienten, die von ihrem Hausarzt in ein Krankenhaus überwiesen werden, kennen im Idealfall ihre Erkrankung und die möglichen Behandlungsmethoden. Sie können gleichzeitig rational zwischen alternativen Anbietern, wie etwa Krankenhäusern, auswählen, wenn keine akute Erkrankung vorliegt. Die Informationsasymmetrie ist dagegen bei einem Akutkranken größer. Im Extremfall eines ohnmächtigen Patienten kann überhaupt keine Qualitätsbewertung vorgenommen werden.²⁷ Diese Art der Informationsasymmetrie zu Lasten des Akutpatienten besteht jedoch immer, gleich welche Rahmenbedingungen gegeben sind.

²⁶ Stigler spricht von „borderline goods“.

²⁷ Der diskretionäre Handlungsspielraum des Arztes, z.B. im Krankenhaus, ist folglich relativ groß. Vgl. hierzu in Bezug auf das Problem des moralischen Risikos Kotowitz (1987, S. 549f.).

Informationsasymmetrien können im wettbewerblichen Prozess über Screening und Signaling reduziert werden. Im Rahmen von Screening und Signaling sind insgesamt vier Bereiche bzw. Koordinationsformen auszumachen, mit denen Informationsasymmetrien reduziert werden: 1. Informationsbereitstellung, 2. Risikoteilungssysteme, 3. vertikale Integration und 4. die Segmentierung von Märkten.

Ad 1.: Die Asymmetrie an Informationen wird verringert, wenn die anfangs schlechter informierte Marktseite zusätzliche Informationen erhält (Williamson 1990, S. 53).²⁸ Dies kann beispielsweise über Werbung erfolgen, über die letztendlich etwa in Zusammenhang mit einer Spezialisierung auch eine Reputation oder ein Markenzeichen aufgebaut werden kann. Ein weiteres Beispiel ist Franchising (Darby/Karni 1973, S. 81; Dnes 1992, S. 8 ff.). Zusätzlich sind Produkttests, Auskunfteien oder Öffentlichkeitsarbeit, aber auch staatlich vorgeschriebene Informationspflichten möglich (Shapiro 1983, S. 537 f.; Tirole 1995, S. 235). Ein über die staatliche Informationspflicht hinausgehender Ansatz fordert staatliche Qualitäts- und Sicherheitsstandards sowie staatliche Zulassungsbeschränkungen, wie Mindestnormen, Nachweise über die Fähigkeiten eines Anbieters (z.B. Approbation) oder bindende Regelungen bezüglich der eigentlichen Behandlung (z.B. Leit- und Richtlinien) (Arrow 1963, S. 952; Shapiro 1983, S. 539 ff.; Darby/Karni (1973, S. 83 ff.). Diese Zertifikate und Gütesiegel müssen jedoch nicht staatlich festgelegt werden, sondern können auch von Dritten vergeben und überwacht werden (Rau-Bredow 1992, S. 78).²⁹

Ad 2.: Die Risikoverteilung, die zwischen den Marktseiten vorgenommen wird, zielt nicht darauf ab, Informationsgefälle auszugleichen, sondern opportunistisches Verhalten zu mindern bzw. zu verhindern (Wolff 1999, S. 140). Verträge können beispielsweise so formuliert werden, dass die Folgen einer Schlechtleistung auf die besser informierte Marktseite zurückfällt (Arrow 1963, S. 954; Shapiro 1983, S. 533; Williamson 1990, S. 82 ff.). Dies ist bei Versicherungsverträgen über Selbstbeteiligungen, Nachweise des Versicherungsnehmers über bestimmte Maßnahmen wie Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen u. Ä. möglich. Bei anderen Verträgen können Gewährleistungsrechte, wie Wandlung, Mahnung oder Nachbesserung sowie die Zusicherung einklagbarer Haftungs- und Garantiezusagen zu Einbußen bei der besser informierten Marktseite führen. Eine opportunistische Zurückhaltung von Leistungen führt also zu Einkommenseinbußen und wird somit unattraktiv.

²⁸ Es besteht das Problem, diese zusätzlichen Informationen zu verarbeiten.

²⁹ Insofern könnte auch über wettbewerbliche Prozesse über das vom Nachfrager gewünschte Zertifikat und das dementsprechende Produkt entschieden werden.

Ad 3.: *Williamson* (1990) hat in seinem Transaktionskostenansatz ebenfalls die Möglichkeiten von opportunistischem Verhalten herausgearbeitet (*Darby/Karni* 1973, S. 67; *Williamson* 1990, S. 73 ff., S. 97 f.). Hiernach kann eine marktliche oder eine unternehmensinterne Koordination vorteilhaft sein, je nachdem, in welcher Höhe Transaktionskosten in Abhängigkeit der transaktionsspezifischen Merkmale der Spezifität, Häufigkeit und Unsicherheit anfallen. Über die vertikale Integration einer vor- oder nachgelagerten Produktionsstufe können insofern Informationsdefizite beseitigt und somit opportunistisches Verhalten ausgebrems werden (*Picot/Franck* 1993, S. 181 ff.; *Lipczynski/Wilson* 2001, Kapitel 9).

Ad 4.: Marktsegmente können sich ergeben, wenn asymmetrische Information besteht. Diese Marktsegmente grenzen sich typischerweise durch formale Voraussetzungen und unterschiedliche Qualitätsstandards ab. Somit werden Nachfrager bzw. Patienten in die Lage versetzt, Qualitätsunterschiede zu erkennen (*Shapiro* 1983, S. 533). Ein Beispiel hierfür wäre etwa die Segmentierung bei Heilberufen, denn hier gibt es neben approbierten Ärzten gleichfalls Heilpraktiker (*Meyer* 1990, S. 117 f.).

Subadditivität

Subadditivität ist dann gegeben, wenn die nachgefragte Menge eines Gutes in einem Unternehmen kostengünstiger hergestellt werden kann als in zwei oder mehreren (*Kruse* 1985, S. 19 ff.; *Knieps* 2001, S. 23; *Wiedemann* 1998, S. 23). Die zentrale Bedingung für das Vorliegen von Subadditivität sind Größenvorteile in der Produktion. Bei Subadditivität ergibt sich ein natürliches Monopol. Wenn nun gleichzeitig Zutrittsresistenz über relevante Markteintrittsbarrieren vorliegt, kann es in der Folge zur Problematik der Monopolpreissetzung kommen (*Kruse* 1985, S. 19 ff.; *Baumol, Panzar/Wilg* 1988, S. 17 f.; *Knieps* 2001, S. 23 ff., S. 28 ff.).

Natürliche Monopolstellungen bei gleichzeitig hohen Markteintrittsbarrieren sind in einigen, aber lange nicht allen Versorgungsbereichen vorstellbar bzw. nachzuweisen. Zu diesen kritischen Bereichen würden etwa die Pharmaindustrie oder aber Krankenhäuser zählen.³⁰ In diesem Zusammenhang ist erstens zu sehen, dass solche Monopolstellungen nur unter wettbewerblichen Bedingungen ermittelt werden können. Da dies jedoch nicht erfolgt ist, zutrittsresistente natürliche Monopolstellungen damit nicht ökonomisch

³⁰ In der Pharmaindustrie könnten bei Medikamenten, die gegen seltene Erkrankungen wirken, aber gleichzeitig hohe Forschungs- und Entwicklungskosten entstehen, natürliche Monopolstellungen vermutet werden. Zu Krankenhäusern vgl. *Kuchinke* (2004, S. 102 ff.). Hier zeigt sich, dass das Problem des natürlichen Monopols relativ gering ist.

einwandfrei ermittelt worden sind und es vielfach Zweifel an solchen Marktstellungen gibt,³¹ liegt der Verdacht nahe, dass durch die a priori Unterstellung eines natürlichen Monopols und die damit verbundenen Regulierungsvorschriften erst dauerhafte Monopolstellungen bewirkt werden (*Kruse* 1985, S. 32).

Zweitens ist die Annahme, dass ganze Versorgungsbereiche oder Anbieter insgesamt ein natürliches Monopol darstellen, mehr als zweifelhaft. Bei Krankenhäusern ist dies beispielsweise nur bei vollstationären Behandlungen vorstellbar, denn nur hier kann aufgrund der Produktionsbedingungen Subadditivität vorliegen und es sind überdies in allen anderen Bereichen (ambulante Leistungen, vorstationäre Leistungen o. ä.) Wettbewerber klar zu erkennen. Damit ist die Hypothese, dass es sich bei Krankenhäusern generell um ein natürliches Monopol handelt, nicht haltbar.

In Deutschland gelten zusätzlich und drittens die Vorschriften des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen. Die missbräuchliche Ausnutzung einer marktbeherrschenden Stellung ist insofern verboten. Das Problem der Monopolpreissetzung beispielsweise gegenüber Zulieferern ist daher zu relativieren.

Externe Effekte

Technologische externe Effekte stellen potenziell eine weitere Ursache für Marktversagen dar. Sie liegen vor, wenn die Nutzen- oder Produktionsfunktion eines Wirtschaftssubjektes durch die Handlung eines anderen Wirtschaftssubjekts positiv oder negativ fremdbestimmt wird (*Blankart* 2001, S. 506). Das bedeutet, ein positiver externer Effekt ist dann gegeben, wenn beispielsweise eine ansteckende Krankheit bei einem Patienten behandelt und so die Verbreitung der Krankheit verhindert wird (*Rosen/Windisch* 1997, S. 227).³² Solche Behandlungen sind in Deutschland jedoch erstens insgesamt eher selten (*BMG* 2002, Tabelle 2.4.; *StBA* 2014b, S. 118 ff.).³³ Ansteckende Krankheiten sind somit nicht der Normalfall und der externe Effekt ist Null oder nahe Null. Eine Fremdbestimmung schlägt sich also nicht oder äußerst gering in den genannten Märkten nieder und ist als Aus-

³¹ Vgl. z. B. zu Krankenhäusern *Kuchinke* (2004, S. 102 ff.).

³² Negative externe Effekte, wie das Verschmutzen der Umwelt durch Krankenhäuser, werden nicht weiter betrachtet.

³³ Hier werden ausgewählten meldepflichtige Krankheiten nach dem Bundesseuchengesetz in Deutschland je 100.000 Einwohner ausgewiesen. Die Zahl der Meningitisfälle hat im Jahre 2000 beispielsweise bei 0,9 Erkrankungen auf 100.000 Einwohner gelegen.

nahmefall anzusehen.³⁴ Ein generelles Marktversagen ist folglich nicht zu erwarten und viele der genannten Regulierungsvorschriften sind ökonomisch nicht zu begründen. Zweitens heißt dies aber gleichzeitig, wenn erhebliche, spürbare, eindeutig nachweisbare positive externe Effekte zu erwarten sind, wie etwa bei Impfungen u. ä. Präventionsmaßnahmen, dann kann beispielsweise ökonomisch eine Vorschrift zur Pflichtimpfung begründet werden.

Öffentliche Güter

Als weiteres Marktversagenstatbestandsmerkmal sind öffentliche Güter zu nennen. Solche (rein) öffentlichen Güter zeichnen sich durch Nichttrivialität im und Nichtexkludierbarkeit vom Konsum aus (*Bögelein* 1990, S. 110 f., S. 113 f.). In diesem Zusammenhang ist nachzuvollziehen, dass grundsätzlich Rivalität im Konsum und die Möglichkeit der Exkludierbarkeit gegeben sind. Gesundheitsdienstleistungen sind typischerweise keine öffentlichen Güter, sondern tragen den Charakter privater Güter. Ein generelles Marktversagen ist folglich nicht zu erwarten.

Von dieser grundsätzlichen Einschätzung kann gerade im Krankenhaussektor eine Ausnahme gemacht werden. Es ist ein Anteil an öffentlicher Gutscharakteristik festzustellen, wenn bedacht wird, dass die bloße Existenz eines Krankenhauses bzw. das Wissen darüber den Bewohnern einer Region einen Nutzen stiften kann. Dies wird auch als sogenannte „Optionsnachfrage“ bezeichnet. Demnach wären Bewohner einer Region bereit, für die Erhaltung oder Einrichtung eines Klinikums zu zahlen, unabhängig davon, ob sie das Krankenhaus jemals nutzen.³⁵ Die Optionsnachfrage aller potenziellen Konsumenten kann mit Grenzkosten von Null befriedigt werden, denn ein aufgestelltes (nicht belegtes) Bett liefert mehreren Einwohnern einer Region eine Versorgungssicherheit.³⁶ Die Option einer Krankenhausbehandlung bzw. bereits das Wissen darüber ist ein öffentliches Gut, weil sowohl Nichttrivialität als auch Nichtexkludierbarkeit vorliegen (*Kopetsch* 1996, S. 211).

In diesem Zusammenhang ist erstens zu sehen, dass dieses theoretische Argument empirisch nicht weiter belegt ist, d. h., es können keine Aussagen

³⁴ Es kann auch davon gesprochen werden, dass die Auswirkungen der externen Effekte unterhalb der Spürbarkeitsschwelle der Wirtschaftssubjekte liegen. Vgl. *Bögelein* (1990, S. 310.).

³⁵ Die Bewohner würden also für die Sicherheit zahlen im Krankheitsfall eine Behandlung zu bekommen.

³⁶ Die Versorgungssicherheit wird ab einer bestimmten Zahl von potenziellen Nachfragern geringer. Die Grenzkosten wären dann positiv, weil zusätzliche Kapazitäten notwendig werden.

über die tatsächliche Zahlungsbereitschaft gemacht werden.³⁷ Zweitens trägt dieses Argument normative Züge, d. h., es ist die Frage, wie viele Betten sollen vorgehalten werden und wie wird dies staatlich finanziert. Das Argument ist drittens zu relativieren, denn im normalen unternehmerischen Betrieb wird eine Kapazität vorgehalten, die von der Nachfrageseite her auch Schwankungen abfedert. Klinken hätten insofern ein Interesse daran, Reservekapazitäten vorzuhalten.³⁸

Zusammenfassend ist zu sehen, dass erstens kein generelles Marktversagen zu befürchten ist. Der vorliegende regulatorische Rahmen ist aus ökonomischer Sicht so also nicht gänzlich begründbar. Zweitens ist fraglich, ob ein solches Marktversagen partiell auftritt. Diese Frage ist unter Wettbewerbsbedingungen zu prüfen und erfolgt in Deutschland so bisher nicht. Dadurch würde sich auch klären, inwieweit bestehende Marktversagenstatbestände, wie etwa Informationsasymmetrien über den Wettbewerb abgebaut würden. Wenn ein partielles Marktversagen auftritt, kann über geeignete Maßnahmen, auch von staatlicher Seite, nachgedacht werden. Drittens sind damit aus ökonomischer Sicht viele der staatlichen Eingriffe unnötig bzw. zu stark oder unverhältnismäßig und überdies ist fraglich, ob die ergriffenen regulatorischen Maßnahmen das Marktversagen, wenn es denn partiell auftritt, adäquat heilen.

C. Der Krankenhaussektor in Deutschland

I. Entwicklung und Status quo

Der deutsche Krankenhaussektor zeichnet sich seit ca. zehn Jahren durch (mindestens) zwei unübersehbare Entwicklungen aus: Erstens geht die absolute Zahl an Krankenhäusern und (Plan-)Betten kontinuierlich zurück: Die Zahl der Krankenhäuser ist absolut seit 2004 von 2.166 um 170 Kliniken (–7,85%) auf 1.996 im Jahre 2013 gesunken. Die Bettenzahl hat sich im gleichen Zeitraum insgesamt von 531.333 um 30.662 (–5,77%) auf 500.671 reduziert (*Statistisches Bundesamt [StBA] 2014a, S. 10*).³⁹

³⁷ Im Übrigen wäre auch zu fragen, ob dies auf anderen Märkten auch der Fall ist, ob also Nachfrager bereit wären dafür zu zahlen, dass eine Bäckerei in ihrer Nähe ist oder ein Bus fährt, obwohl Sie diese vielleicht gar nicht nutzen. Nachfolgend würde dann ein staatlicher Eingriff erfolgen.

³⁸ Die Grenzkosten sind aus Sicht der Klinik vernachlässigbar, denn im Grunde geht es nur um ein zusätzliches Bett. Kliniken sind in der Lage mit der vorgehaltenen Kapazität mehr oder weniger Behandlungen durchzuführen. Die Kapazität ist gleichzusetzen mit der Menge, die mit einem gegebenen Produktionsapparat hergestellt werden kann und wird daher auch als gegebene Betriebsgröße bezeichnet.

³⁹ Die Konzentration hat damit insgesamt zugenommen, wobei die regionale Situation hinsichtlich der Konzentration variieren kann.

Zweitens haben sich Änderungen hinsichtlich der Trägerschaft ergeben. Wurden im Jahre 2004 noch 780 Kliniken und 280.717 Betten öffentlich betrieben, 831 Kliniken mit 189.334 Betten frei-gemeinnützig und 555 Häuser bzw. 61.282 Betten privat, so hat sich das Verhältnis bis zum Jahre 2013 erheblich geändert. Im Jahre 2013 wurden 596 Kliniken (–23,59%) bzw. 240.632 Betten (–14,28%) öffentlich, 706 Häuser (–15,04%) und 170.083 (–10,17%) Betten frei-gemeinnützig und 694 Klinik (+25,05%) bzw. 89.953 (+46,7%) Betten privat betrieben (*StBA* 2014a, S. 19; *StBA* 2009, S. 19).

In diesem Zusammenhang ist ferner zu erkennen, dass die Zahl der öffentlichen Kliniken deswegen gesunken ist, weil diese Häuser entweder geschlossen oder aber an private Klinikbetreiber verkauft worden sind.⁴⁰ Gleichzeitig dazu ergibt sich im genannten Zeitraum die verstärkte Bildung größerer Klinikketten und -verbünde. So hat sich beispielsweise die Zahl der Krankenhäuser im Zeitraum von 2000 bis 2007 insgesamt um 8,5% reduziert, die der Träger im selben Zeitraum um 18,2% (*Schmid* 2012, S. 107). Hierzu passend kann gezeigt werden, dass im Jahre 2000 noch 57% aller Krankenhäuser keinem Verbund angehört haben, während im Jahre 2007 diese Zahl auf unter 50% gesunken ist (*Schmid* 2012, S. 108 f.).

Aufgrund der zahlreichen Zusammenschlüsse in den letzten Jahren ergibt sich auf Basis der Analysen des Bundeskartellamtes ein ökonomisch relativ klares Bild hinsichtlich der Abgrenzung von Krankenhausmärkten.⁴¹ Bezüglich der sachlichen Marktabgrenzung hat es mit dem ersten untersagten Krankenhauszusammenschluss durch das Bundeskartellamt im Jahre 2005 eine rege wissenschaftliche Diskussion gegeben (*Kuchinke/Kallfass* 2006; *Kuchinke/Kallfass* 2007; *Kuchinke* 2008). Hiernach war eine der zentralen Fragen, ob alle akutstationären Einrichtungen im Wettbewerb miteinander stehen oder ob weitere Abgrenzungen vorzunehmen sind. Beispielsweise ist argumentiert worden, spezialisierte Kliniken oder Universitätskliniken seien von Allgemeinkrankenhäusern abzugrenzen, da die erste genannte Gruppe aufgrund ihrer Spezialisiertheit mit ihrem Angebot einen anderen Bedarf befriedigt. Es ist in diesem Zusammenhang auch diskutiert worden, ob eine Abgrenzung nach DRG, also nach Patienten und deren Erkrankungen, sinnvoll ist. Diesen Argumentationen ist das Bundeskartellamt nicht gefolgt. Vielmehr hat es ausgeführt, dass jedes Krankenhaus im Grunde jede Leistung anbieten kann, also Krankenhäuser eine erhebliche, quasi sofortige Anpassung ihres Sortimentes vornehmen können. Sie decken damit den gleichen Bedarf und gehören sachlich zum gleichen Markt. Diese Position ist ökonomisch zu unterstützen, da mit der vorhandenen Kapazität plus der

⁴⁰ Neugründungen spielen also kaum eine Rolle.

⁴¹ Vgl. hierzu die einzelnen Zusammenschlussfälle, die durch Bundeskartellamt (BKartA) seit 2006 entschieden worden und auf den Internetseiten abrufbar sind.

Möglichkeit der sofortigen Unterstützung von Ärzten außerhalb des Klinikums eine solche (Umstellungs-)Flexibilität gegeben ist. Dies deckt sich mit den Erfahrungen und Analysen in der US-amerikanischen Krankenhauszusammenschlusskontrolle. Vor diesem Hintergrund ist die räumliche Markabgrenzung vorgenommen worden, wobei zentral die Patientenströme analysiert werden. Als ein Ergebnis bleibt festzuhalten, dass die räumlichen Märkte, auf denen Krankenhäuser tätig sind, i. d. R. als regional zu beschreiben sind. Typischerweise kommen mehr als 90% der Patienten eines Krankenhauses aus demselben (oder den benachbarten) Postleitzahlengebiet(en). Nur etwa 10% der Patienten aus einem Postleitzahlengebiet lassen sich typischerweise in einem Klinikum außerhalb des Postleitzahlengebietes, in dem das Krankenhaus seinen Standort hat, behandeln.

II. Weitere Marktergebnisse und Erklärungen

Die skizzierten Entwicklungen können bzw. müssen ökonomisch analysiert werden. Als eine Begründung für die zurückgehende Zahl an Krankenhäusern und insbesondere dafür, dass sich die Zahl der öffentlichen Kliniken reduziert und die der privat betriebenen Häuser zugenommen hat, ist der Umstand zu nennen, dass öffentliche Häuser häufig Defizite erwirtschaften. Diese Defizite sind von ihren Trägern zu finanzieren (*Kuchinke/Schubert* 2002). Kann der Kreis, die Gemeinde oder die Stadt das Defizit eines Klinikums nicht mehr finanzieren oder will er bzw. sie dies nicht mehr, so erfolgt letztlich häufig die Schließung oder aber eben der Verkauf.

Defizite

In der bislang einzigen validen diesbezüglichen Studie zeigen *Kuchinke/Wübker* (2009), wie groß das Problem ist. Hiernach zeigt sich, dass das kumulierte Defizit über alle öffentlichen Krankenhäuser im Bundesgebiet im Untersuchungszeitraum von 1998 bis 2004 jährlich mindestens 2 Mrd. Euro betragen hat. Dieses Defizit ist über den Betrachtungszeitraum angestiegen und hat im Jahre 2004 mit einem Defizit von 3 Mrd. Euro ein Maximum erreicht. Die Erhöhung hat sich hierbei trotz Rückgang der Zahl der öffentlichen Kliniken und Bettenzahlen ergeben. Das bundesweite durchschnittliche Defizit pro Klinik hat im Jahre 1998 ca. 2,7 Mio. Euro betragen und ist um ca. 70 % auf ca. 4,5 Mio. Euro im Jahre 2004 angestiegen. Umgerechnet auf die in Gesamtdeutschland betriebenen öffentlichen Betten entspricht dies einem durchschnittlichen Defizit von rund 7.000 Euro pro Bett im Jahre 1998 und einem Defizit in Höhe von 12.000 Euro im Jahre 2004.

Investitionsstau

Die Erwirtschaftung von Defiziten wird häufig mit dem sogenannten „Investitionsstau“ begründet (*Deutsche Krankenhausgesellschaft [DKG] 2009*). Damit ist gemeint, dass die Investitionszahlungen der Länder nicht ausreichen, um den Investitionsbedarf der (Plan-)Krankenhäuser zu decken. Dadurch können notwendige Investitionen nicht durchgeführt werden, was wiederum zu höheren Produktionskosten als nötig führt (*Bruckenberg 2005*, S. 15). Diese überhöhten Kosten können nicht über die DRG abgebildet werden. Die Berechnung dieses Investitionsstaus ist nicht einheitlich bzw. die Zahlen sind nicht immer nachvollziehbar. Das größte Problem ist die konkrete Ermittlung des Investitionsbedarfs.

Bruckenberg (2005) rechnet beispielweise vor, dass die Investitionsquote als prozentualer Anteil der Investitionen am Gesamtbetrag der Benutzer- und Investitionskosten aller zugelassenen Krankenhäuser von 17,5% im Jahre 1973 auf 7,9% im Jahre 2001 gesunken ist (*Bruckenberg 2005*, S. 15). Das Verhältnis der KHG-Mittel zu den Ausgaben für Krankenhausbehandlungen hat sich im selben Zeitraum von 24,9% auf 5,5% verringert (*Bruckenberg 2005*, S. 15). Gemessen an den seit 1973 in Bayern zur Verfügung gestellten KHG-Mitteln pro Bett bestand im Jahre 2004 bundesweit nach *Bruckenberg 2005* ein investiver „Nachholbedarf“ (Investitionsstau) in Höhe von 29,1 Mrd. Euro (*Bruckenberg 2005*, S. 20).⁴²

Unabhängig von der Höhe des Investitionsstaus ist im Rahmen einer ökonomischen Wertung erstens zu sehen, dass *Kuchinke* und *Wübker* in ihrer Studie aus dem Jahre 2009 zeigen, dass der Zusammenhang zwischen Investitionsmitteln und Defizit empirisch so nicht nachzuvollziehen ist (*Kuchinke/Wübker 2009*, S. 300 f.). Der Einfluss der KHG-Mittel auf die Defizitentwicklung ist nicht signifikant.⁴³ Zweitens wäre zu fragen, warum geringe KHG-Mittel ausgerechnet bei öffentlichen Kliniken, nicht aber so oft bei privaten und frei-gemeinnützigen Kliniken zu Defiziten führen. Eine mögliche Argumentation wäre, öffentliche Kliniken sind nicht in der Lage, sich notwendiges Kapital zu beschaffen. Dies könnte mit einem schlechten Management begründet werden.

⁴² Die *Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG 2009)* beziffert den Investitionsstau im Jahre 2009 auf 50 Mrd. Euro. Zu anderen Jahren und alternativen Berechnungen vgl. *DKG (2014, S. 5 ff.)*.

⁴³ Die Variable KHG-Mittel signalisiert jedoch die erwartete Wirkungsrichtung, d.h., je höher die KHG-Mittel umso geringer die Defizite.

DRG-Fallpauschalen

Als eine weitere Begründung für die Defizite könnte die nicht adäquate Berechnung bzw. Höhe der Fallpauschalen angeführt werden. Mithin wird argumentiert, die laufenden Kosten, beispielsweise Lohn- oder Energiekosten seien stärker steigen als die Entgelte. Nach Berechnungen der *DKG* auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes sind beispielsweise die Personalkosten vom Jahre 2012 zum Jahre 2013 um 3,8% gestiegen (*DKG* 2014). Die DRG-Pauschalen, d.h. die Landesbasisfallwerte, sind dagegen im gleichen Zeitraum im Durchschnitt nur um 1,86% gestiegen (*Allgemeine Ortskrankenkassen [AOK]* 2013). Der Anstieg der Personalkosten könnte grundsätzlich auf drei Faktoren zurückgeführt werden: Erstens, die Zahl der Beschäftigten steigt. Dies ist im genannten Zeitraum der Fall, d.h., die Zahl der in Krankenhäusern insgesamt Beschäftigten ist von 1.146.532 im Jahre 2012 auf 1.164.145 im Jahre 2013 um ca. 17.613 (1,54%) gestiegen und kann damit einen Teil der Steigerung der Personalkosten erklären (*StBA* 2014a, S. 11).⁴⁴ Bezogen bzw. umgerechnet auf Vollzeitkräfte bedeutet dies einen Anstieg von insgesamt 837.745 im Jahre 2012 auf 850.099 im Jahre 2013 (12.354; 1,47%). Dabei hat die Steigerungsrate bezogen auf Vollzeitkräfte in öffentlichen Häusern mit 1,87% nur leicht über den Steigerungsraten in frei-gemeinnützigen Häusern (1,29%) und privaten Kliniken (0,41%) gelegen (*StBA* 2013, S. 15; *StBA* 2014a, S. 25 f.). Warum also gerade öffentliche Häuser defizitär sind, kann hiermit nicht abschließend erklärt werden. Zweitens könnte eine Änderung in der Struktur der Beschäftigten die Ursache bzw. eine Erklärung für die Erhöhung der Personalkosten sein, wenn beispielsweise mehr Ärzte mit verhältnismäßig hohen Löhnen beschäftigt werden und gleichzeitig die Zahl der Geringerverdienenden im nichtärztlichen Bereich bei ansonsten konstanter Zahl der Gesamtbeschäftigten abnimmt. Über alle Krankenhausträger ist zu sehen, dass der Anteil der Ärzte an den Vollzeitbeschäftigten in den Jahren 2012 und 2013 ca. 17% ausmacht, die des nicht-ärztlichen Dienstes dementsprechend ca. 83% (*StBA* 2013, S. 15; *StBA* 2014a, S. 25 f.). Der Anteil der Ärzte hat sich dabei bei allen Trägern leicht erhöht, wobei interessant ist, dass der Anteil der Ärzte in privaten Kliniken stets höher ausfällt als in öffentlichen und frei-gemeinnützigen Häusern. Auch hierdurch lässt sich folglich nicht abschließend erklären, warum gerade öffentliche Häuser defizitär sind. Drittens könnte die Höhe des Anstiegs der Löhne eine Rolle spielen und zwar genau dann, wenn die Tarifabschlüsse in einzelnen Jahren höher ausfallen als die Steigerungsraten der Entgelte. Die Überprüfung dieses Kriteriums ist schwierig, da für einzelne Berufsgruppen unterschiedliche Tarife bzw. Verträge gelten

⁴⁴ Diese Zahl beinhaltet Vollzeitkräfte und Nicht-Vollzeitkräfte.

und verhandelt werden, teilweise Haustarifverträge greifen, die absolute Lohnhöhe eine Rolle spielt und sonstige betriebsinterne Vergütungen vorliegen können. Grundsätzlich gilt jedoch auch hier, dass dieses Argument per se nicht greifen muss. Beispielsweise haben die letzten Tarifverhandlungen des Marburger Bundes eine Erhöhung der Tariflöhne für Ärzte in öffentlichen Kliniken für 2013 von 2,6% und für 2014 von 2,0% ergeben (*Marburger Bund* 2013). Für die von ver.di vertretenen Arbeitnehmer (Krankenschwestern, Krankenpfleger usw.) sahen bzw. sehen die Abschlüsse ähnlich aus (*ver.di* 2015). Auch hierdurch ist nicht eindeutig zu erkennen, dass die Tarifabschlüsse ursächlich für die Defizite sind.

Bei der Diskussion dieses Argumentes ist ferner zu sehen, dass im gleichen Zeitraum alternative Kosten gesunken sind, wie etwa die für Zinsen, Steuern u. ä. Aufwendungen (*DKG* 2014). Dies ist den Lohnkosten (steigerungen) gegenüberzustellen. Außerdem sind bei der flächendeckenden Einführung der DRG-Fallpauschalen im Jahre 2004 alle technischen bzw. produktiven Ineffizienzen mit einberechnet worden (*Kuchinke* 2004). Die Entgelte waren zunächst krankenhausindividuell und stellten insofern kein Problem für die Häuser dar. In der Folgezeit sind die Fallpauschalen über eine Anpassung der Landesbasisfallwerte in den einzelnen Ländern, mit dem Ziel, letztlich einen bundesweiten, einheitlichen Basisfallwert zu schaffen, angeglichen worden (*Bund-Länder-AG (BLAG)* 2014, S. 17).⁴⁵ Dies war den Krankenhäusern per Gesetz vorgegeben und stellt mit aktuell 12 Jahren eine relativ lange Anpassungszeit dar (*BLAG* 2014, S. 17).⁴⁶ Diejenigen Häuser, die in der Vergangenheit und aktuell Defizite erwirtschaften, haben potenziell auch hier ein Managementproblem, da sie offensichtlich nicht in der Lage sind, ihre Kosten dem Durchschnittskostenwert aller Krankenhäuser anzupassen.⁴⁷

Qualität

Ein Defizit entsteht aber nicht nur dann, wenn die Kosten zu hoch sind, sondern tendenziell auch oder gleichzeitig, wenn die Qualität im Vergleich zu Konkurrenten niedriger ist. Patienten entscheiden sich dann c. p. gegen die Behandlung in einem Krankenhaus. Die Auslastung sinkt. Dies gilt gerade dann, wenn der Wettbewerb vor Ort gegeben ist und Alternativen für

⁴⁵ Demnach liegt die maximal zulässige Differenz der Landesbasisfallwerte aktuell bei 3,52%.

⁴⁶ Die Anpassung soll 2016 abgeschlossen sein.

⁴⁷ Das Argument, dass in den defizitären Krankenhäusern der Patienten-Mix deutlich im Schweregrad nach oben vom Durchschnitt abweicht, ist so generell nicht nachzuvollziehen.

Patienten bestehen. Hinsichtlich der Qualität von Kliniken gibt es mittlerweile einige Publikationen, wie etwa *Stiftung Warentest* (1999), *Klinik-Führer Rhein Ruhr* (2010) oder *Focus* (2011), die neben den verpflichtenden Qualitätsberichten der Krankenhäuser Patienten zur Verfügung stehen. Zusätzlich gibt es im wissenschaftlichen Raum Aufsätze zu diesem Thema, wie etwa *Schneider/Epstein* (1996) zum US-amerikanischen Markt oder *Wübker/Sauerland/Wübker* (2010) zum deutschen Krankenhausmarkt. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass erstens offenbar Unterschiede in der Qualität vorliegen bzw. diese unterschiedlich eingeschätzt wird. Zweitens orientieren sich die Patienten sehr wohl an der Qualität (*Wübker/Sauerland/Wübker* 2010).

In einer ergänzenden Studie untersuchen *Kuchinke* und *Dewenter* 2014, welche Qualitätsinformationen orthopädische Kliniken Patienten via Internet zur Verfügung stellen. Ein Ergebnis ist, dass private Kliniken signifikant mehr Informationen über die Prozessqualität bereitstellen als andere Kliniken. Eine Interpretationsmöglichkeit wäre, dass öffentliche Kliniken weniger Informationen preis geben als private, weil die Qualität in öffentlichen Häusern schlechter ist und so befürchtet werden muss, dass sich das betrachtete, öffentliche Klinikum im Wettbewerb schlechter stellt.⁴⁸ Die Wartezeit auf eine Behandlung stellt eine Ausprägung der Qualität im Gesundheitswesen dar. *Kuchinke/Sauerland/Wübker* (2009) untersuchen dies als bislang einzige Studie für den deutschen Krankenhausmarkt und klären die Frage, ob die Terminvergabe vom Versicherungsstatus abhängig ist.⁴⁹ Hierin zeigt sich, dass Privatversicherte signifikant schneller einen Behandlungstermin erhalten als gesetzlich Versicherte. Öffentliche Kliniken fragen bei der Terminvergabe signifikant häufiger den Versicherungsstatus ab, die Wartezeiten sind aber gleichzeitig länger als in privaten Kliniken. Hier wäre nun zum einen die Interpretation möglich, dass öffentliche Kliniken signifikant häufiger den Versicherungsstatus abfragen, weil sie aufgrund von einer geringen Behandlungsqualität ein Auslastungsproblem haben und auf keinen Fall einen Privatpatienten an einen Konkurrenten verlieren möchten.

⁴⁸ Oder aber öffentliche Kliniken verfügen über weniger Know-How bezüglich der Bereitstellung von Informationen im Internet bzw. erkennen die Notwendigkeit dieser Informationsgewinnung erst gar nicht. Auch dies wäre ein Managementproblem.

⁴⁹ Zum Einfluss des Wettbewerbs auf das Abfrageverhalten vgl. *Dewenter/Jaschinski/Kuchinke* (2013). Hier zeigt sich, dass bei einer niedrigeren Konzentration signifikant häufiger der Versicherungsstatus abgefragt wird. D.h., je stärker der Wettbewerb ist, umso häufiger erfolgt eine Abfrage. Mit dem gleichen Datensatz zeigen *Schwierz/Wübker/Wübker/Kuchinke* (2011), dass Krankenhäuser ohne eine Patientenselektion (Terminvergabe) nach dem Versicherungsstatus mit einer signifikant höheren Wahrscheinlichkeit aus dem Markt ausscheiden.

Controlling

Die Aspekte Kosten und Qualität werden mithin betriebswirtschaftlich über ein effizientes Controlling sichergestellt. Durch schlechtes Controlling kann sich potenziell die Defizitproblematik verstärken. Notwendige Investitionen können womöglich nicht erwirtschaftet und durchgeführt werden, was auch negative Effekte auf die Qualität haben kann.⁵⁰ In diesem Zusammenhang untersuchen *Dittmann* und *Kuchinke* (2015) in einer Studie das institutionelle und funktionale Controlling von 411 deutschen Akutkliniken im Jahre 2012. Zentrale Ziele der Untersuchung sind, zu klären, welche Controllinginstrumente eingesetzt werden und welchen Einfluss der Wettbewerb darauf hat. Die Untersuchung zeigt, dass unabhängig von der Trägerschaft ca. 95 % aller Kliniken über eine Organisationseinheit „Controlling“ verfügen. Der Einsatz von Controllinginstrumenten beschränkt sich jedoch im Wesentlichen auf die Instrumente des operativen Controlling. Hier weisen vor allem die Analyse medizinischer und finanzwirtschaftlicher Kennzahlen sowie die Deckungsbeitragsrechnung einen mittleren bis hohen Anwendungsgrad auf. Strategische Aspekte der Unternehmensführung sind weder für das Controlling öffentlicher oder frei-gemeinnütziger noch privater Krankenhäuser von Relevanz. Mit Blick auf die Wettbewerbssituation zeigt sich ein weitgehend von der Marktkonzentration unabhängiger Controllingeinsatz. Ein genereller Zusammenhang zwischen Art und Umfang der von deutschen Krankenhäusern angewandten Controllinginstrumente und dem Wettbewerb zwischen Krankenhäusern ist nicht gegeben. Lediglich auf der Ebene einzelner Instrumente lässt sich eine Beeinflussung des Marktverhaltens durch die Marktkonzentration erkennen. Beispielsweise sind in gering konzentrierten Märkten die Konkurrentenanalyse und die Berechnung des Marktanteils mit einer signifikant höheren Wahrscheinlichkeit Bestandteil des funktionalen Controlling als in hoch konzentrierten Märkten. Für im Wettbewerb stehende Kliniken sind demzufolge vor allem die Identifikation der bedeutendsten Konkurrenten sowie die Ermittlung der eigenen Wettbewerbsposition wichtig. Die Trägerschaft eines Krankenhauses scheint für die Ausgestaltung des funktionalen Krankenhauscontrolling hingegen bedeutender zu sein als die Wettbewerbssituation. Im Rahmen der Untersuchung zeigt sich ein signifikant positiver Einfluss der privaten Trägerschaft auf die Anwendung der Potenzialanalyse sowie die Kostenträgerrechnung. Für Krankenhäuser mit Gewinnerzielungsabsicht sind demnach die Kenntnis ihrer Potenziale sowie die Kenntnis der für einen Patienten anfallenden Kosten von höherer Relevanz als für öffentliche Krankenhäuser.

⁵⁰ Die Ausfallwahrscheinlichkeit eines Klinikums (vom Markt) steigt damit potenziell.

Darüber hinaus werden die Kennzahlen „Einweisungsstruktur“, „Patientenzufriedenheit“ und „Marktanteil“ signifikant häufiger von privaten als von öffentlichen Kliniken ermittelt.

III. Geplante Gesundheitsreform 2015 und ökonomische Einordnung

Eckpunkte

Noch in diesem Jahr soll eine weitere Gesundheitsreform durchgeführt werden, die insbesondere auch den Krankenhausbereich betreffen wird (BLAG 2014; BMG 2014). Die geplanten Änderungen werden im Folgenden kurz vorgestellt und erstmalig ökonomisch bewertet. Zunächst ist festzuhalten, dass die Bedarfsplanungen der Länder genauso wie die duale Finanzierung erhalten bleiben. Eine Änderung hat der Gesetzgeber vorgesehen hinsichtlich der Qualität, verstanden als die Erreichbarkeit eines Krankenhauses bzw. als eine flächendeckende Versorgung mit akutstationären Leistungen. Hier gibt es sogenannte „Sicherstellungszuschläge“, wenn ein Versorgungsangebot wohnortnah und notwendigerweise erhalten werden muss oder soll bzw. die vorgehaltenen Kapazitäten nicht über die DRG-Pauschalen finanziert werden können.⁵¹ Was ein notwendiges, erreichbares Angebot ist, wird nicht näher definiert und ist von den Ländern zu spezifizieren.

Daran anknüpfend sollen Zu- und Abschläge bei den Fallpauschalen eingeführt werden. Diese sind an die Qualität gekoppelt, d.h., qualitativ gute Leistungen sollen durch Zuschläge belohnt und qualitativ schlechte Leistungen über Abschläge „bestraft“ werden.⁵² Was geeignete Definitionen für die angebotene Qualität bzw. geeignete Qualitätsdimensionen und -maßstäbe sind, soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bis Ende 2016 festlegen. Das Qualitätsziel wird hiermit vor das Ziel der Trägervielfalt gestellt, d.h., wenn die Qualität durch Vielfalt sinkt, kann die Vielfalt über die Bedarfsplanung eingeschränkt werden. Um die Qualität insgesamt zu erhöhen, soll die Mindestmengenregelung konsequent angewendet werden und die Qualitätsberichte der Kliniken verständlicher sowie für Patienten besser auffindbar gemacht werden.

Ein weiterer zentraler Punkt der Reform soll die Einrichtung eines sogenannten „Strukturfonds“ sein, um mehr Investitionsmittel bereitzustellen. Die Höhe des Fonds soll einmalig 1 Mrd. Euro betragen, wobei jeweils

⁵¹ Das gilt auch für Kliniken, die an der Notfallversorgung teilnehmen.

⁵² Damit erfolgt die Förderung von spezialisierten Zentren. Bei Problemen der Beurteilung der Qualität von Krankenhäusern und Kostenträgern ist die Bundesschiedsstelle zuständig.

50% vom Bund und 50% von den Ländern aufzubringen sind.⁵³ „Der Fonds hat den Zweck, zur Verbesserung der Versorgungsstruktur den Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von Krankenhausstandorten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre lokale Versorgungseinrichtungen (z.Bsp. Gesundheits- oder Pflegezentren) zu fördern. Die Fördergelder werden den Krankenhäusern nicht anstelle, sondern zusätzlich zu der notwendigen Investitionsförderung zugute kommen“ (BLAG 2014, S. 4). Da die KHG-Mittel im Jahre 2013 etwas mehr als 2,7 Mrd. Euro betragen haben (DKG 2014, S. 98), würde also eine Investitionsförder-summe von rund 4 Mrd. Euro zur Verfügung stehen.⁵⁴

Hinsichtlich der Berechnung der Entgelte bzw. der zugrundeliegenden Kostendaten soll es weitere Änderungen geben. Da die Ermittlung der DRG-Pauschalen aktuell auf der freiwilligen Übermittlung von Kostendaten beruht, soll nun, nach mehr als 10 Jahren, eine repräsentative Basis geschaffen werden. Überdies sollen die Landesbasisfallwerte bis 2020 angeglichen werden, d.h., ab diesem Jahr soll erstmalig ein bundesweiter Basisfallwert gelten.

Bewertung

Zunächst bleibt festzuhalten, dass mit der angestrebten Gesetzesänderung der Ordnungsrahmen weitestgehend erhalten bleibt. Es handelt sich im Grunde, wie mehr oder weniger seit Jahren in diesem Sektor üblich, nur um marginale Änderungen, die keinesfalls ein ökonomisch sinnvolles first-best Szenario darstellen, sondern Ausdruck dafür sind, ein ineffizientes System anders verwalten zu wollen. Die strukturellen Probleme werden so nicht gelöst, die geänderten Regeln werden Probleme nur verlagert oder zu einer anderen Form eines second- oder third-best-Szenarios führen. Notwendige strukturelle Änderungen werden damit nur aufgeschoben. Einzig die Bemühungen des Gesetzgebers, die Transparenz hinsichtlich der Qualität zu erhöhen, scheinen aktuell als ökonomisch sinnvolles Vorhaben.

Es ist in Kapitel B.III.2. herausgearbeitet worden, dass auf Gesundheitsmärkten kein generelles Marktversagen zu befürchten ist. Das gilt auch für Krankenhausmärkte. Es wäre daher möglich und notwendig, den Wettbewerb zu stärken. Dies erfolgt jedoch explizit nicht. Die staatlichen Regulierungsvorschriften, wie etwa im Rahmen der Länderbedarfsplanung oder der dualen Finanzierung, bleiben bestehen, die grundsätzlichen, herausgearbei-

⁵³ Die Gelder des Bundes sollen aus dem Gesundheitsfonds finanziert werden.

⁵⁴ Die Gelder aus dem Strukturfonds müssen selbstverständlich nicht alle in einem Jahr abgerufen bzw. vergeben werden.

teten Wettbewerbspotenziale werden nicht annähernd ausgeschöpft. Ganz im Gegenteil wird über den Strukturfonds eine zusätzliche Finanzierungsquelle zur Verfügung gestellt, der es ineffizienten, defizitären Kliniken ermöglichen wird, länger am Markt zu bleiben. Dadurch wird der Druck auf die Krankenhäuser, ein wettbewerbsentsprechendes Management zu betreiben, nicht größer, sondern kleiner. Defizitäre, schlecht geführte Häuser werden somit nicht sanktioniert, sondern über zusätzliche Gelder belohnt. Ob dadurch das Problem der Defizite langfristig gelöst wird, ist mehr als fraglich, denn Änderungen im Management und damit im Marktverhalten sind aufgrund der zusätzlichen Mittel nicht zwangsläufig erforderlich. Damit bleiben technische Ineffizienzen und überhöhte Kosten bestehen. Diese werden im Übrigen auch zukünftig über die Berechnung der Entgelte als historische Durchschnittskosten möglich und finanzierbar sein. Der Gesetzgeber vernachlässigt hierdurch zentrale Erkenntnisse der aktuellen Regulierungstheorie, d. h., es müsste, wenn die Preise überhaupt reguliert werden sollten oder müssten, über Konzepte nachgedacht werden, wie die Einführung und Berücksichtigung von langfristigen inkrementellen Kosten o. Ä. Zu berücksichtigen sind (*Viscusi/Vemon/Herrington* 2000). Im Zweifel werden die DRG-Pauschalen nach der Reform steigen, so dass noch mehr Ineffizienzen finanziert werden können.

Die beschriebenen Zu- und Abschläge hinsichtlich von Qualität und Sicherstellung werden ihr Übriges dazu beitragen, denn diese folgen aktuell keiner erkennbaren ökonomischen Logik, sondern einer politischen und es werden damit erhebliche Verteilungsspielräume aufgemacht. Die Sicherstellungszuschläge weisen in diesem Zusammenhang erstens den größten Spielraum auf und sind zweitens ökonomisch unsinnig. Dies gilt, weil hierüber jedes Angebot als „notwendig“ definiert und finanziert werden kann. Der Gesetzgeber folgt der Logik der Daseinsvorsorge, ohne zu prüfen, ob der Markt die Leistungen nicht sowieso bereitstellt. Und zwar effizient. Damit werden wieder einmal unter dem Deckmantel der Qualitätssicherung und Versorgungssicherheit Steuergelder für den Gesundheitsbereich ökonomisch unsinnig verwendet. Losgelöst davon schafft der Gesetzgeber zusätzlichen bürokratischen Aufwand, denn die Gelder müssen verwaltet, Anträge geprüft und die Verwendung überwacht werden. Auch dies passt in die Reihe vergangener „Reformen“, in denen die Bürokratie stets zugenommen hat und sich die Beteiligten insofern ihre Berechtigung selbst geschaffen haben.

Der Strukturfonds hätte jedoch auch noch weitreichende Folgen für alternative Gesundheitsmärkte, wenn beispielsweise Kliniken Gebäude mithilfe dieser Gelder in Altenheime einer anderen Nutzung zuführen. Denn genau dann konkurrieren diese Kliniken oder ehemaligen Kliniken mit privaten Investoren, die Altenheime betreiben, aber nicht auf die öffentlichen Gelder aus dem Fonds zurückgreifen können. Der Verdacht liegt nahe, dass dies

insgesamt mehr eine regionalpolitische Maßnahme darstellt, denn so werden Gemeinden und Kommunen in die Lage versetzt, ihre häufig defizitären öffentlichen Kliniken in andere Betriebe kostengünstig umzuwandeln. Da auch andere Betreiber, zumindest nach aktuellem Stand, auf diesen Fonds zurückgreifen können, können hierüber aber auch beispielsweise private Träger mit staatlichen Mitteln subventioniert werden.⁵⁵

Lösungsansätze

Die Lösung für viele Probleme im Krankenhausbereich würde als Gegenentwurf zu den Eckdaten der geplanten Reform 2015 so aussehen, dass der Wettbewerb konsequent in diesem Bereich gestärkt bzw. eingeführt wird. Dazu zählt die Abschaffung der Länderbedarfspläne und damit der dualen Finanzierung. Defizitäre Kliniken, Häuser mit schlechter Qualität und schlechtem Management müssen zukünftig konsequent über den Markt sanktioniert werden und im Zweifel aus dem Markt ausscheiden. Umgekehrt müssen gute Häuser belohnt werden. Dazu müssen jedoch die Budgets jetziger Prägung und die staatlich verordneten Kapazitätsbeschränkungen fallen. Um nachfolgend einen funktionierenden Markt zu gewährleisten, müssen erstens die Regeln des GWB ohne Einschränkung greifen. Zweitens ist es notwendig, konsequent ein selektives Kontrahieren zuzulassen (*Oberender/Zerth* 2014; *Vauth/Greiner* 2014).⁵⁶ Krankenkassen müssen selektiv mit einzelnen Anbietern verhandeln und zwar über Preise und Mengen.⁵⁷ Nur

⁵⁵ Die Gewinne fallen selbstverständlich privat an. Dazu gehören nicht nur die Klinikbetreiber selbst, sondern auch Aktionäre, die Papiere dieser Unternehmen halten.

⁵⁶ Das Argument der Transaktionskostensparnis durch zentrale Verhandlungen mittels Verbände ist in diesem Zusammenhang nicht falsch. Nur stellt sich die Frage, warum gerade hier die Ersparnisse größer sein sollten als in anderen Sektoren, in denen solche Verhandlungen als Kartelle gewertet werden und insofern die möglichen Transaktionskostensparnisse durch das Marktmachtproblem deutlich überlagert werden.

⁵⁷ Wie die Preise ausgestaltet sind, d. h., ob diese sich als Pauschale ergeben oder aber als Pauschalbudgets, fixe und variable Bestandteile oder Rabatte beinhalten, wird sich im wettbewerblichen Prozess ergeben. Regulierungstheoretisch sind viele bessere Lösungen als die jetzt gebräuchlichen Fallpauschalen denkbar.

In einem System selektiven Kontrahierens könnte das hold-up oder hold-out Problem auftauchen. D. h., es könnte das Problem geben, dass es sinnvoll ist, nicht als Erster mit einem Leistungserbringer zu verhandeln. Der Grund hierfür könnte darin liegen, dass der Anbieter zunächst darauf bedacht ist, seine Fixkosten zudecken. Kann er seine Fixkosten mit dem ersten Vertrag decken, so kann er für den zweiten und dritten Nachfrager (Versicherungen) geringere Preise anbieten, weil nur noch seine variablen Kosten relevant sind. Das würde also einen Nachteil für den ersten Vertragspartner (Versicherung) bedeuten und dementsprechend einen Vorteil für nachfolgende Vertragspartner (Versicherungen).

so können Kliniken zu einer betriebswirtschaftlichen Führung gezwungen werden.⁵⁸ Etwaige Missbräuche könnten über das GWB geahndet werden, genauso wie über das GWB auch eine Trägervielfalt, etwa im Rahmen der Zusammenschlusskontrolle gewährleistet wird. Drittens kann der Staat dann, wenn bestimmte Leistungen in Qualität, Menge oder von der geografischen Verfügbarkeit her wider Erwarten nicht angeboten werden sollten, eingreifen. Eine ökonomisch sinnvolle Möglichkeit wären etwa Ausschreibungen für eine bestimmte Region und eine definierte Leistung. Die per se Subventionierung eines ganzen Sektors, wie sie heute und in verstärktem Maße nach der geplanten Reform vorzufinden ist, ist dagegen so ökonomisch nicht haltbar.⁵⁹

Über einen solchen wettbewerblichen Ordnungsrahmen wird es auch möglich sein, die seit Jahrzehnten immer wieder geforderte sogenannte „Verzahnung“ der einzelnen Versorgungsbereiche zu stärken, weil sich dann effiziente Entgeltsysteme und Versorgungsformen ergeben werden.⁶⁰ Die vorgeschlagenen Änderungen zementieren dagegen die gegebenen institutionellen Strukturen und verhindern technischen sowieso institutionellen Fortschritt. In Zeiten der Digitalisierung, der sinkenden Raumüberwindungskosten und heterogener Nachfrager ist das klassische Verständnis bzw. die Abgrenzung von Kliniken von anderen Leistungsanbietern überholt und es wäre Zufall, wenn der Gesetzgeber die richtige Versorgung herbeiführen könnte (Zerth 2005). Mit Blick auf andere Wirtschaftsbereiche würden sich neue, intelligente Netze ergeben, wobei Krankenhäuser, in welcher Form auch immer, ein Teil davon sein können. Das würde im Übrigen auch dazu führen, dass sich das Angebot der Nachfrage anpasst und nicht der Gesetzgeber vorgibt, welcher Bedarf zulässig ist. Zusätzlich wäre die immer wieder diskutierte Frage des „richtigen“ Budgets und der Höhe der Ausgaben hinfällig, weil die Mittel in Höhe und Richtung in die jeweils effiziente Verwendung fließen würden.⁶¹

⁵⁸ Das hat gleichzeitig den Effekt, dass der Kassenwettbewerb deutlich zunehmen wird, weil das Versorgungsangebot dann ein Kriterium für die Patienten darstellt.

⁵⁹ In gleichem Maße können dann Fragen der Finanzierung oder der solidarischen Ausgestaltung nachgelagert gelöst werden. Diese spielen aber im Krankenhaussektor eine untergeordnete Rolle und sind zentral im Rahmen der Versicherung zu diskutieren, die hier nicht weiter analysiert wird.

⁶⁰ Viele Diskussionen um Doppeluntersuchungen, elektronische Patientenakte oder Telemedizin würden höchstwahrscheinlich auch gelöst und bedürfen mithin zukünftig keiner staatlichen Eingriffe, um diese zu fördern. Diese stellen in einem wettbewerblichen Umfeld Wettbewerbsparameter um die beste Versorgung von Patienten dar.

⁶¹ Daneben ist zu erwarten, dass weitere Probleme über diesen wettbewerblichen Ansatz zu lösen sind. Zu denken wäre beispielsweise an das hier nicht weiter dargestellte Phänomen des „Upcoding“. Das bedeutet, dass Kliniken aktuell den Anreiz

D. Schlussbemerkungen

Im vorliegenden Beitrag sind zunächst die Akteure im deutschen Gesundheitswesen, die grundlegenden institutionellen Regelungen und die Wettbewerbsparameter sowie -potenziale herausgearbeitet worden. Deutlich wurde dabei, dass neben marktlichen Elementen eine Vielzahl an staatlichen Eingriffen und eine hohe Regulierungsdichte nachzuvollziehen ist. Die Koordination von Angebot und Nachfrage auf den Märkten erfolgt also nur am Rande oder sehr eingeschränkt wettbewerbsfähig. Grundsätzlich ist Wettbewerb jedoch in den meisten Bereichen des Gesundheitswesens möglich und sinnvoll, da kein generelles Marktversagen zu befürchten ist.

Diese eher allgemeinen Einschätzungen sind anschließend für den deutschen Krankenhausmarkt im Detail erörtert worden. Hier stand zunächst im Vordergrund, welche Ergebnisse die bisherige Regulierung gebracht hat. Es ist deutlich geworden, dass die bisherige Regulierung Ineffizienzen fördert. Der Wettbewerbsdruck scheint mithin nicht groß genug. Entgegen der Analyse dieses Beitrags fördern die geplanten Reformschritte für das laufende Jahr jedoch nicht den Wettbewerb, sondern sie bremsen diesen weiter aus. Strukturelle, weitreichende Änderungen im Regulierungsrahmen werden nicht diskutiert. Damit werden die strukturellen Probleme im Krankenhaussektor nicht gelöst, sondern bestenfalls in die nahe Zukunft verschoben. Mittel- bis langfristig werden sich die Probleme hinsichtlich der Effizienz in einem weiten Verständnis daher eher verstärken als reduzieren.

Abschließend ist im Beitrag ein Gegenszenario oder -vorschlag erarbeitet worden. Dieser sieht eine konsequente Einführung bzw. Stärkung des Wettbewerbs vor. Nur so kann es im Krankenhausbereich zu ökonomisch effizienten Ergebnissen kommen und die Qualität in diesem Bereich erhöht werden. Hierbei soll das GWB eine zentrale Rolle in der Weise einnehmen, als dass die Vorschriften im Gegensatz zum Status quo Anwendung finden sollen.

Literatur

Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK 2013), Landesbasisfallwerte 2013, abgerufen im Internet (27.1.2014) unter: <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/lbfw/>.

haben, die Erkrankung eines Patienten „schwerer“ zu machen als diese vielleicht war, da hierdurch eine DRG mit einem höheren Entgelt erreicht werden kann. Dies führt nicht nur zu höheren Verwaltungskosten, weil solche kritischen Fälle mithin durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen geprüft werden müssen, sondern auch zu unnötigen Eingriffen.

- Andressen, Rüdiger/Fais, Wilhelm* (1997), Hat sich der Sozialstaat mit seiner Um-
lageverpflichtung überlebt? FHTW-Magazin, 1. Jg., S. 97–101.
- Arrow, Kenneth J.* (1963), Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care,
American Economic Review, Vol. LIII, No. 5, S. 941–973.
- Arrow, Kenneth J.* (1991), The Economics of Agency, in: Pratt, John W./Zeckhauser,
Richard J. (Hrsg.): *Principals and Agents: The Structure of Business*, Boston,
S. 37–55.
- Baumol, William J./Panzar, John C./Willig, Robert D.* (1988), *Contestable Markets
and the Theory of Industry Structure*, San Diego u. a.
- Blankart, Charles B.* (2001), *Öffentliche Finanzen in der Demokratie*, 4. Aufl., Mün-
chen.
- Bögelein, Margareta* (1990), Ordnungspolitische Ausnahmebereiche: Marktwirt-
schaftliche Legitimation und wirtschaftspolitische Konsequenzen, Wiesbaden.
- Brucknerberger, Ernst* (2005), Privatisierung der Krankenhäuser, eine Alternative
zum Investitionsstau, abgerufen im Internet (27.1.2014) unter: [http://www.bru-
ckenberger.de/](http://www.bru-ckenberger.de/).
- Bund-Länder-AG (BLAG 2014)*, Eckpunkte der Bund-Länder-AG zur Krankenhaus-
reform 2015, abgerufen im Internet (27.1.2015) unter: [https://www.marburger-
bund.de/sites/default/files/wob/pdfs/eckpunkte-bund-laender-krankenhaus.pdf](https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/wob/pdfs/eckpunkte-bund-laender-krankenhaus.pdf).
- Bundeskartellamt (BKartA 2005)*, Entscheidung B10-123/04 des Bundeskartellamtes
vom 10.3.2005, Beschluss im Verwaltungsverfahren Rhön-Klinikum AG und
Landkreis Rhön-Grabfeld vom 10. März 2005, abgerufen im Internet (23.02.2006)
unter: [http://www.bundeskartellamt.de/wDeutsch/download/pdf/Fusion/Fusion05/
B10-123-04.pdf](http://www.bundeskartellamt.de/wDeutsch/download/pdf/Fusion/Fusion05/B10-123-04.pdf).
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG 2002, Hrsg.)*, Statistisches Taschenbuch
Gesundheit 2002, Bonn.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG 2014)*, Bund-Länder-Arbeitsgruppe legt
Eckpunkte zur Krankenhausreform vor, Pressemitteilung Nr. 60 vom 6.12.2014,
abgerufen im Internet (27.1.2015) unter: [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/
dateien/Pressemitteilungen/2014/2014_04/2014-12-05_PM_BL-AG_Krankenhaus
reform.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Pressemitteilungen/2014/2014_04/2014-12-05_PM_BL-AG_Krankenhausreform.pdf).
- Cassel, Dieter/Wasem, Jürgen* (2014), Solidarität und Wettbewerb als Grundprinzipi-
en eines sozialen Gesundheitswesens, in: Cassel, Dieter et al.: *Solidarische Wett-
bewerbsordnung*, Heidelberg, S. 1–43.
- Coenen, Michael/Haucap, Justus Haucap* (2014), Krankenkassen und Leistungs-
erbringer als Wettbewerbsakteure, in: Cassel, Dieter et al.: *Solidarische Wettbe-
werbsordnung*, Heidelberg, S. 259–284.
- Darby, Michael R./Karni, Edi* (1973), Free Competition and the Amount of Fraud,
Journal of Law and Economics, Vol. 16, S. 67–88.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN 2002)*, G-DRG: Ersatzvornahme durch das BMG ist abgeschlossen – mit psychia-
trischen DRGs, abgerufen im Internet (27.1.2015) unter: <http://www.dgppn.de/>

fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2002/stn-2002-11-21-drg17psychiatrie.pdf.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG 209), Gesundheitspolitik muss die Krankenhäuser stärken, abgerufen im Internet (21.2.2015) unter: <http://www.dkg-ev.de/dkg.php/cat/38/aid/6175>.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG 2014), Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern – Stand: 1. Januar 2014, abgerufen im Internet (27.1.2015) unter: http://www.dkg-ev.de/dkg.php/cat/159/aid/11446/title/Bestandsaufnahme_zur_Krankenhausplanung_und_Investitionsfinanzierung_in_den_Bundeslaendern_%28Stand%3A_Januar_2014%29.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG 2014), Kosten der deutschen Krankenhäuser, abgerufen im Internet (27.1.2015) unter: http://www.dkg-ev.de/dkg.php/cat/62/aid/12714/title/Kosten_der_Krankenhaeuser_2013.

Dewenter, Ralf/Jaschinski, Thomas/Kuchinke, Björn A. (2013), Hospital Market Concentration and Discrimination of Patients, Schmollers Jahrbuch – Journal of Applied Science Studies, 133. Jg., Heft 3, S. 345–374.

Dittmann, Heidi/Kuchinke, Björn A. (2015), Wettbewerb und Krankenhauscontrolling: Eine empirische Analyse (in Bearbeitung; bei den Autoren verfügbar).

Dnes, Antony W. (1992), Franchising: A Case-study Approach, Aldershot.

Ecker, Thomas/Oberender, Peter (2001), Theorie und Politik der Gesundheitsökonomie, in: Festel, Gunter/Söllner, Fritz/Bamelis, Pol (Hrsg.): Volkswirtschaft für Chemiker, Berlin u. a., S. 755–786.

Fokus (2011), Fokus Spezial: Deutschlands umfangreichste Ärzteliste, Fokus, November 2011.

Forster, Edgar/Vaassen, Bernd (1994), Der Wettbewerb zwischen Privater und Gesetzlicher Krankenversicherung, Frankfurt am Main

Ipsen, Jörn (1989), Staatsorganisationsrecht, 2. Aufl., Neuwied.

Klinik-Führer Rhein-Ruhr (2010), Klinik-Führer Rhein-Ruhr 2010/2011, abgerufen im Internet (15.3.2012) unter: <http://www.kliniken-rhein-ruhr.de/>.

Knieps, Günter (2001), Wettbewerbsökonomie. Regulierungstheorie, Industrieökonomie, Wettbewerbspolitik, Berlin u. a.

Kopetsch, Thomas (1996), Krankenhausfinanzierung – Eine grundsätzliche Betrachtung, Sozialer Fortschritt, 45. Jg., Nr. 9, S. 208–214.

Kotowitz, Yehuda (1987), Moral Hazard, in: Eatwell, John, Murray Milgate und Peter Newman (Hrsg.): The New Palgrave, S. 549–551.

Kruse, Jörn (1985), Ökonomie der Monopolregulierung, Göttingen.

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

Kuchinke, Björn A. (2008), Wissenschaftsfreiheit vor Wettbewerb? Wettbewerbsökonomische Anmerkungen zur Empfehlung der Monopolkommission im Minister-

- erlaubnisverfahren Greifswald/Wolgast, Zeitschrift für Wettbewerbsrecht, 7. Jg., Heft 2, S. 209–219.
- Kuchinke, Björn A./Kallfass, Herrmann H.* (2006), Aktuelle Kontroversen bezüglich der ökonomischen Beurteilung von Krankenhauszusammenschlüssen in Deutschland, Wirtschaft und Wettbewerb, 56. Jg., Heft 10, S. 991–1.003.
- Kuchinke, Björn A./Kallfass, Herrmann H.* (2007), Die Praxis der räumlichen Marktabgrenzung bei Krankenhauszusammenschlüssen in den USA und in Deutschland: Eine wettbewerbsökonomische Analyse, Zeitschrift für Wettbewerbsrecht, 5. Jg., Heft 3, S. 319–337.
- Kuchinke, Björn A./Sauerland, Dirk/Wübker, Ansgar* (2009), The Influence of Insurance Status on Waiting Times in German Hospitals: An Empirical Analysis of New Data, The International Journal for Equity in Health, 8:44.
- Kuchinke, Björn A./Schubert, Jens M.* (2002), Beihilfen und Krankenhäuser, Wirtschaft und Wettbewerb, 52. Jg., Heft 7/8, S. 710–719.
- Kuchinke, Björn A./Wübker, Ansgar* (2009), Defizite von öffentlichen Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland: Empirische Befunde 1998–2004 und wirtschaftspolitische Implikationen, Perspektiven der Wirtschaftspolitik, 10. Jg., Nr. 3, S. 290–308.
- Lipczynski, John/Wilson, John* (2001), Industrial Organisation. An Analysis of Competitive Markets, Harlow.
- Marburger Bund* (2013), Tarifkompromiss in 5. Verhandlungsrunde, abgerufen im Internet (21.2.2015) unter: <http://www.marburger-bund.de/sites/default/files/artikel/downloads/2013/neuer-tarifabschluss-fuer-50.000-klinikaerzte/mitgliederinfo-zur-tarifeinigung-mit-vka-07-03-2013.pdf>
- Meyer, Dirk* (1990), Asymmetrische Informationen, Institutional Choice und die Funktion von Wertorientierungen, Jahrbuch für Sozialwissenschaft, 41. Jg., S. 104–121.
- Meyer, Dirk* (1993), Technischer Fortschritt im Gesundheitswesen: eine Analyse der Anreizstrukturen aus ordnungstheoretischer Sicht, Tübingen.
- Oberender, Peter/Zerth, Jürgen* (2014), Selektivverträge als „ökonomischer Kern“ der Solidarischen Wettbewerbsordnung, in: Cassel, Dieter et al.: Solidarische Wettbewerbsordnung, Heidelberg, S. 173–198.
- Picot, Arnold/Franck, Egon* (1993), Vertikale Integration, in: Grün, Oskar und Jürgen Hauschildt (Hrsg.): Ergebnisse empirischer betriebswirtschaftlicher Forschung, Stuttgart, S. 181–219.
- Pratt, John W./Zeckhauser, Richard J.* (1991), Principals and Agents: An Overview, in: Pratt, John W./Zeckhauser, Richard J. (Hrsg.): Principals and Agents: The structure of business, Boston, S. 1–37.
- Rau-Bredow, Hans* (1992), Zur theoretischen Fundierung der Institutionenökonomie, München.
- Rosen, Harvey S./Windisch, Rupert* (1997), Finanzwissenschaft I, München.

- Schmid, Andreas* (2012), Konsolidierung und Konzentration im Krankenhaussektor – Eine empirische Analyse der Marktstruktur unter Berücksichtigung des Krankenhausträgers, in: Klusen, Norbert/Meusch, Andreas (Hrsg.): Beiträge zum Gesundheitsmanagement, Nr. 36, Baden-Baden.
- Schwierz, Christoph/Wübker, Achim/Wübker, Ansgar/Kuchinke, Björn A.* (2011), Discrimination in Waiting Times by Insurance Type and Financial Soundness of German Acute Care Hospitals, *The European Journal of Health Economics*, Vol. 12, No. 5, S. 405–416.
- Shapiro, Carl* (1983), Consumer Protection Policy in the United States, *Zeitschrift für die gesamte Staatswissenschaft*, 139 Jg., S. 527–544.
- Statistisches Bundesamt (StBA)* (2009): Grunddaten der Krankenhäuser 2008, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (StBA)* (2013): Grunddaten der Krankenhäuser 2013, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (StBA)* (2014a): Grunddaten der Krankenhäuser 2013, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (StBA)* (2014b), Statistisches Jahrbuch: Deutschland, Wiesbaden.
- Stiftung Warentest* (1999), Hitliste der Hospitäler, *test*, 11. Jg., Nr. 12, S. 89–95.
- Stigler, George J.* (1987), *The Theory of Price*, 4. ed., New York.
- Tirole, Jean* (1995), *Industrieökonomik*, München.
- Vauth, Christoph/Greiner, Wolfgang* (2014), Preis- und Leistungswettbewerb in der ambulanten, stationären und Integrierten Versorgung, in: Cassel, Dieter et al.: *Solidarische Wettbewerbsordnung*, Heidelberg, S. 199–224.
- Ver.di* (2015), *Entgeltabelle Pflege- und Betreuungseinrichtungen*, Berlin.
- Viscusi, W. Kip/Vemon, John M./Herrington, Joseph E.* (2000), *Economics of Regulation and Antitrust*, 3. ed., Cambridge.
- Wiedemann, Regina* (1998), Wettbewerb unter Krankenhäusern: Eine Institutionenökonomische Analyse unter besonderer Berücksichtigung von Informationsasymmetrien, Frankfurt am Main u. a.
- Williamson, Oliver E.* (1990), *Die ökonomischen Institutionen des Kapitalismus*, Tübingen.
- Wolff, Birgitta* (1999), Zum methodischen Status von Verhaltensannahmen in der Neuen Institutionenökonomik, in: Edeling, Thomas/Jann, Werner/Wagner, Dieter (Hrsg.): *Institutionenökonomie und Neuer Institutionalismus*, Opladen, S. 133–147.
- Zerth, Jürgen* (2005), Flächendeckende Versorgung in einem liberalen Gesundheitssystem: Eine institutionenökonomische Analyse der Sicherstellungsgarantie, in: Gäfgen, Gérard/Oberender, Peter (Hrsg.), *Gesundheitsökonomische Beiträge*, Nr. 46, Baden-Baden.
- Zippelius, Reinhold* (1999), *Allgemeine Staatslehre*, 13. Aufl., München.

Politische Dividende kommunaler Krankenhäuser

Im Spannungsfeld zwischen Wirtschaftlichkeit und Politik

Von *Thomas Jendges*

A. Problemstellung

Kommunale Krankenhäuser stehen in einem Spannungsfeld zwischen den Wirtschaftlichkeitsanforderungen des Krankenhausmarktes einerseits und der Erfüllung kommunalpolitischer Ziele der Gesellschafter andererseits. Rund ein Drittel der etwa 2000 deutschen Krankenhäuser befinden sich in öffentlich-rechtlicher, überwiegend kommunaler Trägerschaft. Deren Gremien bestehen aus Gesellschafterversammlung und Aufsichtsrat. Diese sind überwiegend mit Landräten, Oberbürgermeistern, Kreistags- oder Gemeinderatsmitgliedern besetzt, die als politische Mandatsträger die Interessen der jeweiligen Kommune und der Gesellschaft vertreten sollen.

Aus Sicht der Kommunalpolitik geht es im Bereich des Krankenhauses in erster Linie um die Sicherstellung der Krankenhausversorgung als Teil der Daseinsvorsorge, sodass Gewinne oder gar finanzielle Ausschüttungen häufig nicht erwartet werden. Kommunale Krankenhausunternehmen scheinen insofern gegenüber den privaten Klinikkonzernen zunächst im Vorteil. Während bei den privaten Klinikkonzernen eine Dividende regelmäßig ausgeschüttet werden soll, ist der Druck auf die Margen bei den kommunalen Unternehmen geringer, da es die diesbezügliche Erwartungshaltung nicht gibt. Dafür verbinden die Gesellschafter andere Ziele mit dem Krankenhausunternehmen.

Es besteht ein Zielespektrum, in das eine Vielzahl von kommunalen Interessen mit einfließt. Die Befriedigung dieser kommunalen Interessen ist die politische Dividende, die der oder die Gesellschafter vom kommunalen Krankenhausunternehmen erwarten. Im Gegensatz zu einer Dividende in der Finanzwelt in Form der Ausschüttung in Geld wird die Teilhabe am Unternehmenserfolg von der Kommunalpolitik anders verstanden. Die „politische Dividende“ bedeutet daher die Teilhabe der Kommunalpolitik an dem „Erfolg“ des kommunalen Krankenhausunternehmens. Sie wird – wenn überhaupt – höchstens in Wählerstimmen messbar sein, nicht jedoch in Euro. Wirtschaftlichkeit als solche ist nur eines von mehreren (Teil-)Zielen bei kommunalen Unternehmen.

Im Folgenden wird anhand eines Modells zum politischen Verhalten ein Erklärungsansatz für die politische Dividende kommunaler Krankenhäuser dargelegt. Anschließend werden die Formen der politischen Dividende anhand von einzelnen Beispielen dargestellt und die negativen Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser erläutert, welche zu einer Begrenzung der politischen Dividende führen. Die Ausnahmen der positiven Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeit finden sich am Ende der Ausführungen. Zusammenfassend wird dargestellt, worauf es im Spannungsfeld zwischen Wirtschaftlichkeit und politischer Dividende für die Krankenhäuser ankommt.

B. Der politische Prozess als Erklärungsansatz

Der (Kommunal-)Politiker hat das Ziel, gewählt bzw. wieder gewählt zu werden. Dazu richtet er sein Handeln an den Interessen der Wähler aus. Die positive Theorie der staatlichen Regulierung erklärt das auf Stimmenmaximierung ausgerichtete Handeln von Politikern so, dass diese einzelnen Interessensgruppen durch entsprechende Regulierung oder Subventionierung einen Vorteil verschaffen, mit dem Ziel, von diesen im Wahlkampf unterstützt zu werden (*Peltzman* 1976). Jede Regulierung ist jedoch mit politischem Widerstand der Benachteiligten verbunden. Der Politiker handelt optimal, wenn er den politischen Widerstand aller Interessensgruppen marginal ausgleicht.

Für kommunale Krankenhäuser bedeutet dies, dass sie nicht primär auf Rendite achten (dürfen). Das erweiterte Interessenspektrum bei den Kommunalen lässt sich an Beispielen verdeutlichen: Ein Beispiel sind die Hauptargumente anlässlich der formellen Privatisierung der Dresdner Krankenhäuser. Anfang 2012 war folgende Frage Gegenstand eines Bürgerentscheids: „Sind Sie dafür, dass die Krankenhäuser Dresden-Friedrichstadt und Dresden-Neustadt Eigenbetriebe der Stadt Dresden bleiben?“ Hauptargument der Befürworter: „Soziale Daseinsvorsorge, insbesondere die medizinische Versorgung der Bürgerinnen und Bürger, darf nicht kurzfristigen Gewinninteressen und unkalkulierbaren Risiken des Marktes ausgeliefert werden. Öffentliche Krankenhäuser sollten sich ausschließlich am Bedarf der Bevölkerung und an den Möglichkeiten des medizinischen Fortschritts orientieren.“ Trotz ernster wirtschaftlicher Lage der Krankenhäuser könne man auch ohne Privatisierung etwas gegen Defizite tun (*Kießling et al.* 2011).

Eine Konkretisierung des Einflusses der Politik auf die Krankenhausführung ist nur schwer „dingfest“ zu machen, da die durch die Politik zu bündelnden Interessen selbst im Wettbewerb stehen und sich im Zeitablauf

verändern. Neben der Daseinsvorsorge wird „der Mensch“ häufig für die politische Argumentation genutzt. Dies zeigt das zweite Beispiel, das Zitat eines Probstes anlässlich des gesundheitspolitischen Montagsgebets in Marburg zur Rolle der Politik als Gegengewicht zur „Renditeausrichtung“ der privatisierten Uni-Klinik (*Rippegather* 2012): „Politik und wir als Kirche [...] sind mit dafür verantwortlich, dass der Mensch und die Menschlichkeit im Mittelpunkt steht.“

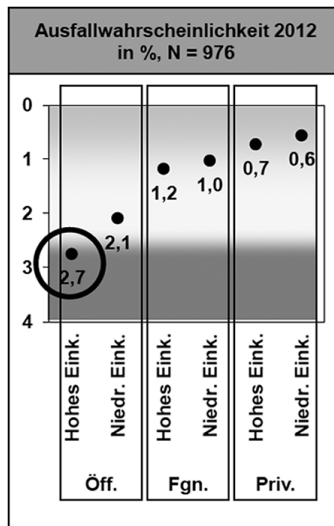
C. Formen der politischen Dividende

Die politische Dividende im kommunalen Krankenhaus ist nicht messbar; sie nimmt verschiedene Formen an. Dass die Interessen nicht ausschließlich auf Renditeziele gerichtet sind, zeigt sich zunächst an den häufig niedrigeren Jahresüberschüssen bzw. höheren Ausfallwahrscheinlichkeiten kommunaler Klinikunternehmen, wie es beispielsweise der Krankenhaus Rating Report 2014 erneut belegt (*Augurzky et al.* 2014).

Werden Zahlen zur Personalproduktivität bzw. -belastung – je nach „politischem“ Vertrauen – nach verschiedenen Trägergruppen betrachtet, wird klar, womit die niedrigere Rendite kommunaler Häuser unter anderem „politisch kompensiert“ wird. Kommunale Krankenhäuser haben in der Regel höhere Personalkostenquoten und beschäftigen mehr Mitarbeiter je Patient. Wertet man die Angaben des Statistischen Bundesamtes zu den Eckdaten der Krankenhäuser in 2013 aus, so wird deutlich, dass pro Arzt bei öffentlichen Trägern 113 stationäre Patienten behandelt wurden, während bei den privaten Klinikträgern die Fallzahl pro Arzt 138 betrug. Ein ähnliches Verhältnis ergibt sich bei den Beschäftigten in der Pflege: Waren es 56 Fälle bzw. 422 Belegungstage pro Pflegekraft bei öffentlichen Trägern, so war eine Pflegekraft eines privaten Trägers im Durchschnitt im Umfang von 63 Fällen bzw. 498 Belegungstagen tätig. Nicht nur setzen kommunale Krankenhäuser in den klinischen Diensten durchgehend mehr Personal pro behandeltem Patienten ein. Vielmehr erfolgt auch insbesondere in den tertiären Bereichen durchgehend mehr direkte Beschäftigung, weil Insourcing und „Tariftreue“ politische Dividendenpunkte bringen. Dies führt durchgängig zu höheren Personalkostenquoten bei kommunalen Kliniken.

Auch bei den Sachkosten zeigen Vergleiche zwischen den Klinikgruppen, dass die Privaten die niedrigsten Sachkostenquoten aufweisen. Dies kann einerseits am verbundweiten Sachkostenmanagement privater Klinikketten liegen. Ein Gewerkschaftsfunktionär formuliert es so: „Wenn ein Chefarzt von der Geschäftsführung zu Einsparungen gedrängt werde, wende sich dieser an den Oberbürgermeister, der diese Einsparung dann dem Geschäftsführer ausrede (*Köhler* 2011).“

Hinzu kommt die gesamthafte Beobachtung, dass die Verluste kommunaler Krankenhäuser häufig höher sind, wenn die Kommune finanziell gut gestellt ist. Der Krankenhaus Rating Report (*Augurzky et al. 2014*) zeigt dies deutlich anhand der Ausfallwahrscheinlichkeit 2012, wobei nach Trägerschaft und Einkommen differenziert wird. Siehe dazu folgende Grafik:



Anmerkung: Viel Einkommen: Einkommen über Medianeinkommen, Wenig Einkommen: Einkommen unter Medianeinkommen; es handelt sich dabei um das durchschnittliche Netto-Haushaltseinkommen der Bürger eines Kreises

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2014

Abbildung 1: Ausfallwahrscheinlichkeit

Eine finanziell gut gestellte Kommune hat die Möglichkeit, das eigene Klinikum finanziell direkt oder indirekt zu stützen, was politische Handlungsspielräume eröffnet. Finanziell „klamme“ Kommunen drängen hingegen auf eine stärkere Wirtschaftlichkeit ihrer Kliniken, um nicht noch in die „politische Not“ einer Subventionierung zu geraten. So überrascht es nicht, dass beispielsweise die Städtischen Kliniken in Stuttgart und München trotz teilweise erheblicher Zuschüsse durch den jeweiligen Gesellschafter noch erhebliche Jahresdefizite ausweisen, während die Klinikunternehmen der Städte Berlin und Leipzig wirtschaftlich deutlich besser dastehen – das Städtische Klinikum St. Georg in Leipzig gar regelmäßig Ausschüttungen an den Gesellschafter Stadt Leipzig vornimmt. Die Stadt Hamburg hat ihre Kliniken bzw. ihre Anteile an den Kliniken vor Jahren hingegen an ein

privates Klinikunternehmen verkauft und sich damit einer weitergehenden finanziellen Verantwortung entzogen.

„Klinikmanagement aktuell“ stellt diesen Zusammenhang am Beispiel der Führung des Städtischen Klinikums München (StKM) fest (Zehnder 2014): „Dass ausgerechnet das Klinikum einer der reichsten Städte in Deutschland inzwischen als ein Klassiker unter den bundesdeutschen Sanierungsfällen gilt, erklären Insider mit zum Teil hausgemachten Ursachen. Als Kardinalsprobleme des StKM gelten die Intervention der Politik beziehungsweise ein Aufsichtsrat, den erstens Zerstrittenheit lähmt und der zweitens zugleich die Geschäftsführung an der kurzen Leine hält.“

D. Grenze der politischen Dividende

Die politische Dividende in Form der Beteiligung der Kommunalpolitik zu Lasten der Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses hat eine Grenze. Denn der Kommunalpolitiker hat ein ureigenes, politisches Interesse, dass das Krankenhausunternehmen auch wirtschaftlich zumindest nicht kritisch da steht. Die Vorteilsgewährung in Form der politischen Dividende funktioniert auch nach dem theoretischen Ansatz nur so lange, wie die daraus resultierenden Nachteile der anderen Interessengruppen nicht zu groß werden. Vorteilsgewährungen sind mit Ineffizienzen verbunden, welche im Zeitablauf zunehmen. Diese Ineffizienzen führen zu weitergehenden Nachteilen, denen keine politischen Vorteile gegenüber stehen. Werden sie groß genug, kippt das Ganze und die Grenze der politischen Dividende ist erreicht.

Für die kommunale Krankenhauspolitik bedeutet dies faktisch, dass eine Grenze durch die jeweiligen wirtschaftspolitischen Handlungsmöglichkeiten gegeben ist. Solange die Stadt oder der Landkreis finanziell gut aufgestellt ist, kann sie/er sich auch die Unterstützung des Krankenhauses leisten, welches an anderer Stelle politische Vorteile gewährt. Deswegen überrascht es nicht, dass kommunale Kliniken in den tendenziell reicheren Kommunen in Süddeutschland stärker subventioniert werden, ohne dass sich ihre Wirtschaftlichkeit verbessert.

Wird der Subventionsbetrag für das Krankenhaus zu hoch, greift die politische Kontrolle, sodass der Prozess dann kippen kann – im Extremfall in Richtung einer Privatisierung. Nehmen wir das Beispiel in Offenbach (Köhler 2011): Trotz bereits prekärer wirtschaftlicher Situation des Klinikums war, wie auch bei den städtischen Kliniken in Wiesbaden, Darmstadt und Frankfurt-Höchst, noch in 2011 „von einer Privatisierung ... nirgendwo die Rede“. Nachdem die Belegschaft mit reduzierten Gehältern einen Beitrag geleistet hatte, führt auch der Gewerkschaftssekretär von ver.di aus: „Manch-

mal nämlich zögen Belegschaften die sichere Zukunft bei einem Privatunternehmen der unsicheren in kommunaler Trägerschaft vor“.

Nach Wiesbaden wurde kürzlich auch Offenbach an eine private Klinikette verkauft. Der politische Kommentar von *Pröse* (2013): „Dass die Öffentlichkeit keinen Überblick mehr hatte, lag zum einen an der auch aufgrund politischer Vorgaben wenig stringenten Geschäftsführung. Außerdem hatten ganz offensichtlich die Aufsichtsgremien völlig die Orientierung verloren. [...] Im Bestreben, dieses vor allem politisch motivierte Konstrukt unter allen Umständen aufrecht zu erhalten, haben Stadtparlament und Magistrat eine Kröte nach der anderen geschluckt – und die Stadt im Schweinsgalopp in den Ruin geführt.“

E. „Synergie“ zwischen Wirtschaftlichkeit und politischer Dividende

Wenn bislang der überwiegend auftretende Zielkonflikt zwischen Wirtschaftlichkeit und politischer Dividende betrachtet wurde, so darf dies nicht den Blick dafür versperren, dass es auch eine Zielkongruenz bzw. Synergie zwischen Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses und der politischen Dividende geben kann. Grundsätzlich schafft eine positive Wirtschaftlichkeit Handlungsspielräume, die politisch genutzt werden können. Insofern gilt auch für die Kommunalpolitik die Maxime, dem Krankenhaus genügend Wirtschaftlichkeit „zu belassen“, um nicht in eine politische Drucksituation bei hohen Defiziten oder Ineffizienzen zu kommen. Dies wurde bereits bei der Grenze der politischen Dividende dargestellt.

Deutlicher wird es im Erfolgsfall, der sowohl für das Klinikunternehmen als auch für die Kommunalpolitik Vorteile bringt. Erfolgsfall bedeutet, dass das Unternehmen wirtschaftlich stabil ist und für den Politiker positive Aspekte beinhaltet, zumindest aber keine politische Angriffsfläche bietet. Die Einbindung und Verankerung in die Kommune kann für das Unternehmen positive Wirkungen haben, was die Vertrauensstellung bei Patienten und (potenziellen) Mitarbeitern betrifft. Auch sind Informationsvorsprünge für das Unternehmen denkbar, wenn die Gesellschafter gegebenenfalls bestehende Kontakte im Umfeld des Unternehmens fördernd einbringen.

Für den Kommunalpolitiker selbst bringt das Unternehmen auf der anderen Seite eine Möglichkeit zur Gestaltung im Sinne der Umsetzung kommunalpolitischer Interessen. Das Wahrnehmen von Mandaten in Aufsichtsräten kommunaler Unternehmen vermittelt zudem Kompetenz und fördert die positive Außenwahrnehmung des Politikers. Wenn es dann noch Erfolge zu melden gibt, unterstützt dies den Stand des Politikers und erhöht seine Chancen auf eine Wiederwahl.

F. Strukturelles Beharrungsvermögen als politische Dividende

Wirtschaftlichkeit ist auch im Krankenhausbereich nur durch die stringente Umsetzung unternehmerischer Entscheidungen zu erzielen. Klare unternehmerische Entscheidungen bedeuten jedoch oftmals Strukturveränderungen. Diese Veränderungsprozesse sind häufig zunächst mit Nachteilen für einzelne Betroffene oder einzelne Gruppen verbunden, ehe sie sich gesamtgesellschaftlich positiv auswirken können – wofür es auch nicht in jedem Fall eine Garantie gibt. Beides, der zunächst eintretende Nachteil einzelner Betroffener und die Ungewissheit über die positive Wirkung der Strukturveränderung, ist schädlich für die Umsetzung im (kommunal-)politischen Kontext. Das fängt bei Strukturänderungen in einzelnen Leistungseinheiten an, wie z.B. einer Küchenschließung, und wird dann besonders kritisch, wenn ein einzelner Standort einer Kommune geschlossen werden soll, wie das Beispiel der beabsichtigten Schließung von Isny und Leutkirch im Kreis Ravensburg zeigt:

Ende 2012 noch hatte der Kreis Ravensburg die „vielleicht schwierigste Entscheidung in seiner Geschichte getroffen“ (Vincenz 2012): Zur Rettung des Oberschwaben-Klinikverbunds mussten die zwei Standorte Isny und Leutkirch geschlossen werden. Mithin hatte sich die Kommunalpolitik nach Vorlage von Gutachten und Diskussionsprozess für eine wesentliche Strukturänderung entschieden. Per einstweiliger Verfügung ging jedoch die Stadt Isny auf der Basis eines über 40 Jahre alten Vertrages zur Übertragung des Krankenhauses an den Landkreis gegen den Schließungsbeschluss vor. Zielsetzung der Stadt Isny war, aus den 19 Betten derzeit, künftig ein 56-Betten-Krankenhaus mit fünf Fachabteilungen zu betreiben. Nur über die Gerichte konnte die geplante Schließung von Isny mit Verzögerung durchgesetzt werden.

Dieses Beispiel zeigt, dass kommunal noch lange nicht einheitlich bedeutet, da zwischen den beteiligten Kommunen teilweise gegensätzliche, politisch motivierte Interessen bestehen. Auch die jüngsten Presseveröffentlichungen zum Klinikverbund Südwest mit seinen verschiedenen kommunalen Gesellschaftern ist ein Beispiel, dass ein regionaler Krankenhausverbund zwar wirtschaftlich vorteilhaft sein mag, jedoch eine gewisse Einheitlichkeit der verschiedenen Gesellschafter zwingende Voraussetzung für das Funktionieren eines solchen Verbundes ist. Sonst lähmen politische Differenzen die erforderliche Strukturentwicklung des kommunalen Klinikverbunds.

G. Ergebnis

Kommunale Krankenhausunternehmen sind ein Erfolgsmodell, wenn es gelingt, Wirtschaftlichkeit und politische Dividende in Einklang zu bringen. Dazu müssen die Vorteile der kommunalen Trägerschaft, d.h. der geringere Margendruck und die Einbindung in die Kommune, mit der Vornahme notwendiger Strukturänderungen vereinbar sein. Kommunale Krankenhausunternehmen zahlen die politische Dividende in zweierlei Form: Einerseits in Form der Transaktionskosten für den politischen Prozess zur Identifikation, was die notwendigen und richtigen Strukturänderungen sind, und andererseits in der Durchsetzung derselben.

Literatur

- Augurzky, Boris/Krolop, Sebastian/Hentschker, Corinna/Pilny, Adam/Schmidt, Christoph M.* (2014), Krankenhaus Rating Report 2014: Mangelware Kapital: Wege aus der Investitionsfalle, 1. Aufl., Heidelberg.
- Kießling, Tilo/Matthis, Jens/Schollbach, André* (2011), Argumente der Befürworterinnen und Befürworter, www.dresden.de.
- Köhler, Manfred* (2011), Kommunale Krankenhäuser in Not, www.faz.net vom 02.05.2011.
- Peltzman, Sam* (1976), Towards a More General Theory of Regulation, *Journal of Law and Economics* 19, S. 211 f.
- Pröse, Frank* (2013), Kommentar: Glück und Erfolg, Sana-Start am Klinikum Offenbach, www.OP-online.de vom 02.07.2013.
- Rippegather, Jutta* (2012), Der Mensch muss im Mittelpunkt stehen, www.fr-online.de vom 05.07.2012.
- Vincenz, Annette* (2012), Kliniken in Isny und Leutkirch schließen, www.schwaebische.de vom 11.11.2012.
- Zehnder, Adalbert* (2014), Städtisches Klinikum München – Hennes und Bergmann gehen, www.kma-online.de vom 10.10.2014.

Die Selbstverwaltung als Hüterin von Innovation und Wettbewerb im deutschen Gesundheitswesen?

Institutionen-ökonomische Überlegungen und Praxisbeobachtungen

Von *Axel Wehmeier*

A. Einleitung

Fast alle Gesundheitssysteme stehen vor gewaltigen Herausforderungen. Die demographisch- und lebenswandelinduzierte Zunahme chronischer Krankheiten lässt die Kosten ebenso steigen wie neue Medikamente und Medizinprodukte. Im Zuge des etwa in Deutschland bereits feststehenden demographischen Wandels entstehen Finanzierungslücken im umlagefinanzierten System. Die Unterversorgung strukturschwacher Gebiete droht sich weiter zu manifestieren. Im Vergleich zu anderen Industrien sind die Versorgungsprozesse ineffizient organisiert. Folglich sind sich Gesundheitspolitiker einig darin, dass die Reformgeschwindigkeit deutlich zunehmen muss und hier mehr Impulse durch Wettbewerb und Innovation benötigt werden, um das heutige Niveau der Gesundheitsversorgung zumindest aufrechtzuerhalten.

Fragt man danach, welches *Gesundheitssystem* diesen Anforderungen am ehesten gerecht werden kann, so fällt zunächst auf, dass die heute am besten bewerteten Versorgungssysteme erhebliche institutionelle Unterschiede aufweisen. Staatlich stärker zentralisierte (z.B. in Dänemark oder Großbritannien) stehen neben staatlich dezentral organisierten (z.B. Schweden), stärker privatisierte werden als Voll- (z.B. Schweiz) oder Teilversorgung (z.B. Singapur) ausgeprägt oder aber es findet sich eine jeweils ganz eigene Mischung mit starken privaten und öffentlichen Trägern, wie etwa in den USA oder in Deutschland. Spätestens an dieser Stelle sucht man einen gesundheitspolitischen Konsens vergeblich: es gibt keinen „Champion“ des gesundheitspolitischen Systemwettbewerbs. Vielmehr entspricht die bunte Welt der weitestgehend national organisierten Gesundheitssysteme institutionen-ökonomisch am ehesten der Welt, wie sie von Elinor Ostrom mit ihrer Theorie polyzentrischer Systeme (*Ostrom* 2009) beschrieben wird.

Einen guten analytischen Zugang bietet daher die Erfassung der Anreizstrukturen des jeweiligen nationalen Systems. Eine Besonderheit in Deutschland ist dabei die Gemeinsame Selbstverwaltung. Die in ihr organisierten Verbände der Leistungserbringer (Kassenärztliche Vereinigungen, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenhausgesellschaft, Apotheker) und der Kostenträger (Gesetzliche Krankenversicherungen GKV) legen praktisch im Alleingang die Verwendung des über 200 Mrd. €¹ betragenden Budgets des gesetzlich finanzierten Gesundheitsmarktes fest². Diese Strukturen der Gemeinsamen Selbstverwaltung sind es, die über die maßgeblichen Zugangs- und –austrittsbedingungen für diesen mit Abstand größten nationalen Sektor entscheiden – immer noch weitestgehend unbehelligt von der allgemeinen wettbewerbsrechtlichen Aufsicht. Die Gemeinsame Selbstverwaltung ist somit Hüter über Wettbewerb und Innovation im deutschen Gesundheitswesen.

Ein derartig eng geknüpft institutionelles Arrangement von wenigen Akteuren steht bei Ökonomen seit Adam Smith unter dem Generalverdacht der Kartellbildung. Tatsächlich decken die „Insider“ der Selbstverwaltung keinesfalls das Spektrum der Marktakteure umfassend ab. „Outsider“ bleiben vor allem Patienten, Pflegeberufe, nichtärztliche Therapeuten oder Industrievertreter, aber auch bis zu einem gewissen Grad systeminterner Konkurrenzorganisationen wie der Verband der Hausärzte. Auf der anderen Seite haben sich polyzentrische Governancesysteme als durchaus effizient für die Bereitstellung von Allmendegütern erwiesen (*Ostrom* 2009, S. 16 ff.). Gerade auf dem äußerst komplexen und intransparenten Gesundheitsmarkt liegen einige Vorteile eines „Expertenmanagements“ auf der Hand. So etabliert die Governancestruktur der Selbstverwaltung eine sektorübergreifende Kommunikation, schafft langfristige und iterative Verknüpfungen der beteiligten Gruppen, organisiert ein Qualitätsmanagement für Ausbildung oder Zulassung oder liefert im Verbund mit der staatlichen Legislative Konfliktlösungsmechanismen.

Damit wäre das Spannungsfeld skizziert: Können wir auf die Expertise und die etablierte Kooperation der Selbstverwaltung vertrauen oder benöti-

¹ In 2014 betragen die Ausgaben der GKV (ohne private Zuzahlungen und ohne die Ausgaben der Pflegeversicherung) 205 Mrd. € (Bundesministerium für Gesundheit, März 2015).

² Betrachtet wird hier nur der Bereich der GKV und der korrespondierenden Ausgaben auf Leistungserbringerseite. Privat versichert sind in Deutschland lediglich etwa 10% der Bürger. Er ist zwar institutionell anders organisiert, bewegt sich aber im Fahrwasser des gesetzlich determinierten Marktes und unterliegt vergleichbaren Herausforderungen auf der Kostenseite – weniger durch Demographie, sondern durch die systemimmanenten Kostensteigerungen (Pharma, Medizintechnik) determiniert.

gen die anstehenden Reformen mehr externe Impulse, um sklerotische, Rentseeking begünstigende Strukturen zu überwinden?

B. Die gemeinsame Selbstverwaltung als „Mixtum Compositum“ (Wille)

Public Health ist im Sinne allgemeiner Gesundheitsversorgung in Deutschland nicht als Teil der Exekutive organisiert, sondern wird über die Sozialgesetzbücher nicht-staatlichen Organisationen übertragen. Insgesamt stellt sich das deutsche System als ein Nebeneinander aus staatlicher, korporatistischer und privater Koordination dar, mit einer klaren Dominanz des korporatistischen Elements der Selbstverwaltung (vgl. Abbildung 1).

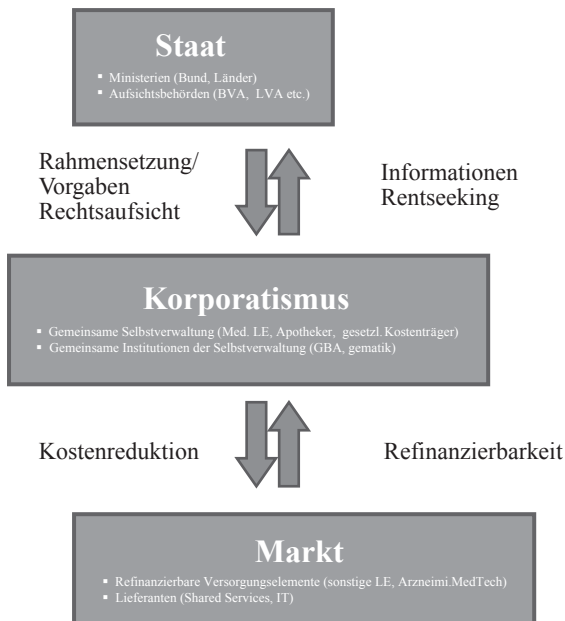


Abbildung 1: Zusammenspiel staatlicher, korporatistischer und marktlicher Koordination im deutschen Gesundheitswesen

Das Mixtum Compositum ist Resultat einer institutionellen Evolution. Über Jahrhunderte hinweg in Klöstern und Universitäten entwickelt, war vor allem in Preußen das militärische Umfeld ein Treiber für die Weiterentwicklung der Versorgung. Mit der Industrialisierung kamen eine „bürgerliche“ Medizin und die Arbeitsmedizin als Keimzellen für eine privatwirtschaftliche Erbringung medizinischer Dienstleistungen hinzu.

Ausgangspunkt für die heutige Ausprägung der Selbstverwaltung waren dann die Bismarckschen Sozialreformen. Die in der Folge immer mächtiger werdenden Sozialversicherungen setzten die Ärzteschaft durch selektives Kontrahieren unter Druck. Diese organisierten sich im Gegenzug vor allem über den Leipziger Bund, später Hartmann Bund, und schafften es, Themen wie die freie Arztwahl, die Zahlung von Einzelhonoraren und den Abschluss von Kollektivverträgen mit Streikes und Boykottaufrufen zu platzieren bis sie dann im Berliner Abkommen von 1913 verankert wurden. 1931 im Zuge der 4. Brüning'schen Notverordnung wurden dann die Kassenärztliche Vereinigung und damit die Gemeinsame Selbstverwaltung endgültig konstituiert, die ab 1951 dann mit Unterbrechung durch die Gleichschaltung im NS-Regime in der heutigen Verfasstheit wiederhergestellt wurde.

Die Selbstverwaltung agiert dabei innerhalb eines gesetzlichen Rahmens, der die Gesundheitsversorgung in Deutschland als eine im Vergleich üppig finanzierte Allmende Ressource konstituiert. Dies äußert sich in einem freien und de facto unbegrenzten Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen (Ausschlussprinzip außer Kraft gesetzt) und einer sich z. B. in langen Wartezeiten konkretisierenden Subtraktabilität. Vor diesem Hintergrund wird auch nachvollziehbar, dass die Versicherten sehr stark von der Angst geprägt sind, dass mit einer Reform die Rivalität in der Nutzung des Fonds auf der Seite der Leistungserbringer Überhand gewinnen könnte, weil das fehlende Ausschlussprinzip die Leistungsausgaben explodieren lässt.

Im Kern zeigt sich die Allmende allgemeine Gesundheitsversorgung in Deutschland stabil. Das deutsche Gesundheitssystem schafft es im internationalen Ranking der Industriestaaten weiterhin einen Platz im Mittelfeld einzunehmen, wenngleich in den letzten Jahren eine leicht absteigende Tendenz zu beobachten ist. Im Sinne einer polyzentrischen Steuerung vermag ein komplexes Set an Abgrenzungs- (z. B. Sektoren), Hierarchie- (z. B. Föderalismus aus KBV, regionalen KVen, Einzelverbände niedergelassener Ärzte), Auswahl- (Kollektive- vs. Selektivvertragsversorgung), Auszahlungs- (z. B. Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) für Niedergelassene, Fallpauschalen für Kliniken), Informations- (Arztgeheimnis vs. Versichertendaten) oder Informations- und Aggregationsregeln (z. B. KV Abrechnungen, Aufsicht durch das Bundesversicherungsamt, BVA) ein hohes Versorgungsniveau abzusichern. Im Geiste einer polyzentrischen Governance sind auch die sozialrechtlichen Kooperationsgebote nach § 4 Abs. 3 SGB V nachvollziehbar.

Gleichwohl ist die Janusköpfigkeit des Systems klar erkennbar. Die strukturalistische Agglomeration von Verbänden und deren Interessen blockiert systemimmanente Innovationen und Reformen. Gesetzliche Vorgaben wie etwa für die Einführung der Telematikinfrastruktur (2006 gem. § 291

SGB V) oder die telemedizinische Regelversorgung (gem. Versorgungstrukturgesetz 2013) werden schlicht ignoriert. Zentrale interne Vorhaben wie etwa die Erneuerung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) für Niedergelassene sind jahrelange Kraftakte, die einen Großteil der Beteiligten unzufrieden hinterlassen (vgl. anschaulich *Mihm* 2005). Ebenso achtet die ärztliche Seite strengstens darauf, dass kein Wettbewerb durch nichtärztliche Leistungserbringer entsteht und durch die Berufsordnung festgeschriebene Gebietsmonopole nicht durch neue Technologien wie Internetberatungen ausgehebelt werden. Monopolstabilisierend wirken auch die strengstens kontrollierten Sektorengrenzen innerhalb des ärztlichen Bereichs zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten. Vereinzelte Öffnungen (Medizinische Versorgungszentren, Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung) werden heftig umkämpft und bleiben allein schon wegen der unterschiedlichen Abrechnungsmethoden in den Sektoren (DRG-Fallpauschale für Kliniken, EBM-Ziffern für Niedergelassene) Inselphänomene mit begrenzter Relevanz.

Ebenso sorgt die starke Stellung der Selbstverwaltung dafür, dass bestimmte Kosten externalisiert und aus Sicht der Insider niedrig gehalten werden. Als Beispiele hierfür können die kartellrechtlich umstrittenen Rabattverträge der Kassen im Pharmabereich genommen werden oder aber die im Vergleich sehr niedrigen Lohnsteigerungen von Einkommensgruppen außerhalb der Kerninstitutionen (z. B. Pflegekräfte, Hebammen, Heilpraktiker, Physiotherapeuten) im Vergleich zu denen der Insider (z. B. Klinik-Mediziner).

Es zeigt sich, dass die selbstverwaltungsinternen Beziehungen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern zwar strukturell an die Sozialpartnerschaft von Arbeitgebern und Sektor-Gewerkschaften und damit einem bilateralen Monopol ähneln. Allerdings gibt es einen wesentlichen Unterschied: In den sozialpartnerschaftlich organisierten Bereichen existiert in aller Regel ein wettbewerbliches Korrektiv, welches die Verhandelnden langfristig auf einen effizienten und wettbewerblichen Pfad zwingt. Im Falle des Gesundheitswesens ist dieses Korrektiv stark abgeschwächt. Es gibt vielfältige Möglichkeiten, Kosten auf Externe abzuwälzen, sei es auf potenziell konkurrierende Leistungserbringer, industrielle Anbieter oder aber vor allen: auf die Beitragszahler, die im Zuge von Beitragserhöhungen Renten der Insider alimentieren.

C. Lösungsoptionen für die deutsche Gesundheitspolitik

Die strategischen gesundheitspolitischen Antworten liegen auf der Hand. In den vergangenen Jahrzehnten geübt ist die Anhebung der Beiträge der

Versicherten und/oder des steuerlich finanzierten Zuschuss des Bundes³. Praktisch alle Analysen, die sich mit den Auswirkungen des demographischen Wandels auf die gesetzlichen Krankenversicherungen befasst haben, sehen dies als unausweichlich an. Allerdings schwanken die Szenarien. *Werding et al.* (2011) gehen von etwa 3,5 % Erhöhung bis 2050 aus, andere wie *Raffelhüschchen* (2012) kalkulieren mit bis zu 15 % im gleichen Zeitraum. Ob diese Erhöhung in Form von höheren Beiträgen, höheren privaten Zuzahlungen oder stärkeren Steuerzuschüssen erfolgt, kann an dieser Stelle nicht vertieft werden.

Eine weitere, in den angelsächsischen oder nordischen Ländern bereits stärker praktizierte Lösungsoption ist die Priorisierung bzw. Rationierung auf der Leistungsangebotsseite (zur gesundheitspolitischen Debatte, vgl. *Montgomery* 2012). Wenngleich die Praxis der Rabattverträge im Bereich der pharmakologischen Produkte de facto eine Form der Rationierung darstellt, wird dieses Thema in der deutschen gesundheitspolitischen Debatte weiter tabuisiert. Die absehbare Entwicklung hin zu einer personalisierten Medizin in Verbindung mit innovativen, sehr hochpreisigen Therapien etwa im onkologischen Bereich wird diese Frage aber genauso zunehmend in die gesundheitspolitische Diskussion tragen wie etwa Aspekte der Endoprothetik oder Schrittmacher-Implantation in sehr späten Lebensphasen. Dies ist dann ebenfalls weniger Gegenstand institutionen-ökonomischer Überlegungen als vielmehr einer moralphilosophischen Erörterung (vgl. *Sen* 2009).

Im Gegensatz zu fiskalischen oder Angebotsmengen regulierenden Elementen weitgehend vernachlässigt ist bisher die Frage nach Ineffizienzen im System selbst. Dabei verspricht gerade dieses Feld aufgrund der Sektorisierung und der damit verbundenen Abschottung gegenüber Systemwettbewerb sowie den oft fehlenden Anreizen für Prozessinnovationen große Effizienzpotenziale.

D. Unausgeschöpfte Effizienz- und Wettbewerbspotenziale: Kein Markt wie jeder andere – Wettbewerbsvorteile selten gesucht

Tatsächlich weisen die ganz wenigen vorliegenden Untersuchungen auf erhebliche Ineffizienzen im System hin. So haben *Augursky et al.* (2009) erhebliche Potenziale allein aus der Glättung regionaler Abweichungen in den einzelnen Sektoren kalkuliert. Während in einem kompetitiven System

³ Die vergleichsweise stabilen Beiträge seit den 90er Jahren (Steigerung etwa 10 %) müssen zusammen mit dem sehr starken Anstieg des steuerfinanzierten Bundeszuschusses betrachtet werden, der von 2,5 Mrd. € in 2005 auf 14 Mrd. € in 2015 vervielfacht wurde.

c.p. eine Konvergenz der Preise erwartet werden kann, haben sich im deutschen Gesundheitssystem auf Länderebene erhebliche Unterschiede manifestiert. Diese regionalen Abweichungen bilden dabei weder unterschiedliche lokale Kosten noch Differenzen in der regionalen Wettbewerbsintensität ab, sie sind zuvorderst Ergebnis von Verhandlungen der jeweiligen Vertreter der Selbstverwaltungsorganisationen.

In ihrer Abschätzung gelangen *Augursky et al.* (2009, S. 51 ff.) zu Gesamteinsparpotenzialen von 5,4–9,5% der Ausgaben bzw. 0,56–0,99 Beitragspunkten auf Basis der 2007er Zahlen durch regionales Benchmarking. Auf die einzelnen Sektoren verteilt sich dies wie folgt:

- Stationär: 4,1–8,2%
- Ambulant: 5,1–9,4%
- Arzneimittel: 8,8–12,8%

Weitere Indikationen liefert eine Studie des Fraunhofer Instituts, dass sich mit den Potenzialen für eine Digitalisierung in den Sektoren Verkehr, Energie, Bildung, Verwaltung und Gesundheit befasst (*Fraunhofer ISI* 2012). Die Einsparpotenziale erweisen sich dabei im Gesundheitssektor als die größten (9,6 Mrd. € p.a. ab dem Jahr 2022), ebenso wie die potenziellen Wachstumsimpulse (2,6 Mrd. € p.a.). Allerdings kann auch dies nur eine allererste Indikation sein.

Anhaltspunkte für die Reserven im System liefern auch Vergleiche zwischen den wettbewerblichen Ausnahmebereichen und den unverändert an klassischen Verwaltungsstrukturen orientierten Bereichen. Zu diesen Ausnahmebereichen gehören die privaten Klinikbetreiber. Sie haben etwa sehr wohl starke Anreize, ihre Prozesse effizienter zu organisieren und in Kostensenkungen zu investieren, erhöht es doch unmittelbar ihre Marge. Wenig überraschend ist es daher, dass sich die Zahl der ganz überwiegend mit Gewinn erwirtschaftenden privaten Kliniken seit Beginn der 90er Jahren ungefähr verdoppelt hat, während die Häuser mit öffentlicher Trägerschaft sich fast halbiert haben⁴ und viele von ihnen weiterhin Defizite ausweisen. Hier ist somit ein normales wettbewerbliches Ausleseverfahren wirksam, dass zwar insgesamt zu einer Ökonomisierung des Systems führt aber ohne Indikationen für einen systematischen Qualitätsverlust auf Seiten privater Kliniken.

Ganz andere Anreize werden dagegen etwa bei den gesetzlichen Krankenversicherern wirksam. Sie verfügen über ein festgelegtes Jahresbudget für Verwaltungskosten. Eine signifikante Unterschreitung ist wie in jedem ka-

⁴ Der Anteil der öffentlichen Häuser ist von 1991 bis 2013 von 46% auf 29,9% zurückgegangen, während sich im gleichen Zeitraum der Anteil der privaten Träger von 14,8% auf 34,8% erhöht hat (Quelle: Statistisches Bundesamt).

meralistischen System eher schädlich. Eine Investition in neue Prozesse oder Tools erhöht dagegen die Gefahr einer temporären Überschreitung des Budgets, da zusätzliche Kosten im Investitionszeitraum anfallen, die nicht in den Budgets abgebildet sind. Zudem führt ein mittelfristiger Abbau des Personals zugunsten kapitalintensiverer Serviceprozesse absehbar zu Auseinandersetzungen mit den einflussreichen Sozialpartnern.

Ebenso sind die gesetzlichen Versicherer stark eingeschränkt, Versorgungsinnovationen bestimmten Leistungserbringern exklusiv zur Verfügung zu stellen. In einem stärker wettbewerblichen System könnte eine Kasse versuchen, sich durch eine bessere Versorgung in Zusammenarbeit mit „ihren“ Ärzten zu differenzieren. Sie könnte etwa in bestimmte Diagnosetools investieren und den Ärzten zur Verfügung stellen, damit die Versorgungsqualität erhöht wird. Stand heute kann dieser Differenzierungsvorteil jedoch nicht ausgespielt werden, weil ein solches Tool auch Anwendung finden müsste für die Versorgung der Mitglieder anderer gesetzlicher Versicherungen. Anders als etwa im Pharmabereich, wo temporärer Patentschutz die Innovationsanreize verstärkt, sind diese bei den Versicherungen nicht vorhanden. Differenzierung auf der Ebene der gesetzlichen Versicherer beschränkt sich daher ganz wesentlich auf Marketing-Kommunikation und greift nicht systematisch auf der Angebotsseite. Tatsächlich ist der Leistungskatalog der GKV über die Selbstverwaltungsinstitution des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) weitestgehend vereinheitlicht – ebenso wie die Beitragsseite. Möglichkeiten zur Differenzierung sind in Form von Satzungsleitungen (Angebot) oder Rückerstattungen bzw. Zusatzbeiträgen (Finanzierung) nur sehr eingeschränkt vorhanden.

Die engmaschige Regulierung – in den Sozialgesetzen werden z.T. Preise für Arztbriefe festgelegt oder Formulare beschrieben – blockiert insgesamt Produkt- und Serviceinnovation, weil für die In-Verkehrsbringung aufwändige, oft intransparente Genehmigungsverfahren durchlaufen oder gar Gesetze bzw. Berufsordnungen geändert werden müssen. So sind etwa telekonsiliarische Versorgung durch das sogenannte Fernbehandlungsverbot in der ärztlichen Berufsordnung stark eingeschränkt.

Innovationen sind in dem Gesundheitssystem wie auf anderen Märkten auch mit starken Umverteilungseffekten verbunden. Systemimmanente Innovationen wie die Erbringung von ärztlichen Leistungen in Form von Selektivverträgen setzen deshalb eine „Bereinigung“ des Volumens der kollektivvertraglichen Erstattung voraus. Diese Bereinigung wiederum zieht sich über einen längeren Zeitraum hinweg. Sie ist aufgrund der Komplexität des Systems in ihren Ergebnissen nicht klar vorhersehbar und birgt so ein erhebliches Risiko für den an der Selektivversorgung teilnehmenden Arzt. Die Bereinigungsthematik ist nur eines von vielen Instrumenten, die in dem

politischen System der Preisfindung in der Gemeinsamen Selbstverwaltung die Durchsetzungskosten für eine Innovation dramatisch in die Höhe treiben (*Monopolkommission* 2009, S. 380 f., *Sachverständigenrat* 2012, Rdnr. 192–202).

E. Wettbewerbsimpulse im vorhandenen Anreizsystem der Selbstverwaltung

Die Anreizinkompatibilität des selbstverwaltungsgestützten Systems im Hinblick auf Innovation und Wettbewerb wirft unmittelbar die Frage nach einem veränderten institutionellen Arrangement auf. Als Referenzpunkte können zum einen die stärker verstaatlichten Systeme in den nordischen Staaten oder Großbritannien herangezogen werden. In der Tat haben diese bezüglich einer Reihe von Reformthemen (Priorisierung, Intersektorale Versorgungsnetze, Digitalisierung) eine deutlich fortgeschrittenere Bilanz aufzuweisen. Für Deutschland wird ein solcher Systemwechsel hin zu einer zentralen, staatlich gelenkten und steuerfinanzierten Gesundheitsversorgung unter Einbeziehung der Leistungserbringer zurzeit nicht diskutiert. Auch Überlegungen zur Abschaffung der privaten Krankenversicherung sind wieder in den Hintergrund gerückt.

Ebenso gehört auch der entgegengesetzte Ansatz – eine wesentlich konsequentere Privatisierung – derzeit nicht zum Optionenraum der deutschen Gesundheitspolitik. Trotz der beachtlichen Erfolge der Krankenhausprivatisierungen sind kommunale, konfessionelle und universitäre Träger weiterhin deutlich in der Mehrheit. Noch schwerer tun sich die privaten Versicherer aufgrund der Prämienanstiege in den letzten Jahren Marktanteile von den gesetzlichen Versicherern bezogen auf die Grundversorgung zu gewinnen. Eine umfassende Privatisierung ähnlich dem Schweizer Modell, wie sie etwa *Eekhoff et al.* (2008) durchdenken, findet ebenso keine Resonanz in der politischen Diskussion.

Solche ordnungspolitischen Gedankenspiele sind auch wenig effektiv – gerade weil die Governance der Selbstverwaltung eine expertendominierte Struktur aufweist – ökonomische Argumente wirksam in die laufenden Reformdiskussionen zu bringen. Der im Folgenden gewählte Ansatz setzt vielmehr auf eine stärker durch Wettbewerbsimpulse indizierte Reformwilligkeit und Disziplin der Insider der Selbstverwaltung. Im Folgenden werden einzelne solcher Impulse vorgestellt.

Patient Empowerment durch effektive Selektivverträge

Der Anreiz für die Versicherten, den Anbieter zu wechseln, ist aufgrund des einheitlichen Beitragssatzes und des weit überwiegend identischen Erstattungsumfangs minimal. Wettbewerbselemente wie der Zusatzbeitrag verfehlen deshalb eine nachhaltige systemische Wirkung. Dies wird sich erst ändern, wenn die Beitrags- durch eine wahrnehmbare Versorgungsdifferenzierung ergänzt wird (Oberender/Zerth 2013, S. 4 f.).

Deshalb ist es erforderlich, dass neben dem einheitlichen Leistungskatalog der Kollektivversorgung selektivvertragliche Elemente verstärkt werden (Sachverständigenrat 2012, Kap. 7). Eine konsequente Weiterentwicklung des Gedankens skizziert Mehl (2013). Hierbei wird neben dem heutigen und weiter bestehenden Kollektivvertragssystem ein gleichberechtigtes Selektivvertragssystem gestellt. Die Versicherer müssen beides anbieten und unterliegen dem Kontrahierungszwang, um eine adverse Selektion zu verhindern. Konsequenz zu Ende gedacht bekommt dabei der Versicherte einen risikoadjustierten „Finanzierungsrucksack“, den er wahlweise in das kollektiv- oder selektivvertragliche System einbringt.

Begleitet werden muss ein solches System von einer veränderten Regulierungspraxis. Bisher scheitert eine stärkere Verbreitung von Selektivverträgen auch an einer restriktiven und intransparenten Regulierungspraxis des BVA. Die Genehmigungsverfahren dauern in der Regel deutlich länger als ein halbes Jahr und sind weder transparent noch wirksam vor Gericht anfechtbar. Dabei ist es wenig nachvollziehbar, warum eine vertragliche Vereinbarung zwischen Kostenträgern und einer Gruppe von Leistungserbringern mit der Absicht einer – durch Evaluation abgesicherten – Versorgungsverbesserung überhaupt einer strikten Aufsicht bedarf, weil die Anreize von beiden Seiten gleichgerichtet sind. Im Sinne einer polyzentrischen Governance wäre eine ordnungs- und haftungsrechtliche Basisabsicherung ausreichend.

Das bisher einzige nachhaltig erfolgreiche Beispiel für Selektivverträge ist die Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V. Die Teilnahme von Ärzten und Patienten ist freiwillig und unterliegt separaten Einschreibungen. Nach vorsichtigen, teils umstrittenen Verfahren, wurde nach und nach politisch nachgebessert, um eine nachhaltige Entwicklung der Verträge zu ermöglichen. So wurde die Weigerung der Krankenversicherer durch Kontrahierungszwang und eine Schiedsautomatik bei Nichteinigung überwunden. Weiterhin wurde die Bereinigungsproblematik (Monopolkommission 2009, S. 380–387) mittlerweile gesetzgeberisch entschärft, so dass Einkommensunsicherheiten bei den teilnehmenden Ärzten reduziert wurden. Auf eine Doppelabrechnung, wie sie der Sachverständigenrat (2012, Rdnr. 203 ff.) vorschlägt, konnte dabei verzichtet werden.

Überhaupt ist die Durchsetzung der hausarztzentrierten Versorgung illustrativ dafür, wie in dem heutigen System der Selbstverwaltung Wettbewerb implementiert werden kann. Auf der einen Seite steht die gemeinsame gesundheitspolitische Idee, den Hausarzt als Lotsen eine erweiterte Funktion zu geben, wie sie sich in einer Reihe von anderen OECD-Ländern bewährt hat. Auf der anderen Seite steht eine im Vergleich zu den deutlich besser vergüteten Fachärzten unzufriedene Gruppe innerhalb der Selbstverwaltung, die von politischen Unternehmern geleitet und von permanenten Nachbesserungen auf legislativer Seite unterstützt gegen den Widerstand von Kassenärztlichen Vereinigungen und Kostenträgern eine Konkurrenz zu dem kollektivvertraglichen System etabliert.

Überwindung der Sektorengrenzen bei den Leistungserbringern durch integrierte Versorgungsmodelle und verstärkten Einsatz von nichtärztlichen Berufsgruppen

Die Verfestigung der Sektorengrenzen insbesondere zwischen stationärer und ambulanter Versorgung fördert partikularinteressen geleitete Optimierungen zulasten des Gesamtsystems (ausführlich: *Porter/Guth* 2012). Virulent wird die sektorale Isolierung besonders bei hochkomplexen Krankheiten wie in der Onkologie, wo die Versorgung durch die Kliniken, durch hochspezialisierte Fachärzte, Hausärzte und weitere nicht verkammerte Pflegeberufe koordiniert werden muss bzw. sich überlappende Zuständigkeiten ergeben.

Gegensteuern könnte auch hier ein Ausbrechen aus dem heutigen kollektivvertraglichen Korsett. Mit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gemäß § 116 SGB V ist ein sektorübergreifendes Konstrukt geschaffen worden, das gemischte Teams aus Klinik- und niedergelassenen Ärzten für die gemeinsame Versorgung und Leistungserstattung zwingend im Unterschied zu der bisherigen, stationären ASV vorschreibt (vgl. grundlegend: *Sachverständigenrat* 2012, Rdnr. 144–166). Angestrebt wird ein eigener, zusätzlicher dritter Sektor an der Schnittstelle von ambulanter und stationärer Versorgung.

Anders als bei den Hausarztverträgen ist hierbei jedoch keine effektive Organisation zu finden, die sich als (standes-)politischer Unternehmer dem Widerstand innerhalb des kollektivvertraglichen Systems entgegenstellt. Entsprechend schleppend verläuft die Etablierung der reformierten ASV-Versorgung. Die konsensuale Findung von ASV-Indikationen im Gemeinsamen Bundesausschuss kommt nur sehr langsam voran. Der Anreiz der gesetzlichen Versicherer ist nur gering, werden aus ihrer Sicht doch nur Budgets verschoben und die Abrechnung komplexer. Ebenso sind die Hürden der notwendigen Bereinigung und einer nachhaltig vereinfachten Abrechnung noch

nicht systematisch angegangen worden. Es zeigt sich, dass eine überzeugende politische Idee alleine nicht genügt, sondern die Selbstverwaltung in Ermangelung klarer Vorgaben und Sanktionen eine Umsetzung erschwert bzw. im Extremfall sogar zum Erliegen kommen lassen kann.

Ähnlich schwierig gestaltet sich die stärkere Einbeziehung nichtärztlicher Berufe in die Leistungserbringung, wie sie in anderen OECD-Ländern üblich ist und für viele Deutsche in der ehemaligen DDR bewährte Praxis darstellte. Im Gegenteil: Unter dem zunehmenden budgetären Druck der vergangenen Jahre hat die bestehende Hierarchie in den Gesundheitsberufen zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringern dazu geführt, dass Pflegepersonal in den Krankenhäusern abgebaut wurde und die Lohnentwicklung bei den Pflegeberufen weit hinter der der Ärzte trotz gegenläufiger Produktivitätstendenzen zurückblieb.

Dem entgegen wirken könnte die Möglichkeit der Substitution von ärztlichen durch pflegerische Leistungen (*Knieps* 2013). Im Bereich der Versorgung von chronischen Wunden, mit mehr als einer Million längerfristig zu versorgenden Patienten in Deutschland ein erheblicher Faktor, wurde dies intensiv diskutiert – um dann schließlich unter dem Druck der Insider wieder entscheidend abgeschwächt zu werden. Übrig geblieben sind als kleiner Schritt in diese Richtung verstärkte Delegationsmöglichkeiten. Hierbei werden bestimmte medizinische Tätigkeiten, die heute dem Arzt vorbehalten sind, an ein nichtärztliches Teammitglied delegiert. Dieses Instrument ändert allerdings nichts Grundlegendes an der Stellung des Arztes, sondern schafft lediglich bessere Voraussetzungen bestimmte Dienste effektiver arbeitsteilig zu organisieren.

Mehr Innovationsdynamik durch digitale Vernetzung?

Durch die Digitalisierung von Geschäftsmodellen ist in jüngster Vergangenheit der Wettbewerb in einer Reihe von Sektoren – Kommunikation, Musik, Film, Logistik, Taxigewerbe – deutlich intensiviert worden. Die erheblichen Potenziale, die die Digitalisierung auch im Gesundheitswesen entfalten kann, werden dem Grunde nach nicht angezweifelt. Im Gegenteil: Allgemein werden die Digitalisierungsdividenden im Gesundheitssektor als besonders vielversprechend eingestuft, da nicht zuletzt auch der medizinischer Fortschritt selbst im Zuge der Genomsequenzierung ganz wesentlich auf der Nutzung von Daten aufbauen wird (*Fasano* 2013).

Der bremsende Einfluss des selbstverwalteten Systems auf die Digitalisierung kann dabei an verschiedenen Beispielen aufgezeigt werden, bei denen Deutschland mittlerweile im Vergleich zu fast allen anderen OECD-Ländern deutlich ins Hintertreffen geraten ist:

– Basisvernetzung durch die Telematikinfrastruktur:

Die Prozesskosten im Gesundheitsbereich betragen heute noch ein Vielfaches von dem vergleichbarer Industrieprozesse. Es besteht deshalb weitestgehend Konsens, dass die vielfachen Medienbrüche in den Versorgungsprozessen überwunden werden müssen. Voraussetzung ist aber ein so sicherer wie ungestörter, von „Letzte-Meile-Problemen“ durch proprietäre IT-Systeme befreiter Datenaustausch zwischen den Sektoren.

Der Lösungsansatz der deutschen Gesundheitspolitik ist dabei die Einführung der bundeseinheitlichen Telematikinfrastruktur mit der elektronischen Gesundheitskarte als zentrales Element. Diese wurde 2005 legislativ auf den Weg gebracht, ist aber 2015 immer noch nicht etabliert. Warum verläuft der Prozess derart schleppend? Verantwortliche Institution bei der Umsetzung ist die gematik – eine Einrichtung der gemeinsamen Selbstverwaltung. Mittlerweile haben die Kassenärztlichen Vereinigungen als mitbestimmender Gesellschafter der gematik eigene Parallelstrukturen aufgebaut, die durch die IT entwertet würden. Zudem haben die gesetzlichen Versicherungen als der andere Teil der Gesellschafter überwiegend mit Finanzierungsengpässen zu kämpfen und haben ebenso wenig Interesse an einer Einführung.

– Telemedizin als unterstützende Technologie:

Auch bei dem Thema Telemedizin herrscht mittlerweile kein Dissens mehr über die Sinnhaftigkeit des Einsatzes. Gerade bei den zunehmenden Versorgungsengpässen in strukturschwachen Gebieten ist dies offenkundig. Dieser Logik folgend ist als Lösungsansatz im Versorgungsstrukturgesetz von 2013 verankert worden, dass telemedizinische Leistungen bis 2014 in die Regelversorgung überführt werden sollen. Erneut wurde die Verantwortung der Gemeinsamen Selbstverwaltung, konkret dem Bewertungsausschuss, übertragen. Wie auch im Falle der Telematikinfrastruktur ist die Frist ergebnislos verstrichen. Auch hier scheinen naheliegende Interessen der jeweiligen Interessenvertreter im Ergebnis die Oberhand zu behalten. So befürchtet das GKV-Lager eine unkontrollierte Mengenausweitung bei Aufnahmen neuer Leistungen in die Regelversorgung und die KBV bzw. die KVn sehen Konkurrenz durch Managementgesellschaften und Kliniken heraufziehen.

– Digitalisierte Prozesse:

Etwa 30 Mrd. € betragen die jährlichen Ausgaben für sog. sonstige Leistungserbringer (vor allem: Hilfsmittel, Heilmittel, Häusliche Krankenpflege, Zahnersatz) mit sehr komplexen Genehmigungs- und Abrechnungskosten. Hier schlummern erhebliche Rationalisierungspotenziale, die in anderen, wettbewerblichen Industrien längst gehoben wurden. Unterstellt man konservativ Einsparpotenziale von etwa 5%, so ergibt sich demnach ein Betrag von 1,5 Mrd. € p.a.

In diesem Falle liegt die Umsetzung im Wesentlichen bei den gesetzlichen Krankenversicherungen. Die Anreize zur Hebung der Potenziale erweisen sich aber erneut als schwach: Die gesetzlichen Versicherer haben kein Konzept zum Umgang mit Beschäftigungslosigkeit der bisherigen Mitarbeiter, die betroffenen Fachabteilungen fürchten Transparenz und Machtverlust. Gleichzeitig befürchten die hausinternen IT-Abteilungen die Konkurrenz durch innovative externe Dienstleister.

Konsequente Anwendung des Allgemeinen Wettbewerbsrechts

Angesichts der skizzierten Anreizstrukturen und den damit verbundenen Möglichkeiten einer Kartellbildung überrascht es, dass weite Teile des Gesundheitswesens von der Anwendung des Wettbewerbsrechts ausgenommen sind. Ausgerechnet dort, wo Kontrahierungszwang zwischen gesetzlichen Versicherern und Leistungserbringern besteht, unterliegt die Bündelung von Einkaufsmacht auf GKV-Seite nicht unter der Kartellaufsicht. Ebenso sind die gesetzlichen Versicherer in ihren Beziehungen untereinander von der Wettbewerbsaufsicht befreit. Ausdrücklich verboten sind allerdings nach § 69 SGB V Absprachen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern zu Lasten Dritter (Jankowski 2014, S. 36 f.).

Einer Anwendung des Wettbewerbsrechts entgegen stehen auch nicht die Kooperationsgebote zwischen den Akteuren der Selbstverwaltung nach § 4 Abs. 3 SGB V. So wird argumentiert, eine wettbewerbliche Aufsicht der Beziehungen der gesetzlichen Versicherer würde effektive Vorsorgeprogramme verhindern, da diese oft einer Absprache zwischen den Versicherern bedarf. Dabei wird jedoch übersehen, dass in diesen Fällen die Ausnahmetatbestände nach § 2 GWB zur Anwendung kommen können, die unter bestimmten Bedingungen gemeinwohlfördernde Abreden für zulässig erklären (Jankowski 2014, S. 43 f.).

Eine Ausweitung der wettbewerbsrechtlichen Aufsicht auf alle Bereiche des Gesundheitswesens und sämtliche Aktivitäten der Akteure der Selbstverwaltung ist vielmehr eine gebotene Ergänzung des gesundheitspolitischen Ordnungsrahmens. Dort, wo Outsider aus der Industrie Gefahr laufen, von den Insidern der Selbstverwaltung übervorteilt zu werden, könnte die Kartellaufsicht für mehr „Waffengleichheit“ sorgen (Burholt 2015). Eine Aufsicht hinsichtlich möglicher Absprachen bei der Beitragserhebung sichert den Wettbewerb der gesetzlichen Versicherer untereinander stärker ab. Und dort, wo zu Lasten potenziell konkurrierender Leistungserbringer, Versicherer und einzelne Leistungserbringer sich abschotten, vermag das Kartellrecht bereits heute effektiv einzugreifen (Bundeskartellamt B3 – 11/13-2). Eines eigenen „Gesundheitswettbewerbsrechts“ (Stupparth 2010, S. 13) bedarf es somit nicht.

F. Schlussfolgerungen

In der heutigen Diskussion laufen gesundheits- und wirtschaftspolitisch geprägte Vorschläge praktisch unberührt nebeneinander her. Ökonomen fällt es schwer, sich auf die institutionellen und nationalen Spezifika des Gesundheitswesens einzulassen. Gesundheitspolitikern wiederum hilft das gängige Abstraktionsniveau ordnungsökonomischer Erörterungen in ihrem Kontext nur sehr bedingt. Der vorgelegte Ansatz hat deshalb versucht, vor dem Hintergrund einer polyzentrischen Governance für die Gesundheitsvorsorge eine evolutorische Reformperspektive zu entwickeln.

Die Analyse hat gezeigt, dass von der Kerninstitution des deutschen Gesundheitssektors – der Gemeinsamen Selbstverwaltung – zwar nicht ohne weiteres die dringend erforderlichen Reformimpulse erwartet werden können. Hierzu ist sie viel zu sehr selbst Akteur und droht an Besitzstand zu verlieren. Andererseits kann es aber mit wenigen ordnungsrechtlichen und -politischen Weichenstellungen gelingen, dem System deutlich mehr konstruktive Wettbewerbsdynamik zu injizieren. Gefragt sind vor allem Regeln, die informierte Patienten in die Lage versetzen, mit und ohne Zustimmung ihres Arztes eine größere Wahlfreiheit bei den Versorgungsformen auszuüben. Erforderlich ist auch eine durchgreifende Rahmensetzung zur intelligenten Implementierung von institutioneller Konkurrenz in Form von neuen Versorgungsformen bzw. Leistungserbringung. Begleitet werden sollte dies durch die Nutzung von Digitalisierungspotenzialen und der Übertragung der Funktion des „Wettbewerbshüters“ an die allgemeine Wettbewerbsaufsicht. Behauptungen, das Gesundheitswesen sei auch in Bezug auf die Wettbewerbsaufsicht anders zu behandeln als andere Sektoren, sind nicht haltbar.

Literatur

- Augursky, Boris/Tauchmann, Harald/Werblow, Andreas/Felder, Stefan* (2009), Effizienzreserven im Gesundheitswesen, RWI-Materialien – Heft 49.
- Bundeskartellamt* (2013), 3. Beschlussabteilung B3-11/13-2, Ärztegenossenschaft Brandenburg e.G. vs AOK Nordost und Dr. Thomas Pälitsch.
- Burholt, Christian* (2015), „Waffengleichheit“ im Gesundheitskartellrecht!“, *Wirtschaft und Wettbewerb*, Jg. 55, H. 7, S. 659.
- Eekhoff, Johann/Bünnagel, Vera/Kochskämper, Susanne/Menzel, Kai* (2008), *Bürgerprivatversicherung: Ein neuer Weg im Gesundheitswesen*, Mohr Siebeck.
- Fasano, Philip* (2013), *Transforming Healthcare*, Wiley, Hoboken/New Jersey.
- Fraunhofer ISI* (2012), *Gesamtwirtschaftliche Potenziale intelligenter Netze in Deutschland*, Studie für den bitkom, Berlin.

- Jankowski*, Markus (2014), Wettbewerb und Kartellrecht in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Eekhoff, Tholen/Roth, Steffen J. (Hrsg.): Grenzgänge zwischen Wirtschaftswissenschaft und Wirtschaftspolitik, Luscus, Stuttgart, S. 35–46.
- Knieps*, Franz (2013), „Das Gesundheitssystem im Wandel – Herausforderungen und Reformnotwendigkeiten für die kommende Legislaturperiode“, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 8, Heft 2–3, S. 9–13.
- Mehl*, Eberhard (2013), „Der Entwurf eines solidarischen Systemwettbewerbs – eine funktionale Integrationsversorgung braucht neue gesetzliche Regelungen“, Arbeitspapier der G21 Arbeitsgruppe, Berlin, unveröffentlicht.
- Mihm*, Andreas (2005), Neuer Honorarraumen verunsichert Kassenärzte, F.A.Z. 01.04.2005, Jg. 75, S. 14.
- Monopolkommission* (2009), Perspektiven für mehr Wettbewerb und Effizienz in der gesetzlichen Krankenversicherung, Hauptgutachten XVIII – Kapitel VI, Deutscher Bundestag – 17. Wahlperiode, Drucksache 17/2600; S. 359–405.
- Montgomery*, Frank Ulrich (2012), Priorisierung ärztlicher Leistungen – notwendig oder überflüssig?, Vortrag Bundesärztekammer, gerechte-gesundheit.de
- Oberender*, Peter/Zerth, Jürgen (2013), „Reform des Gesundheitssystems: Kommt die Einheitskasse?“, ifo-schnelldienst, 66. Jg. Heft 19, S. 3–8.
- Ostrom*, Elinor (2009), Beyond markets and states: polycentric governance and complex economic systems, Price Lecture, Workshop in Political Theory and Policy Analysis, Indiana University, Bloomington, IN 47408, and Center for the Study of Institutional Diversity, Arizona State University, Tempe, AZ, USA.
- Porter*, Michael E./Guth, Clemens (2012), Redefining German Healthcare – Moving to a Value-Based System, Heidelberg.
- Raffelhüschen*, Bernd (2012), Das Gesundheitswesen von morgen: Wie viel Markt ist notwendig, wie viel Markt ist möglich?, Impulsvortrag im Rahmen der Tagung Gesundheits und Marktwirtschaft – ein Widerspruch in sich? der Stiftung Marktwirtschaft am 23.12. im Deutschen Bundestag, Berlin.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen* (2012), Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung, Deutscher Bundestag Drucksache 17/10323.
- Sen*, Amartya (2009), The Idea of Justice, Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Stuppardt*, Rolf (2010), Konkurrenz belebt das Geschäft – Das Getöse ums Kartellrecht ist weniger eine intellektuelle Herausforderung als vielmehr eine Machtfraße, in: Forum für Gesundheitspolitik 5/10, S. 11–14.
- Werdning*, Martin (2011), Demographie und öffentliche Haushalte – Simulationen zur langfristigen Tragfähigkeit der gesamtstaatlichen Finanzpolitik in Deutschland, Arbeitspapier 03/2011, Ruhr-Universität Bochum, CESifo.

Autorenverzeichnis

Prof. Dr. *Justus Haucap*, Düsseldorf Institute for Competition Economics (DICE),
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Dr. *Thomas Jendges*, Geschäftsführer der Regionalen Gesundheitsholding Heilbronn-
Franken GmbH/SLK-Kliniken Heilbronn GmbH, Heilbronn

Prof. Dr. *Björn A. Kuchinke*, Professur Medienökonomik, Bauhaus-Universität Wei-
mar

Dr. *Axel Wehmeier*, Sprecher der Geschäftsführung, Telekom Healthcare Solutions

Prof. Dr. *Jürgen Zerth*, Forschungsinstitut IDC, Wilhelm Löhe Hochschule Fürth