

## 4 Perspektiven des Wettbewerbs im Krankenhaussektor

*Bernt-Peter Robra, Enno Swart, Stefan Felder*



### 4.1 Einleitung

Wettbewerb wird auch im Krankenhaussektor als Mittel angesehen, das Leistungsangebot stärker an den Präferenzen der Patienten auszurichten, die Qualität der Leistungen zu erhöhen, die Kosten zu senken und die Mittelzuteilung fairer zu gestalten (Greenberg 1998, Mörsch 2002). In der Tat lassen Krankenhausbetriebsvergleiche Rationalisierungsmöglichkeiten („slack“) erkennen (Litsch und Sahlmüller 2000, Schmitt und Felder 2001), die durch wettbewerbliche Rahmenbedingungen mobilisiert werden könnten. Auch kann der Wettbewerb, der den Krankenkassen in ihrer letzten Organisationsreform verordnet wurde, aus ordnungspolitischen Gründen nicht ohne systematische Entsprechung auf Seiten der Leistungsanbieter bleiben. Auf Seiten der Versicherten gehört zur Finanzierungs- und Steuerungsdebatte im Gesundheitswesen eine Neutarierung von Solidarität und Eigenverantwortung. Stärkere Eigenverantwortung setzt mehr Wahlfreiheit voraus und damit Vorrang für wettbewerbliche Entwicklungen. Aus der wirkungsorientierten Verwaltungsreform („new public management“) kommen weitere Anstöße für eine stärker unternehmerische Ausrichtung der öffentlichen und frei gemeinnützigen Krankenhäuser. Immer mehr Krankenhäuser haben Erfahrungen mit der Ausschreibung von Teilleistungen oder der Gründung von Sub-Unternehmen und damit mit der Ordnungs- und Steuerungsfunktion des Wettbewerbs. Die Grenzen der staatlichen Bettenplanung schließlich rechtfertigen eine Suche nach alternativen Allokationsverfahren. Denn die Planung basiert trotz der offiziellen Bedarfsrhetorik kaum auf unabhängigen, empirisch fundierten und bevölkerungsbezogenen Bedarfsfeststellungen, sondern es handelt sich um ein nicht-preisliches Rationierungsverfahren und einen politischen Aushandlungsprozess im korporatistischen Krankenhausplanungsausschuss. Die DRG-Einführung schwächt die Legitimation dieser Kapazitätsplanung weiter.

Andererseits ändert mehr Wettbewerb per se zunächst nichts an strukturellen Gründen des Marktversagens bei der Absicherung der finanziellen Risiken einer Erkrankung und im Angebot medizinischer Leistungen im Gesundheitswesen (Informationsasymmetrien, Expertendominanz, geringe Transparenz etc.). Zumindest die Finanzierung und Sicherstellung eines Grundniveaus der Krankenversorgung wird in Deutschland als soziales Recht angesehen, das über öffentliche Leistungen für jedermann in gleicher Weise sozialstaatlich zu sichern ist (deswegen „gesetzliche“ Krankenversicherung), weniger als ein Problem, das unter minimaler staatlicher Regulation – etwa einer elementaren Versicherungspflicht – durch (private) Versicherungsmärkte gelöst werden kann. Skeptiker befürchten, dass eine mit Wettbewerb einhergehende Dominanz der Kosten als Erfolgsmaß alle drei sozialen Aspekte des Gesundheitswesens (Krankenversorgung, Lehre, Forschung) negativ beeinträchtigt. Der deutsche Korporatismus mit seiner Tradition einheitlicher und gemeinsamer Vorgehensweisen signalisiert zudem keine gute organisatorische Grundlage für eine kompetitive Preis-, Leistungs- oder Qualitätsgestaltung. Ausländische Erfahrungen mit einer Förderung von Wettbewerbselementen im Gesundheitswesen sind zumindest heterogen, an vielen Stellen haben sich Erwartungen nicht erfüllt und organisatorische Schritte mussten zurückgenommen werden

(Allen 2002, Andersen et al. 2001, Axelsson 2000, Groenewegen und Gress 2000, Gross et al. 2001, Lieverdink 2001, Light 2001, Rosenau 2001).

Wenn man Wettbewerbselemente im Gesundheitswesen fördern will, erscheint es sinnvoll, dies bevorzugt bei der dominanten, professionell geleiteten und quantitativ überschaubaren Institution „Krankenhaus“ zu tun. Erwartungen an die Wirkungen des Wettbewerbs im Krankenhaus-Sektor werden aber relativiert, wenn man Art und Umfang der Wettbewerbsparameter, seine Voraussetzungen und Nebenwirkungen berücksichtigt.

## 4.2 Parameter des Wettbewerbs: Preis, Qualität und Menge

Der Wettbewerb im Gesundheitswesen kann primär dem Preis und der Qualität der angebotenen Leistungen dienen. Trotz prospektiver Vereinbarungen und der gesetzlich vorgegebenen Budgetierung wirkt bei den derzeitigen Preisen im stationären Sektor noch das alte Selbstkostendeckungsprinzip nach. Defizitausgleiche und Subventionen kommunaler Krankenhäuser durch ihre öffentlichen Träger werden inzwischen als unzulässige Beihilfen nach Europarecht angesehen (Clade 2002). Fallpauschalen und Sonderentgelte sowie die neuen DRGs führen als Festpreis-System zu Rationalisierungsdruck bei einem Teil der Krankenhäuser, aber nicht zu Preiswettbewerb (eine mögliche Ausgestaltung der DRGs als Höchstpreise hat die Selbstverwaltung nicht gewählt). Festpreise gehen typischerweise mit Ineffizienz einher. Es bleibt abzuwarten, ob die Vertragspartner z. B. über Mengenrabatte und Qualitätsprämien noch zu einer flexibleren Preisgestaltung kommen werden. Von kassenspezifischen Ausschreibungspreisen, die am ehesten zu Wettbewerb der stationären Leistungserbringer beitragen würden, ist das Gesundheitswesen offensichtlich weit entfernt.

Wegen des sehr hohen Personalkostenanteils im Krankenhaus wird Preiswettbewerb sich flexibilisierend auf Tarif und Qualifikationsstruktur des Personals und damit auf die mögliche Qualität (Needleman et al. 2002) auswirken. Es muss aber nicht nur zu Absenkungen kommen. Zentrale Leistungsträger und knapp verfügbare Spezialisten könnten Gehaltssteigerungen und/oder verbesserte Arbeitsbedingungen durchsetzen. Beziehungen zwischen Preis und Qualität medizinischer Leistungen sind insgesamt nicht nur in eine Richtung möglich (siehe Tabelle 4-1).

### Tabelle 4-1: Bidirektionaler Zusammenhang zwischen Preis und Qualität

Unter die Qualitätsparameter zu subsumieren sind neben dem Ergebnis der Behandlung die Erreichbarkeit (im Sinne einer wohnortnahen flächendeckenden Versorgung) und eine zeitgerechte Aufnahmefähigkeit der Einrichtungen sowie die Verzahnung der Dienste (Überweisungen, Nachsorge).

Unter Wettbewerbsbedingungen führt die freie Wahl der Leistungserbringer für die Versicherten (ohne dass letztere notwendig auch Gebrauch davon machen) im Allgemeinen zu optimalen Preis-Qualitäts-Paaren. Da aber aufgrund der Versicherungsdeckung die Patienten nicht für den Preis der medizinischen Leistungen aufkommen, ist nicht sichergestellt, dass die Allokation tatsächlich effizient ist. Auch in der sektorübergreifenden Koordination der Leistungen kommt es zu Fehlallokationen. Auf der Systemebene ist zu fragen, ob der Wettbewerb die Innovationsfähigkeit (Technologieeinsatz, Diffusion von Innovationen) fördert. Zu welchen Gleichgewichten forcierter Wettbewerb deutscher Krankenhäuser letztlich führt, ist offen.

Qualitätswettbewerb findet zwar über Mundpropaganda statt. Ein strategischer Wettbewerbsparameter zwischen Vertragspartnern wird Qualität jedoch erst, wenn Transparenz vorliegt (riskoad-

justierte Qualitätsparameter, vgl. Dudley et al. 1998) und Qualität honoriert wird. Die Honorierung kann im Preis, in der vertraglich zugestandenen Menge und der Reduktion weiterer unternehmerischer Risiken bestehen (z. B. Vertragslaufzeit). Bisher sind Qualitätsindikatoren kaum wettbewerbswirksam geworden. Im Ausland hat man Erfahrungen mit der Letalität im Krankenhaus als Qualitätsindikator gesammelt (z. B. Rosenthal 1997, Leyland und Boddy 1998). Empirische Evidenz zeigt allerdings, dass selbst risikoadjustierte Resultatparameter für Krankenhäuser als Anreiz zur internen Qualitätsverbesserung nur begrenzt handlungsleitend sind (Luce et al. 1996). Qualitätsberichte („report cards“) haben wahrscheinlich keine sehr große Steuerungswirksamkeit für die Krankenhauswahl der Patienten, der zuweisenden Ärzte und der kontrahierenden Krankenkassen (Schauffler und Mordavsky 2001), obwohl sie die Qualität insgesamt heben können. Für Indikationen mit volumenabhängiger Ergebnisqualität üben möglicherweise bereits Fallzahlinformationen Steuerungsfunktionen im Sinne einer qualitätselastischen Nachfrage aus (Epstein 2002, Birkmeyer et al. 2002)

Einheitliche Leitlinien normieren die Versorgung. Damit können sie – Evidenzbasierung vorausgesetzt – das Versorgungsniveau heben, aber führen im Kern nicht zu einem Qualitätswettbewerb. Akkreditierungsprogramme sind keine Möglichkeit, die Angemessenheit und die Prozessqualität der stationären Versorgung transparent zu machen. Bisher durch die Selbstverwaltung vorgesehene prozedurale Ansätze der Qualitätsdarlegung (BQS, KTQ) (Möller 2001) sind korporatistisch und daher nicht wettbewerbsförderlich.

Wettbewerbsfördernde Qualitätsindikatoren sollten bevorzugt auf der Basis von GKV-Routinedaten entwickelt werden. Dazu gehören z. B. die Häufigkeit erneuter Eingriffe während des gleichen Krankenhausaufenthaltes, Anteil der Fälle mit Überschreitung der Grenzverweildauer, Wiedereinweisungsrate innerhalb eines bestimmten Zeitraums, erneute Eingriffe bei Folgeaufenthalten, Letalität innerhalb eines bestimmten Zeitraumes nach Entlassung, Pflegebedürftigkeit und Pflegestufe nach Entlassung; für wenige Indikationen: intramurale Letalität. In Deutschland hat bisher erst eine private Krankenkette die informationellen Voraussetzungen für eine Darlegung der intramuralen Letalität als Qualitätsindikator geschaffen und die Werte publiziert.

Im Rahmen der sog. Leapfrog-Initiative haben sich in den USA große Arbeitgeber und zahlreiche Krankenhäuser zur Stimulierung von Qualitätsverbesserungen zusammengeschlossen. Die teilnehmenden Krankenhäuser müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllen, zu denen unter anderem Mindestfallzahlen bei fünf Hochrisiko-Maßnahmen gehören, für die ein Zusammenhang zwischen Ergebnis und Fallzahl nachgewiesen ist (Birkmeyer et al. 2001). Krankenhäuser, die diesen Standard nicht erfüllen, werden also in diesem Leistungssegment (und wahrscheinlich darüber hinaus) aus dem Markt ausscheiden.

In Deutschland haben wir Erfahrungen mit den Auswirkungen des Wettbewerbs in der Altenpflege, der weitgehend freigegeben wurde. Konsequenz war eine bald nachgezogene gesetzliche Regelung zur Sicherstellung der Pflegequalität und zur Intensivierung der Aufsicht (durch Staat und MDK). Gleichzeitig wurden den Anbietern Strukturstandards vorgegeben, die sie zur Grundlage von (unabweisbaren) Vergütungsforderungen machen.

Qualität ist also ein sehr voraussetzungsreicher Wettbewerbsparameter. Ausländische Erfahrungen sind nur begrenzt übertragbar, eigene sind nötig.

Die stationären Kapazitäten sind „bedarfsgerecht geplant“ und in der Regel mindestens bis zur geplanten Marge ausgelastet. Vorgegebene Zielauslastungen führen allerdings zu Fehlsteuerungen, da sie im Ergebnis zu Aufnahmeverzögerungen beitragen (Green und Nguyen 2001). Die Fallzahlen steigen kontinuierlich noch über die demographische Komponente hinaus (Swart et al. 2001).

Krankenhausfallanalysen zeigen eine wechselseitig kompensatorische krankenhauserneuerung von Fallzahl und Verweildauer zur Konstanzhaltung der Auslastung (Swart und Robra 2001).

Wettbewerb setzt Möglichkeiten zum flexiblen Markteintritt neuer oder umgewidmeter Kapazitäten voraus. Die Einführung der DRGs kann bisher latente Überkapazitäten offen legen und damit einen Wettbewerb um Mengen (Marktanteile) fördern oder starten.

Aufgrund von Größenvorteilen kommt es zu einem Zielkonflikt zwischen patientennaher Versorgung und kostengünstiger Bereitstellung der Leistungen. Bei Größenvorteilen wirkt ein Mengenwettbewerb wie der Preiswettbewerb. Teure und kleine Einrichtungen würden aus dem Markt ausscheiden. Will man aus Sicherstellungsgründen Krankenhäuser unter einer Mindestgröße im Markt halten, so müsste man solchen Einrichtungen höhere Kosten zugestehen (Strukturzuschläge). Eine Fallzahlsteigerung kann in speziellen Fällen zu einer Qualitätssteigerung beitragen, etwa bei chirurgischen Leistungen mit volumenabhängiger Ergebnisqualität.

Zur strategischen Stabilisierung eines Krankenhauses gehört das Finden und Versorgen von bisher ungedecktem Bedarf, d. h. das Erschließen neuer Märkte im Randbereich des bisherigen Kerngeschäfts und von Leistungen außerhalb des GKV-Leistungskatalogs (z. B. Wellness, Prävention, Ageing, Männergesundheit, Altenbetreuung und Pflegeeinrichtungen). Auch hierdurch entstehen Größen- und Verbundvorteile. Eine strategische Neuausrichtung eines Krankenhauses kann alternativ auch dazu führen, sich auf Kernleistungen zu konzentrieren und Teile des Leistungsspektrums zurückzufahren oder ganz einzustellen, ohne dass die Folgen für die Versorgung an anderer Stelle vom Krankenhaus selbst zu tragen sind.

### **4.3 Horizontale und vertikale Konkurrenz**

Vor allem in ländlichen Regionen gibt es oft nur je ein Krankenhaus der Regelversorgung. Wenn man von Fachkrankenhäusern für Neurologie und Psychiatrie mit überregionalem Versorgungsauftrag absieht, gibt es beispielsweise im ländlich strukturierten Sachsen-Anhalt in 13 von 23 Landkreisen und kreisfreien Städten nur ein Krankenhaus. In diesen Krankenhäusern wurden 1999 knapp 40 % aller Fälle (und Berechnungstage) versorgt (Swart und Robra 2001). Patientenwanderungen über die Grenzen eines Landkreises hinaus sind insgesamt gering; in den vier Gebieten Chirurgie, Innere Medizin, Kinderheilkunde und Gynäkologie, auf die mehr als 75 % aller Fälle entfallen, werden in Sachsen-Anhalt knapp 80 % aller Patienten innerhalb des Landkreises ihres Wohnortes versorgt (Swart und Robra 1998). Wo Patientenwanderungen über die Kreisgrenzen erfolgen, sind sie überwiegend funktional begründet (z. B. keine Fachabteilung im Landkreis, Tumorpatienten in die Universitätsklinik). Wirksamer Leistungswettbewerb ist auch nur schwer vorstellbar für spezielle Chirurgie-Leistungen, die besser regional spezialisiert bleiben (Luft et al. 1979). Wenig überlappende Krankenhaus-Einzugsgebiete führen zu einer lokalen Marktmacht regionaler Krankenhäuser. Diese nimmt zu, wenn sie (wie informell auch immer) in überregionalen Krankenhausketten zusammengeschlossen sind. Marktmacht bekommen mit den Krankenhäusern auch die Spezialisten, die den wesentlichen Teil der Einnahmen erwirtschaften und gewährleisten. Unter strenger DRG-Finanzierung ist regionale Marktmacht zwar kein Preisproblem, da die Preise überregional zustande kommen. Es stellt sich möglicherweise jedoch ein Qualitäts- und Mengenproblem.

Wettbewerb kann also nur begrenzt auf regionale Konkurrenz durch Patientenwanderung setzen. Wettbewerb von Krankenhäusern gleicher Versorgungsstufe untereinander findet hauptsächlich in engmaschig versorgten Ballungsgebieten statt. Vor allem ein nahe oder unterhalb der Mindestgröße operierender Anbieter wird ein hohes Interesse an zusätzlichen Patienten haben und z. B. durch

Werbung versuchen, es wirksam werden zu lassen, da hier die Grenzkosten im Vergleich zu zusätzlichen Einnahmen gering sind. Unter diesen Umständen kann es ausreichen, wenn nur wenige Patienten wandern. In Ballungsgebieten findet Wettbewerb oft in Form von High-Tech-Wettbewerb statt, der eher kostentreibend ist. Aber auch in Ballungsgebieten werden stationäre Kapazitäten bisher nicht im Interesse des Wettbewerbs erhalten, sondern zu größeren Struktureinheiten mit innerer Spezialisierung der Angebote zusammengefasst und damit aus dem regionalen Wettbewerb genommen (z. B. LBK Hamburg), oder sie werden ganz abgebaut, wenn die öffentliche Planung sie für nicht bedarfsnotwendig hält (z. B. Berlin-Moabit).

Die Mobilität der Bevölkerung nimmt zu. Es ist aber nicht geprüft, welche Patienten welche zusätzlichen Wege für welche Leistungen in Kauf nehmen mögen und welche Informationen und Anreize sie dafür brauchen. Für gut planbare elektive Leistungen (wie Endoprothesen) lässt sich am ehesten ein Versorgungstourismus erwarten, wie er z. B. zwischen Norwegen und Deutschland schon organisiert wurde. Für akute Probleme und solche mit wohnortnaher Dauerbetreuung ist er schwer vorstellbar. Angehörige unterschiedlicher sozialer Schichten und Altersgruppen werden unterschiedlich mobil sein. Das schafft ein Gerechtigkeitsproblem.

Für eine erwünschte vertikale Integration der Leistungsketten im Gesundheitswesen hat der Gesetzgeber elementare Voraussetzungen geschaffen (§ 140a ff SGB V), die bisher konsequenzlos geblieben sind. Statt dessen sorgen sektorale Budgets weiter für Anreize zur Externalisierung der Kosten<sup>1</sup>. Die Gesamtkosten des Systems werden so nicht minimiert.

Bei wettbewerblicher Ausrichtung der Leistungserbringer würden diese nach Wegen suchen, Transaktionskosten zu reduzieren, Kooperationsbeziehungen mit bewährten Partnern vertraglich und informationell auszubauen oder die Wertschöpfungskette sogar durch Übernahmen (z. B. von Reha-Einrichtungen) zu verlängern. Größere Leistungserbringer-Systeme können einen Teil des Wettbewerbs nach innen verlagern (z. B. durch internes Benchmarking und Profit-Center-Konzepte). Die Kostenträger müssen Wege finden, Rationalisierungsrenten nach einiger Zeit abzuschöpfen. Erst wenn Leistungserbringer wirksam vertikal integriert sind, kann man davon ausgehen, dass die Versorgung auf dem niedrigsten wirksamen Versorgungsniveau (LECL, lowest effective care level) stattfindet. Krankenhäuser hoher Versorgungsstufen würden dann aus Kostengründen solche niedriger Versorgungsstufen arbeitsteilig komplementär unterstützen, statt mit ihnen zu konkurrieren. (Die Drohung des Markteintritts der großen Häuser bleibt allerdings präsent und kann zur Qualitätssicherung beitragen.) Bei Einbinden von Primärärzten in eine vertikale Integrationsversorgung könnte sogar die bisher den Hausärzten zugeordnete Gatekeeper-Funktion auch durch Primärärzte am Krankenhaus ausgeübt werden, die unmittelbaren Rückgriff auf Fachärzte haben.

Insgesamt muss ein Zusammenschluss von Leistungserbringern über die bisherigen Sektorgrenzen hinweg möglich werden, ohne Kartell-Vorwürfe auszulösen. Voraussetzung ist, dass integrierte Leistungserbringer-Systeme auch bei regional dominanter Marktstellung im Wettbewerb mit vergleichbaren Systemen stehen. Das wird wesentlich ein Benchmark-Wettbewerb sein, d. h. ein Wettbewerb mit Hilfe von Leistungskennziffern (BMW: „versorgen und vergleichen“). Wettbewerb im Krankenhaussektor könnte auf diese Weise als Integrationsmotor im Gesundheitswesen wirken.

Als Nebenwirkung darf man eine Marktsegmentierung erwarten. Wettbewerb um attraktive Bereiche wird von Vernachlässigung weniger attraktiver begleitet. Soweit eine Unterversorgung erkannt wird, ist Gegenregulation (typischerweise durch Preiserhöhung) möglich. Daher braucht das Gesundheitswesen bessere und anbieter-unabhängige Transparenzinstrumente (Sensoren) zum Ausmaß und zu den Ergebnissen des Leistungsgeschehens (siehe Regulierung).

<sup>1</sup> Aus korporatistischer Sicht mögen sektorale Budgets auch als „Friedensgrenzen“ wirken, die jedem Sektor ein bescheidenes Wachstum ohne Verdrängungsgefahr lassen.

Es fehlen bisher systematisch zusammengestellte Indikatoren für das erreichte Ausmaß des Wettbewerbs, z. B. Konzentrations-Maße des stationären Sektors horizontal und vertikal, Angaben zu fortschreitenden Verflechtungen oder zu Vertragsinstrumenten (wie Zielvereinbarungen oder Preis-Qualitäts-Mengen-Kopplungen und ihren Auswirkungen).

Freie Wahl des Leistungserbringers für den Versicherten ist Kernprinzip des Wettbewerbs im Gesundheitswesen. Sie garantiert die Kundenorientierung der Anbieter, denn zufriedene Kunden fördern ein hohes Ansehen des Krankenhauses in seinem Umfeld und gewährleisten die Kontinuität des Betriebes. Wettbewerb ist daher nicht weniger mit Patientenorientierung vereinbar als das herkömmliche Experten-Klienten-Paradigma medizinischer Leistungen.

Das realisierte Arbeits-Gleichgewicht der betrieblichen Dienstleistungs-Ethik sollte allerdings überprüft werden. So fand eine amerikanische Studie am Beispiel der gut überschaubaren Dialyse-Versorgung, dass gewinnorientiert arbeitende Krankenhäuser dem Wohlbefinden der Patienten besonders entgegenkamen, während nicht-gewinnorientierte Einrichtungen bei gleichem Preis die technische Qualität in den Vordergrund stellten (Hirth et al. 2000).

Die Qualität eines Krankenhauses hängt von den konkreten Leistungen konkreter Mitarbeiter ab. Eine Orientierung der Mitarbeiter auf professionelle Werte kommt dem Krankenhaus zugute. Schon immer gab es aber auch grundsätzlich unvermeidbare Zielkonflikte zwischen dem professionellen Bezugssystem des medizinischen und pflegerischen Personals einerseits und den Anforderungen betrieblicher Abläufe im Krankenhaus andererseits. Hierarchien sind traditionell wirksame (und preiswerte) Führungsstrukturen zur Lösung solcher Konflikte. Eine wettbewerbliche Unternehmensphilosophie kann die unverzichtbare Rolle der eigenen Mitarbeiter nicht geringer bewerten als ein traditionell wertorientiertes Haus. Es hat sogar eher mehr Möglichkeiten, eine betriebliche Mitarbeiter-Orientierung explizit zu machen, die Interaktionen der Mitarbeiter zu strukturieren und damit zur Arbeitszufriedenheit beizutragen (Clemmer et al. 1998). Wie ein traditionell wertorientiertes Haus wird es die Ärzte – in diesem Fall vertraglich – auf die Unternehmensziele verpflichten. Diese Ziele können daher der professionellen Ethik auch in einem wettbewerblich ausgerichteten Haus nicht widersprechen. Aber selbst Chefärzte sind typischerweise keine Leitenden Angestellten. Die dreiteilige Verwaltungsspitze (Verwaltungsdirektor, Ärztlicher Direktor, Pflegedirektor) kann Gruppenkonflikte pragmatisch ausgleichen. Sie kann Nachteile gegenüber einer einheitlichen Führung haben, denn die wirtschaftliche Tragfähigkeit des Hauses aus eigener Kraft muss in jedem Fall gegeben sein. Patientenzufriedenheit, medizinische Versorgungsqualität und Mitarbeiterzufriedenheit sind Instrumente für diesen Zweck und daher Voraussetzungen im Wettbewerb.

Freie Wahl des Leistungserbringers durch die Versicherten bedeutet auch, dass die Krankenversicherung in ihrer Marktmacht eingeschränkt ist. Damit Verträge über Leistungsmengen der Versorgungsqualität folgen können, haben Krankenhäuser und Krankenkassen ein gemeinsames Interesse, gute Qualität nach außen sichtbar zu machen. Im heutigen System muss die einzelne Kasse gegenüber ihren Versicherten nicht für die Qualität der von den Kassen gemeinsam kontrahierten stationären Anbieter gerade stehen. Wenn Krankenkassen als Sachwalter der Versicherten nicht frei mit den Anbietern kontrahieren können, fehlt ein Wettbewerbselement (Morrissey 2001).

Leistungsanbieter könnten dennoch versuchen, durch eine günstige („adverse“) Risikoselektion der von ihnen betreuten Patienten ihre Leistungskennziffern zu verbessern. Prospektive Vertragsregelungen für komplexe Versorgungsleistungen (bis hin zur Kopfpauschale für Krankenhäuser), die die Leistungserbringer mitverantwortlich machen für die Wirtschaftlichkeit und den Erfolg ihrer Leistungen, würden den Anreiz zur Risikoselektion verstärken. In einem System von Pauschalpreisen können Kassen über eine Schweregrad-Differenzierung der Vergütung, wie sie im DRG-System angelegt ist, gegensteuern. In gleicher Richtung wirkt die sog. Grenzverweildauer. Dies läuft auf

einen Risikostrukturausgleich für die Leistungserbringer hinaus, der darauf angelegt ist, das Kostenrisiko der Anbieter zu begrenzen und Risikoselektion entgegenzuwirken. Letztlich brauchen die Krankenkassen aber einen verlässlichen Überblick über Leistungsprofil und Ergebnisqualität der Vertragspartner, und dies nicht nur bezogen auf die jeweils eigenen Versicherten, sondern auf die zu versorgende regionale Bevölkerung. Die öffentliche Transparenz der Anbieter von Krankenhausleistungen ist nicht nur eine erwünschte, sondern eine notwendige Voraussetzung für mehr Wettbewerb im stationären Sektor.

## 4.4 Regulierung

Mit einem wettbewerblichen Kontraktmanagement gestalten die Krankenkassen stärker als bisher auch die Sicherstellung von Krankenhausleistungen (regional und in der vertikalen Verflechtung mit anderen Leistungsanbietern). Die bisherige korporatistische Krankenhausplanung wird damit als Wettbewerbshindernis erkennbar. Auch eine kommunale Mitverantwortung für regionale Krankenhäuser ist vermutlich keine wettbewerbsfördernde Maßnahme. Kommunen werden „ihre“ Krankenhäuser (gerade wenn diese in einen überregionalen Krankenhauskonzern eingegliedert sind) weiterhin als große regionale Arbeitgeber sichern und fördern wollen, lediglich das kommunale Zuschuss-Risiko ist zu minimieren. Daher ist gerade nicht zu erwarten, dass eine aktive Beteiligung der Kommunen oder eine kommunale Aufsicht die Preise minimiert.

Dennoch kann der Staat eine residuale Sicherstellungsfunktion aus Gründen der sozialstaatlichen Daseinsvorsorge nicht abgeben. Zwei staatliche Funktionen sind zu nennen. Aufgrund der stochastischen Natur der Nachfrage nach medizinischen Leistungen kommt der stationären Versorgung ein sog. Optionsnutzen zu (Breyer und Zweifel 1999). Entsprechend sollte eine bestimmte Reservekapazität vorgehalten werden. Diese kann durch den Staat organisiert und finanziert werden. Es ist aber auch denkbar, dass die Kassen gemeinsam den Optionsnutzen stationärer Versorgung bewerkstelligen und über ihre Beitragseinnahmen finanzieren. Die zweite staatliche Funktion ist die Sicherstellung eines bestimmten Mindestangebotes an regionalen Leistungen. Wie bei Verkehrsleistungen bereits praktiziert, könnten Länder stationäre Vorhaltung einkaufen, die zu den bestehenden DRG-Preisen nicht erbracht werden können (bei Nichterreichen der kostenminimalen Mindestgröße im patientennahen Angebot, Lehr- und Forschungsleistungen von Krankenhäusern etc.)

Allerdings sind die bisher dazu verfügbaren Instrumente, öffentliche Betriebskostenzuschüsse oder Defizitausgleiche (kommunale Ebene) und öffentliche Investitionsbeihilfen (Länderebene), fragwürdige Markteingriffe. Sie sind – selektiv gewährt – grundsätzlich unzulässig und – global gewährt – grundsätzlich wenig steuerungswirksam.

Daher ist eine monistische Finanzierung, deren Umsetzung bereits mehrfach vergeblich versucht wurde, auch im Interesse des Staates konsequent. Eine staatliche Preisfestsetzung wird es in einem Marktsystem nicht geben können (deswegen der Aufwand, die DRG-Preisrelationen empirisch zu fundieren). Anders ist die Budget-Obergrenze für die gesetzliche Krankenversicherung (Beitragssatz-Stabilität) einzuordnen. Hier ist bereits höchstrichterlich geklärt, dass die Funktionsfähigkeit der sozialen Sicherungssysteme ein so überragendes öffentliches Gut ist, dass staatliche Eingriffe zulässig sind, solange sie funktional und verhältnismäßig bleiben.

Sollten Mindeststandards für Anbieter als zentrale Vorgabe dekretiert werden? Sie lassen sich aus Gründen des vorbeugenden Verbraucherschutzes rechtfertigen, verlangen dann aber hohe Begründungsqualität und Kontrollaufwand. Die vorbeugende staatliche Funktion nimmt an Bedeutung ab (und kann sich sogar als Innovations- und Qualitätsbremse auswirken), wenn dezentrale Ver-

tragssysteme koordiniert werden sollen. Da sich Krankenhäuser mit zumindest aufschiebender Wirkung gerichtlich gegen staatliche Eingriffe, z. B. ihre Herausnahme aus der Krankenhausplanung, zur Wehr setzen, ist ein vertragliches Akkreditierungs-System vermutlich nicht nur flexibler, sondern auch wirksamer als eine staatliche Regelung. Das gilt auch für prozedurale Standards, wie z. B. eine Zertifizierung. Zu denken ist besonders an eine Verschärfung des Haftungsrechts.

Die residuale Staatsfunktion muss sich wesentlich auf eine Überwachung einer ordnungsgemäßen Vertragstätigkeit und die Herstellung der o. a. Transparenz der Versorgungsleistungen konzentrieren (Qualitätsdarlegung und Bewertung), d. h. Regulation durch Information. Dafür ist aber der öffentliche Gesundheitsdienst auf keiner der staatlichen Ebenen bisher hinlänglich aufgestellt, ausgebildet und ausgerüstet (Robra et al. 2001). Hier sind Investition in Mitarbeiter, Datenquellen und Informationstechnologie nötig. Die Organisation von Klassifikationsinstrumenten (wie ICD, OPS) und relativen Bewertungsmaßstäben (wie DRG, EBM) ist keine notwendige Staatstätigkeit, sondern könnte auch den Verbänden und Fachgesellschaften überlassen bleiben. Doch dienen diese Schlüsselinstrumente wesentlich der staatlichen Transparenzaufgabe. Ihre Erstellung und Pflege sollte daher nicht ohne staatlichen Einfluss bleiben.

Die möglichen Einwände, staatlich erzwungene Markttransparenz sei wettbewerbshemmend und Transparenz und Verhandlungsmacht (und damit Wettbewerb) ständen teilweise zueinander im Widerspruch, sind ernst zu nehmen. Ein Schutz patientenbezogener Individualdaten ist zu gewährleisten. Es gibt aber ein hinlänglich breites gemeinsames Interesse an Qualitätsdarlegungen und auch die Notwendigkeit eines öffentlich zu gewährleistenden Verbraucherschutzes, wie er im Arzneimittelsektor bereits grundsätzlich praktiziert wird. Die diskutierte Staatsfunktion bekommt am besten eine neue spezialgesetzliche Grundlage.

Es ist ein großer Vorteil, wenn man Veränderungen der Versorgungsstrukturen experimentell und begrenzt einführen kann. Prinzipiell muss man empirische Evidenz für die Effektivität und Effizienz verschiedener Organisationsprinzipien im Gesundheitswesen sowie für das Erkennen und Minimieren von Nebenwirkungen erheben und bewerten wollen, bevor sie allgemein eingeführt werden (Robra 1997). Das gilt auch für wettbewerbliche Strukturen (Robra et al. 1998). Ohne ein Maß an experimenteller Versorgungsforschung kann man das Gesundheitswesen nur mit großen Pendel-Ausschlägen im Takt der Bundestagswahlen entwickeln. Das Sammeln von Erfahrung ist dann mit noch höheren Kosten und darüber hinaus ständiger sozialer Unruhe verbunden.

## 4.5 Folgerungen

Wettbewerb kann die Evolution des Krankenhaus-Sektors fördern im Hinblick auf die Systemorganisation, die Rationalität und Integration der Leistungserbringung und die Rollen, die der Staat, die Versicherungswirtschaft und die Versorgungsunternehmen spielen.

Für einen flächendeckenden Wettbewerb mit den Parametern Preis, Qualität und Menge fehlen derzeit wichtige Voraussetzungen. Preiswettbewerb kann unter dem vorgesehenen Festpreissystem systematisch kaum stattfinden. Er könnte am Rande durch Rabatte wirksam werden. Ein Wettbewerb um Mengen setzt flexible Versorgungskapazitäten voraus, die in der bisherigen Kapazitätsplanung grundsätzlich nicht vorgesehen waren. Sie zukünftig zuzulassen (etwa im Zusammenhang mit der Aufdeckung latenter Überkapazitäten durch die DRG-Finanzierung), wird erhebliches Umdenken der Beteiligten erfordern. Ohne (vertragliche) Begrenzungen der Leistungsmengen, ohne Steuerung der Inanspruchnahme durch spürbare Mitbeteiligung der Versicherten und ohne flankierenden Budgetschutz wird man Kapazitäten bis auf weiteres nicht deregulieren wollen, d. h. möglicher Wettbewerb um Mengen bleibt begrenzt. Gerade ein Wettbewerb um Marktanteile kann je-

doch die Integration des Gesundheitswesens fördern, wenn die Politik den sektoralen Status quo nicht konserviert. Für den Qualitätswettbewerb müssen wirksame Instrumente noch geschaffen werden.

Wettbewerb als Konzeptbaustein zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens lässt sich nicht auf den stationären Sektor begrenzen. Krankenkassen müssen mit Marktmacht hinlänglich groß, in sich gut integrierter Gruppen von Leistungsanbietern rechnen, auch wenn diese nicht (wie die KV) monopolistisch organisiert sind. Wettbewerb kann auch zu einer Medikalisierung über die bisherigen Grenzen der gesetzlichen Krankenversicherung hinaus beitragen und wäre dann mit konstantem Beitragssatz nicht zu finanzieren. Das würde eine explizite Neudefinition des Leistungskatalogs der GKV beschleunigen.

Ein unregulierter Wettbewerb, ein freier Markt, ist im Gesundheitswesen nicht möglich. Es wird mindestens eine zuverlässige Markttransparenz unter Einbeziehung von GKV-Prozessdaten geben müssen. Auf dieser Basis kann ein überregionaler Benchmark-Wettbewerb auch komplexer Leistungserbringer möglich werden. Dies führt dazu, dass Leistungserbringer öffentlich Verantwortung für ihr Leistungsprofil und die abgelieferte Qualität übernehmen. Eine solche Entwicklung zu öffentlicher Leistungs- und Qualitätsdarlegung ist vermutlich eine der wichtigsten Konsequenzen einer Unternehmens-Orientierung im stationären Sektor. Ein offener gesellschaftlicher Diskurs (welche Gesundheitsberufe, welche Einrichtungen, welches Gesundheitswesen wollen wir?) würde die Marktentwicklung begleiten.

Es ist nicht leicht vorherzusagen, ob Wettbewerb den alten Zielkonflikt zwischen Kostendämpfung und Versorgungsqualität (Enthoven 1978) unter Berücksichtigung zahlreicher weiterer Parameter am Ende gesellschaftlich akzeptabler lösen kann als das bisherige System. Ein voraussetzungsreicher, begrenzter, nicht notwendig bereits selbststeuernder oder nebenwirkungsfreier Wettbewerb signalisiert aber viele Chancen. Will man sie ergreifen, sind zunächst Wettbewerbshindernisse ab- und bevölkerungsbezogene Versorgungstransparenz aufzubauen.

## 4.6 Literaturverzeichnis

- Allen P. A socio-legal and economic analysis of contracting in the NHS internal market using a case study of contracting for district nursing. *Soc Sci Med* 2002; 54: 255-66.
- Andersen R, Smedby B, Vagero D. Cost containment, solidarity and cautious experimentation: Swedish dilemmas. *Soc Sci Med* 2001; 52: 1195-204.
- Axelsson R. The organizational pendulum – healthcare management in Sweden 1865-1998. *Scand J Public Health* 2000; 28: 47-53.
- Birkmeyer JD, Finlayson EVA, Birkmeyer CM. Volume standards for high-risk surgical procedures: potential benefits of the Leapfrog initiative. *Surgery* 2001; 130: 415-22.
- Birkmeyer JD, Siewers AE, Finlayson EVA, Stukel TA, Lucas FL, Batista I, Welch HG, Wennberg DE. Hospital volume and surgical mortality in the United States. *NEJM* 2002; 346: 1128-37.
- Breyer F, Zweifel P. *Gesundheitsökonomie*, Berlin: Springer; 3. Auflage, 1999.
- Clade H. Wettbewerbswidrig. *Deutsches Ärzteblatt* 2002; 99: B1505.
- Clemmer TP, Spuhler VJ, Berwick DM, Nolan TW. Cooperation: the foundation of improvement. *Ann Intern Med* 1998; 128: 1004-9.

- Dudley RA, Miller RH, Korenbrot TY, Luft HS. The impact of financial incentives on quality of health care. *Milbank Q* 1998; 76: 649-86.
- Enthoven AC. Shattuck Lecture – cutting cost without cutting the quality of care. *N Engl J Med* 1978; 298: 1229-38.
- Epstein AM. Volume and outcome – it is time to move ahead. *NEJM* 2002; 346: 1161-4.
- Green LV, Nguyen V. Strategies for cutting hospital beds: the impact on patient service. *Health Serv Res* 2001; 36: 421-42.
- Greenberg W. The health care marketplace. New York: Springer 1998.
- Groenewegen PP, Gress S. Die Auswirkungen der wettbewerbsorientierten Reformen im niederländischen Gesundheitssystem auf die Beziehungen zwischen Hausärzten, Krankenkassen und Versicherten. *Gesundheitswesen* 2000; 62: 568-76 .
- Gross R, Rosen B, Shirom A. Reforming the Israeli health system: findings of a 3-year evaluation. *Health Policy* 2001; 56: 1-20.
- Hirth RA, Chernew ME, Orzol SM. Ownership, competition, and the adoption of new technologies and cost-saving practices in a fixed-price environment. *Inquiry* 2000; 37: 282-94.
- Leyland AH, Boddy FA. League tables and acute myocardial infarction. *Lancet* 1998; 351: 555-8.
- Lieverdink H. The marginal success of regulated competition policy in the Netherlands. *Soc Sci Med* 2001; 52: 1183-94.
- Light DW. Managed competition, governmentality and institutional response in the United Kingdom. *Soc Sci Med* 2001; 52: 1167-81.
- Litsch M, Sahlmüller H. Die Methodik des leistungsorientierten WIdO-Krankenhausvergleichs. In: Sieben G, Litsch M (Hrsg). *Krankenhausbetriebsvergleich – ein Instrument auf dem Weg zu leistungsorientierten Preisen im Krankenhausmarkt*. Berlin: Springer 2000; 51-81.
- Luce JM, Thiel GD, Holland MR, Swig L, Currin SA, Luft HS. Use of risk-adjusted outcome data for quality improvement by public hospitals. *West J Med* 1996; 164: 410-14
- Luft HS, Bunker JP, Enthoven AC. Should operations be regionalized? The empirical relation between surgical volume and mortality. *N Engl J Med* 1979; 301: 1364-9.
- Möller J. Qualitätsmanagement im Krankenhaus durch Bewertung (EFQM) und Zertifizierung (KTQ). *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 2001; 6: 112-7.
- Mörsch M. Die ökonomische Funktion des Wettbewerbs im Gesundheitswesen: Anspruch, Realität und wirtschaftspolitischer Handlungsbedarf. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 2002; 7: 155-60.
- Morrisey MA. Competition in hospital and health insurance markets: a review and research agenda. *Health Serv Res* 2001; 36: 191-221.
- Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart, M, Zelevinsky K. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *N Engl J Med* 2002; 346: 1715-22.
- Robra, BP. Versorgungsforschung im Gesundheitswesen - Korrektiv von Politik, Korporatistik und Markt? *Public Health Forum* 1997; 5: 2-4.
- Robra BP, Felder S, Scholz N. Evaluation des Gesundheitsdienstgesetzes des Landes Sachsen-Anhalt – Kommunalisierung, Konnexität und Kontrollverlust. *Gesundheitswesen* 2001; 63: 289-96.

- Robra BP, Swart E, Klas P, Leber W-D. Zielvereinbarungen zwischen Kostenträgern und Krankenhäusern als Instrument zur Beeinflussung der Krankenhausverweildauer. *Gesundheitswesen* 1998; 60: 211-6.
- Rosenau PV. Market structure and performance: evaluating the U.S. health system reform. *J Health Soc Policy* 2001; 13: 41-72.
- Rosenthal GE. Weak associations between hospital mortality rates for individual diagnoses: implications for profiling hospital quality. *Amer J Publ Health* 1997; 87: 429-33.
- Schauffler HH, Mordavsky JK. Consumer reports in health care: do they make a difference? *Annu Rev Public Health* 2001; 22: 69-89.
- Schmitt H, Felder S. Keine Angst vor Äpfeln und Birnen! Die Effizienzfrontanalyse im Krankenhausvergleich. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 2001; 6: 10-7.
- Swart E, Braeseke G, Robra BP. Fallzahlentwicklung im stationären Sektor – Determinanten im Spiegel von AOK-Prozessdaten. In: Arnold M, Litsch M, Schellschmidt H. *Krankenhaus-Report 2000*. Stuttgart: Schattauer 2001; 319-31.
- Swart E, Robra BP unter Mitarbeit von Deh S u. Klas P. Struktur- und Prozessanalyse des stationären Sektors anhand von GKV-Daten. Frankfurt/M.: pmi-Verlagsgruppe 1998.
- Swart E, Robra BP. Transparenz im stationären Sektor – AOK-Fallanalysen in Sachsen-Anhalt. Frankfurt/M.: pmi-Verlagsgruppe 2001.

**Tabelle 4-1: Bidirektionaler Zusammenhang zwischen Preis und Qualität**

	Qualität		
Preis	besser	gleich	schlechter
günstiger	+	+	abwägen
gleich	+	+/-	-
höher	abwägen	-	-