

DISKUSSIONSPAPIERE

Nr. 1

**Medizinische Dienstleistungen und
Qualitätswettbewerb**

Dirk Sauerland

Prof. Dr. Dirk Sauerland
Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre /
Gesundheits- und Institutionenökonomik
Hohbergweg 15-17
D-77933 Lahr

GLIEDERUNG

1.	Warum Marktlösungen skeptisch beurteilt werden	1
2.	Warum der Markt nicht zwingend versagt	3
2.1	Das Hauptproblem: Informationsmängel.....	4
2.2	Mögliche Lösungen zur Vermeidung von Marktversagen	6
3.	Wie der Markt für medizinische Dienstleistungen funktionieren kann	10
3.1	Anreize zur Produktion von Qualität	11
3.2	Anreize zur wirtschaftlichen Produktion	12
4.	Wie der Markt in den USA funktioniert	15
5.	Wie der Markt in Deutschland funktionieren könnte	18
5.1	Der potentielle Markt für medizinische Dienstleistungen in Deutschland.....	18
5.2	Die Rahmenbedingungen im Status quo.....	21
6.	Fazit	24
	Literatur	25

Zusammenfassung

Ökonomen tendieren zu der Aussage, innerhalb einer (sozial-verfassten) Marktwirtschaft solle die Allokation der knappen Mittel generell über wettbewerblich organisierte Märkte erfolgen. Nicht-Ökonomen teilen diese Ansicht in Bezug auf die Bereitstellung medizinischer Dienstleistungen oftmals nicht. Für eine realistische Einschätzung der Möglichkeiten des Wettbewerbs in diesem Bereich ist ein Blick auf die Wettbewerbs-Rahmenordnung notwendig, die das Handeln der Marktteilnehmer in gesellschaftlich erwünschte Bahnen lenkt. Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich daher mit der Frage, wie funktionsfähige Märkte für medizinische Dienstleistungen – über adäquat gestaltete Rahmenbedingungen – geschaffen werden könnten. Als Beispiel dafür, wie solche Märkte tatsächlich funktionieren können, werden die USA und die dort herrschenden Rahmenbedingungen – insbesondere im Bereich des Wettbewerbsrechts – beschrieben. Abschließend wird aufgezeigt, wie – aufbauend auf dem Status quo – Marktlösungen für medizinische Dienstleistungen in Deutschland aussehen könnten.

„Gesundheit oder Krankheit kann als Ganzes nicht den Charakter einer marktfähigen Handelsware annehmen. Es gibt weltweit kein Gesundheitssystem, das allein marktwirtschaftlich organisiert ist.“

Deppe (2002, S. 153)

„Gleichwohl kann man feststellen, dass die Eingriffe in die Gesundheitsmärkte in allen Ländern weiter gehen, als dies aus objektiven Marktgegebenheiten erforderlich wäre.“

Neubauer (2002, S. 3)

Medizinische Dienstleistungen und Qualitätswettbewerb

Dirk Sauerland

1. Warum Marktlösungen skeptisch beurteilt werden

Ökonomen tendieren zu der Aussage, innerhalb einer (sozial-verfassten) Marktwirtschaft solle die Allokation der knappen Mittel generell über wettbewerblich organisierte Märkte erfolgen. Begründet wird diese Ansicht damit, dass die marktliche Allokation die Konsumenten- und Produzentensouveränität gewährleistet und von allen Bürgern erwünschte Ergebnisse hervorbringt, weil der Wettbewerb die Anbieter zwingt, sich an den Präferenzen der Nachfrager zu orientieren. Die Eingangszitate machen deutlich, dass diese Einschätzung nicht unumstritten ist, wenn es um die Versorgung mit medizinischen Dienstleistungen geht.¹

Nicht-Ökonomen sehen die Gesundheit des Menschen – wie das Zitat von Deppe (2002) belegt – als ein besonderes Gut an, das nicht über anonyme und wettbewerblich geprägte Märkte bereitgestellt werden sollte. Damit wird der Befürchtung Ausdruck gegeben, die Verteilung der medizinischen Dienstleistungen über Märkte (und Preise) könne zu sozialen Ungleichheiten führen, wenn nur noch die Reichen solche Dienstleistungen bezahlen können. Dieses

¹ Wenn im Folgenden von medizinischen Dienstleistungen die Rede ist, so werden darunter alle ambulanten und stationären Behandlungsleistungen im engeren Sinne verstanden. Diese Maßnahmen zeichnen sich dadurch aus, dass sie von medizinischen Leistungserbringern, d.h. ausgebildeten Medizinern (Ärzten/Zahnärzten) oder medizinisch-technischem Personal durchgeführt werden (ähnlich Kuchinke, 2000, S. 11). Damit lassen sich medizinische Dienstleistungen zum einen von den therapeutisch/pflegerischen Dienstleistungen abgrenzen, zum anderen von medizinischen Waren. Zu ersterer Kategorie gehören in Krankenhäusern erbrachte Pflegeleistungen ebenso wie die Pflegeleistungen, die im Rahmen ambulanter und stationärer Dienste im Bereich der reinen Kurz- und Langzeitpflege erbracht werden. Der Bereich der medizinischen Waren umfasst neben Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln auch medizinisch-technische Geräte.

Problem ist aber keine Frage der marktlichen oder nicht marktlichen Bereitstellung von medizinischen Dienstleistungen. Vielmehr wird hier die legitime Aufgabe der Gesundheitspolitik angesprochen, den Zugang zur medizinischen Versorgung für alle Bevölkerungsmitglieder sicherzustellen.

Eine zweite legitime Aufgabe staatlicher Gesundheitspolitik besteht in der Sicherstellung einer präferenzgemäßen Versorgung mit medizinischen Dienstleistungen. Diese Aufgabe lässt sich in zwei möglichen Ausprägungen umsetzen: Zum einen kann man versuchen, für eine gegebene Zahlungsbereitschaft eine medizinische Versorgung von bestmöglicher Qualität zu erhalten. Zum anderen kann das Ziel darin bestehen, eine gegebene Qualität der medizinischen Versorgung zu den geringst möglichen Kosten bereitzustellen. Beide Ausprägungen der präferenzgemäßen Versorgung lassen sich in der Forderung nach Effizienz bei der Bereitstellung² zusammenfassen.

Der Einsatz des Instruments „Wettbewerb“ im Gesundheitswesen ist jedoch auch unter Ökonomen umstritten. Einerseits herrscht zwar Einigkeit darüber, dass der Wettbewerb der Leistungserbringer zu einer wirtschaftlichen Produktion von Leistungen führt; andererseits gibt es aber Bedenken, die Bereitstellung über Märkte zu organisieren, weil ein Konflikt zwischen den Teilzielen Qualität und Wirtschaftlichkeit befürchtet wird, wenn mehr Wettbewerbselemente in das Gesundheitswesen eingeführt werden (Thompson, 1996). Mehr Wettbewerb ginge dann zu Lasten der bereitgestellten Qualität und führte dann zu einer schlechteren medizinischen Versorgung.

Daher finden sich in der Literatur – neben sehr optimistischen (Zwanziger/Melnick, 1996) – sehr skeptische Einschätzungen der Möglichkeit, eine gute Qualität der medizinischen Versorgung über Wettbewerbsprozesse (sprich: Märkte) zu gewährleisten. (z.B. Ginzberg, 1996 und Reinhardt, 1996). Die Markt-Skepsis wird im Wesentlichen damit begründet, dass den Nachfragern zu wenige objektive Informationen zur Verfügung stehen, um über die gezielte Wahl (Exit-Option) von medizinischen Leistungserbringern mit ausgewiesener guter Qualität Druck auf die übrigen Anbieter ausüben zu können (Chassin 1997, S. 156). Anders formuliert: Aufgrund von Informationsmängeln versagt der Markt für medizinische Dienstleistungen, die bereitgestellten Leistungen entsprechen nicht den Präferenzen der Nachfrager-Patienten.

² Diese Bereitstellung umfasst zum einen die eigentliche Produktion der Gesundheitsleistungen durch die jeweiligen Leistungserbringer, zum anderen aber auch die Finanzierung dieser Leistungen. Daher sollen nicht nur die Gesundheitsleistungen zu minimalen Kosten produziert werden, sondern auch die Finanzierung dieser Leistungen über eventuell zwischengeschaltete Ausgabenträger soll zu minimalen Kosten erfolgen.

Aus diesem potentiellen Marktversagen den Schluss zu ziehen, der Wettbewerb im Gesundheitswesen sei per se kein sinnvolles Mittel, um das Ziel einer präferenzgemäßen Versorgung zu erreichen, hieße einen ganz wesentlichen Punkt übersehen: Wettbewerb findet nie im luftleeren Raum statt. Vielmehr ist sein Ergebnis immer abhängig von der wettbewerblichen Rahmenordnung, die das Handeln der Marktteilnehmer in gesellschaftlich erwünschte Bahnen lenkt. Bevor man also zu der Entscheidung kommt, die marktliche Bereitstellung von medizinischen Dienstleistungen durch andere Steuerungsmechanismen – wie etwa staatliche Regulierungen oder im Extremfall sogar die staatliche Bereitstellung von Gesundheitsleistungen – zu ersetzen, muss geprüft werden, ob diese anderen Instrumente einer Marktlösung wirklich überlegen sind. Die relevante Frage ist damit zunächst nicht, ob Märkte für medizinische Dienstleistungen als Mittel geeignet sind, erwünschte Ergebnisse im Gesundheitswesen hervorzurufen. Sie lautet vielmehr: Wie müssen die Rahmenregeln gestaltet sein, damit marktlicher Wettbewerb – gegebenenfalls unterstützt von anderen Instrumenten – zu wünschenswerten Ergebnissen führt.

Die nachfolgenden Ausführungen sollen dazu beitragen, diese Frage zu beantworten. Daher wird im Abschnitt 2 zunächst genauer betrachtet, welche potentiellen Gründe für Marktversagen im Bereich medizinischer Dienstleistungen vorliegen und wie sich diese Probleme lösen lassen. Abschnitt 3 beschäftigt sich dann mit der Frage, wie funktionsfähige Märkte für medizinische Dienstleistungen – über adäquat gestaltete Rahmenbedingungen – geschaffen werden könnten. Als Beispiel dafür, wie solche Märkte tatsächlich funktionieren, werden in Abschnitt 4 die USA und die dort herrschenden Rahmenbedingungen – insbesondere im Bereich des Wettbewerbsrechts – beschrieben. Abschließend wird in Abschnitt 5 aufgezeigt, wie – aufbauend auf dem Status quo – Marktlösungen für medizinische Dienstleistungen in Deutschland aussehen könnten.

2. Warum der Markt nicht zwingend versagt

Aus der Literatur zur Theorie des Marktversagens (z.B. Fritsch/Wein/Ewers, 2003) sind verschiedene Gründe bekannt, aus denen sich staatliche Eingriffe in die rein marktliche Allokation rechtfertigen lassen. Ohne weitere Prüfung lässt sich wohl die *Existenz natürlicher Monopole* bei der Bereitstellung von Gesundheitsleistungen verneinen.³ Auch sind Gesundheitsleistungen keine *reinen öffentlichen Güter*, denn sie zeichnen sich sehr wohl durch die Eigen-

³ Eine ausführliche Diskussion über ein mögliches Marktversagen im Gesundheitswesen findet man bei Toepffer (1997, S. 73ff.).

schaft einer gegebenen Rivalität im Konsum aus.⁴ Kennzeichnend ist jedoch, dass sowohl externe Effekte als auch Informationsmängel bei der Bereitstellung von Gesundheitsleistungen auftreten können.

Externe Effekte treten etwa dann auf, wenn im Rahmen von Impfungen eine Seuchenprävention betrieben wird. In diesem Fall hat nicht nur der Geimpfte einen direkten Nutzen aus dem Impfschutz, sondern auch die Allgemeinheit (Neubauer, 2002, S. 3). Aus diesem Grund lässt sich eine öffentliche Bereitstellung (genauer: Finanzierung) von Maßnahmen zur Seuchenprävention durch den Staat legitimieren.

2.1 Das Hauptproblem: Informationsmängel

Der wesentliche Grund für ein potentiell Marktversagen bei der Bereitstellung medizinischer Dienstleistungen besteht in der asymmetrischen Informationsverteilung zwischen medizinischem Leistungserbringer (als Anbieter) und Patienten (als Nachfrager). Fehlende Kenntnis über die Qualität der erbrachten Leistungen⁵ im Bereich der Diagnose und der eigentlichen Behandlung führen dazu, dass der Patient seine Rolle als souveräner Konsument nicht adäquat ausfüllen kann. Als Folge ergeben sich in der bestehenden Prinzipal-Agenten-Beziehung monopolistische Spielräume für die medizinischen Leistungserbringer (Cassel, 2003, S. 10). Diese Spielräume können sie nutzen, um ihr eigenes Nutzenniveau zu erhöhen, auch zu Lasten des Nutzens der Patienten.⁶

Allerdings hat spätestens Akerlof (1970) mit seinem Lemon-Beispiel gezeigt, dass eine bestehende Unsicherheit über die Qualität von erbrachten Leistungen kein zwingender Grund für Marktversagen ist. Vielmehr gibt es – in vielen anderen, ebenfalls von Informationsasymmetrien gekennzeichneten Bereichen – Beispiele dafür, wie solche Informationsmängel abgebaut werden können, um so die Funktionsfähigkeit von Märkten zu gewährleisten.

Die wichtigste Voraussetzung für die Lösung des Informationsproblems besteht darin, dass man die Qualität der erbrachten Leistungen messen kann. Diese Voraussetzung ist im Bereich der medizinischen Dienstleistungen prinzipiell erfüllt: So hat sich in Anknüpfung an Donabedian (1980) gezeigt, dass die Qualität medizinischer Dienstleistungen in den Dimensionen

⁴ Zu den Eigenschaften von öffentlichen und privaten Gütern vgl. etwa Grosseckler (2003, S. 575ff.).

⁵ Medizinische Dienstleistungen werden in einem zweistufigen Prozess erbracht: Auslöser für die Erbringung medizinischer Leistungen ist die Feststellung einer Krankheit und/oder Verletzung. Um zu wissen, wie die Funktionsstörung medizinisch (und pflegerisch) zu behandeln ist, muss zunächst eine Diagnose gestellt werden. Diese ist Grundlage der sich anschließenden Behandlung als zweiter Stufe der Leistungserbringung.

⁶ So ermöglicht etwa die asymmetrische Informationsverteilung in Verbindung mit einer Entlohnung der Leistungserbringer auf Basis von Einzelleistungsvergütungen das Phänomen der anbieterinduzierten Nachfrage. Vgl. dazu Sauerland (2003, S. 84ff.).

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gemessen werden kann. Diese lässt sich wiederum anhand unterschiedlicher Indikatoren abbilden (Matthes/Wiest, 2003).

Zu den leicht messbaren Indikatoren der *Strukturqualität* zählt beispielsweise die Qualifikation der medizinischen Leistungserbringer, die über ein abgeschlossenes Studium oder andere Ausbildungsmaßnahmen zertifiziert werden kann. Die Indikatoren der *Prozessqualität* beschreiben die Durchführung der medizinischen Leistungserbringer. Die eher technischen Aspekte des Behandlungsprozesses bestehen in der Korrektheit der Diagnose, der Angemessenheit der Therapie und auch der ggf. notwendigen Hinzuziehung von Spezialisten bei der Behandlung sowie der Koordination der einzelnen Behandlungsschritte. Die Beurteilung dieser technischen Aspekte kann anhand medizinischer Standards erfolgen, die für viele Krankheitsbilder beispielsweise in Form von Leitlinien für die Behandlung vorliegen. Diese Leitlinien werden auf der Grundlage der so genannten evidenzbasierten Medizin entwickelt (Lauterbach/Lüngen, 2000) und beinhalten diejenigen Behandlungsempfehlungen, die sich im Rahmen klinischer Studien als besonders erfolgreich erwiesen haben und der konsensualen Empfehlung medizinischer Experten entsprechen (Kunz/Ollenschläger/Raspe, 2000). Ein häufig verwendeter Indikator für die *Ergebnisqualität* ist der Gesundheitszustand der Bevölkerung bzw. der Patienten nach der medizinischen Versorgung. Zu den messbaren Kennziffern des Ex-Post-Gesundheitszustands gehört etwa die Lebenserwartung, die Mortalität und die Überlebenswahrscheinlichkeiten bei gegebenen Erkrankungen oder Behandlungsverfahren – wie etwa Operationen – sowie die „qualitätsbereinigten Lebensjahre“, die ein Patient im Anschluss an eine Behandlung gewinnt.⁷ Aber auch die Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands durch die Patienten und ihre Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis geben Auskunft über die Ergebnisqualität der medizinischen Versorgung.⁸

Berücksichtigt man die zweistufige Produktion von Gesundheitsleistungen, so lassen sich theoretisch alle Qualitätsdimensionen sowohl für die Diagnose als auch für die Therapie selbst bestimmen.⁹ Letztlich ist dann das Ausmaß der Informationsasymmetrie zwischen Patienten und Leistungserbringer abhängig davon, wie gut die Verfahren zur Bestimmung der Qualität sind bzw. wie hoch die Messkosten beim jeweiligen Verfahren sind. Je höher die Kosten der Messung, desto größer ist c.p. die verbleibende Asymmetrie.

⁷ Zum Konzept der QALYs (Quality-Adjusted Life-Years) vgl. z.B. Breyer/Zweifel/Kifmann (2003, S. 22ff.) sowie – kritisch – Schlander (2003).

⁸ Zu möglichen Determinanten der Patientenzufriedenheit vgl. etwa Jackson/Chamberlin/Kroenke (2001).

⁹ Zu den Problemen der Qualitätsmessung in der Praxis vgl. u.a. Arnold/Geisbe (2003, S. 62ff.) sowie Pourvourville (2003).

In Analogie zu anderen marktlich organisierten Bereichen, in denen etwa durch Garantien oder ähnliche institutionelle Mechanismen das Problem der asymmetrisch verteilten Information überwunden werden kann, ist nun zu fragen, mit welchen Instrumenten die Informationen der Nachfrager über Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität verbessert werden kann (Gref et al., 2003, S. 107) und welche Rolle die Nachfrager jeweils bei der Problemlösung spielen können.¹⁰

2.2 Mögliche Lösungen zur Vermeidung von Marktversagen

Falls die Nachfrager nicht in der Lage sind, ihre Rolle als souveräne Konsumenten auszufüllen, kann der Staat unter der Überschrift „Verbraucherschutz“ versuchen, die asymmetrische Informationsverteilung zu verändern und so die Position der Verbraucher zu verbessern.

Der einfachste Weg, die Unsicherheit der Nachfrager in Bezug auf die Qualität der medizinischen Dienstleistungen zu reduzieren, ist die Anknüpfung an der *Strukturqualität*. Hier lässt sich im Wege der Regulierung, d.h. der adäquaten Gestaltung von Markteintrittsbarrieren für medizinische Leistungserbringer, ein Mindestqualitätsniveau sicherstellen, indem verhindert wird, dass Anbieter ohne ausreichende Qualifikation medizinische Leistungen erbringen.¹¹ Zulassungsbeschränkungen für Krankenhäuser, staatlich anerkannte Examina für Mediziner und Apotheker oder die Notwendigkeit einer regelmäßigen Überprüfung der fachlichen Kompetenz sind dabei gängige Instrumente. Als Folge der Eintrittsbarrieren steigt die durchschnittliche Qualität der Behandlung durch die zugelassenen Leistungserbringer auf das gewünschte Mindestniveau an.

Eine schlechte Qualität von Leistungserbringern kann auch mit der Menge der von ihnen erbrachten Leistungen (sprich: Erfahrungen) zusammenhängen. So lässt sich etwa ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Leistungsvolumen und der Ergebnisqualität nachweisen (Gandjour et al., 2003, S. 194). Verschiedene Studien zeigen beispielsweise, dass die Sterblichkeitsrate nach Bypass-Operationen von der Anzahl der Eingriffe abhängt, die pro Jahr in einem Krankenhaus vorgenommen werden (Hannan, 1999).¹² Lassen sich solche Spezialisie-

¹⁰ Welche Art von Indikator herangezogen werden soll, ist vom jeweils zu untersuchenden Phänomen abhängig (McGlynn, 1998, S. 485).

¹¹ Solche Regulierungen müssen nicht unbedingt durch den Staat erlassen werden. Vielmehr kann es auch im Interesse der Ausgabenträger sein, die Strukturqualität der Leistungserbringer sicherzustellen. Um solche Regulierungen einsetzen zu können, müssten die Kassen aber in der Lage sein, (a) differenzierte Behandlungsverträge abzuschließen und (b) die freie Auswahl von Leistungserbringern durch die Patienten zu beschränken, um so (c) selbst in einen (Qualitäts-)Wettbewerb um Kunden eintreten zu können.

¹² Im Verhältnis zu Krankenhäusern, die weniger als 100 solcher Operationen pro Jahr durchführen, sinkt die Sterblichkeitsrate in Häusern mit mehr als 500 solcher Operationen p.a. um 50 Prozent (Grumbach et al., 1995).

rungsvorteile feststellen, ist es sinnvoll, die betreffenden Behandlungsmaßnahmen nur von entsprechend qualifizierten Leistungserbringern ausführen zu lassen.¹³ Ist die Basis-Strukturqualität gesichert, können zusätzliche Informationen über die individuelle Behandlungsqualität einzelner Leistungserbringer helfen, die Informationsmängel noch weiter zu verringern. Dann stellt sich aber die Frage, welche Anreize Leistungserbringer haben sollten, solche zusätzlichen Informationen bereitzustellen.

Vorstellbar wären – im Sinne des staatlichen Verbraucherschutzes – zunächst gesetzliche Vorschriften zur Offenlegung von Informationen (Greß et al, 2003, S. 107). So könnte eine Veröffentlichungspflicht eingeführt werden, wie sie etwa beim handelsrechtlichen Jahresabschluss bekannt ist: Die Leistungserbringer müssen dann bestimmte Qualitätsindikatoren veröffentlichen, um so den Nachfragern eine Vergleichbarkeit unterschiedlicher Leistungserbringer zu ermöglichen (McGlynn, 2003).

Auch könnte man daran denken, den Leistungserbringern bestimmte Gewährleistungs- oder Garantieplichten vorzuschreiben. Zwar baut eine Garantie nicht die grundlegende Informationsasymmetrie zwischen Käufer und Verkäufer ab; mit der Übernahme einer Gewährleistungs- oder Garantiezeit signalisiert der Anbieter dem Nachfrager jedoch, dass er die Qualität seiner eigenen Leistung so hoch einschätzt, dass er einen Schadensfall für unwahrscheinlich hält.¹⁴ Wie aber sollten Garantien bei medizinischen Dienstleistungen aussehen?

Prinzipiell kann sowohl das Ergebnis einer Behandlung als auch der Behandlungsprozess als Anknüpfungspunkt für solche Garantien gewählt werden. Gibt ein Leistungserbringer eine *Ergebnisgarantie*, geht er allerdings ein erhebliches Risiko ein, da das Ergebnis einer Behandlung von Störgrößen (wie etwa die Compliance oder der genetischen Disposition des Patienten) abhängig ist, die nicht in seinem Einflussbereich liegen. Darüber hinaus entfalten Garantien ihre kompensatorische Wirkung erst ex post. D.h. sie stellen neben dem ex ante gegebenen Signal eine zusätzliche Absicherung des Garantienehmers für den Fall dar, dass eine Zusage nicht eingehalten wurde. Aufgrund der erwähnten vielfältigen Einflussfaktoren auf das Behandlungsergebnis ist dann auch die vereinbarte Garantieleistung schwierig einzufordern. Hier muss zweifelsfrei bewiesen werden, dass ein negatives Behandlungsergebnis (etwa der Tod des Patienten) ursächlich auf die Behandlung des Leistungserbringers zurückzuführen ist.

¹³ Auf der Grundlage dieser Erkenntnisse hat etwa der Staat New York die Vorschrift erlassen, Bypass-Operationen nur noch in Krankenhäusern mit mehr als 500 Eingriffen jährlich durchzuführen (Chassin 1997, S. 155).

¹⁴ Damit eine Garantie ein glaubhaftes Signal darstellt, muss die Garantieleistung so festgelegt werden, dass der Agent tatsächlich einen spürbaren Nachteil erleidet, wenn er eine schlechte Qualität abliefert.

Schließlich hat eine ergebnisorientierte Garantie den Nachteil, dass eine „Mängelrüge“ erst dann erfolgen kann, wenn das Ergebnis bekannt wird.¹⁵ Da das letztliche Ergebnis einer medizinischen Behandlung u. U. erst sehr spät zu erkennen ist, sind Ergebnisgarantien nur dann sinnvoll, wenn es sich um reine Vermögensschäden handelt oder – generell – wenn der eingetretene Schaden wieder behoben werden kann. Letztgenanntes Kriterium ist im Falle medizinischer Dienstleistungen jedoch nicht zwingend erfüllt, so dass echte Ergebnisgarantien in diesem Bereich nicht sinnvoll anzuwenden sind.¹⁶

Anders sieht die Situation bei Garantien aus, die sich auf den Behandlungsprozess beziehen. Vorstellbar wäre etwa, dass der Leistungserbringer verpflichtet wird, im Rahmen seiner Tätigkeit bestimmte Behandlungsleit- bzw. Richtlinien einzuhalten.¹⁷ Die Anwendung solcher Leitlinien stellt – im Sinne der *Prozessqualität* – quasi eine Garantie für die Einhaltung medizinischer Standards bei der Behandlung dar.^{18, 19}

Eine solche Regulierung der Prozessqualität setzt allerdings voraus, dass (a) valide Richtlinien für bestimmte Krankheitsbilder bzw. Versorgungsbereiche existieren und dass (b) die tatsächliche Anwendung dieser Richtlinien kontrolliert werden kann.²⁰ Dazu sind Informationen über das tatsächliche Verhalten bzw. die Qualität der Leistungserbringer notwendig.²¹

Damit zeigt sich, dass die Bereitstellung von zusätzlichen Qualitätsinformationen, d.h. der Schutz der Verbraucher, durch staatliche Regulierungen möglich ist. Das bedeutet aber nicht, dass solche Regulierungen zwingend notwendig sind, um das Ziel – Abbau der Informati-

¹⁵ Eine ähnliche Wirkung wie Garantien können Klagerechte auf Schadensersatz entfalten.

¹⁶ Allenfalls für den Bereich medizinischer Waren (z.B. bei Zahnersatz oder Prothesen) sind solche Ergebnisgarantien sinnvoll einsetzbar.

¹⁷ In der medizinischen Literatur wird sehr genau zwischen Leitlinien und Richtlinien unterschieden: Während Leitlinien als „systematisch entwickelte Entscheidungshilfen über die angemessene Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen“ definiert werden, zeichnen sich Richtlinien durch eine rechtsverbindliche Wirkung aus, „deren Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich zieht“ (BÄK/KBV, 1997).

¹⁸ Dieses Argument entspricht dem Gedanken, der einer freiwilligen Befolgung bestimmter Qualitätsnormen (z.B. DIN-ISO 9001) zugrunde liegt.

¹⁹ Für die Leistungserbringer ergibt sich der Vorteil, dass sie von strittigen Behandlungsentscheidungen entlastet werden und nicht „gezwungen“ sind, von einer guten Behandlungsqualität abzuweichen (Clade, 1999). Dies gilt auch für Fälle, in denen die Patienten selbst vom Leistungserbringer Behandlungsmaßnahmen fordern, die nicht medizinischen Standards entsprechen (Koch, 1999). Eine solche „Abwehr“ von medizinisch unsinnigen Behandlungsmaßnahmen kann auch dazu führen, dass die Ausgaben für Gesundheitsleistungen zurückgehen.

²⁰ Die Kontrolle ist wichtig, da die Nichteinhaltung der Richtlinien mit spürbaren Sanktionen belegt werden muss. Mögliche Sanktionen bestehen bei einmaligen Verstößen gegen die Richtlinien in Kürzungen der Vergütungen durch die Ausgabenträger, während eine Kündigung des Vertrags mit den Ausgabenträgern als letzte Sanktionsmöglichkeit eingeführt werden könnte.

²¹ Der Nachweis, dass bestimmte Standards bei der Behandlung nicht eingehalten wurden, ist möglich und wurde etwa im Rahmen einer groß angelegten Studie in den USA bereits erbracht. Vgl. dazu McGlynn et al. (2003).

onsasymmetrie zwischen Anbieter-Arzt und Nachfrager-Patient – zu erreichen. Vielmehr sind freiwillige, private Lösungen möglich, wie der Blick auf andere Bereiche mit ähnlichen Informations- bzw. Messproblemen zeigt.

So besteht die „klassische“ Lösung zur Stabilisierung von Prinzipal-Agent-Beziehungen, die mit asymmetrischer Informationsverteilung „belastet“ sind, in der freiwilligen Abgabe einer Garantie durch den Leistungserbringer (Akerlof, 1970). Die *Voraussetzung* für das Zustandekommen einer solchen „Garantielösung“ ist einfach: Es muss *Wettbewerb* zwischen den einzelnen Anbietern herrschen. Innerhalb eines wettbewerblichen Umfelds müssen sich die einzelnen Anbieter positiv voneinander abgrenzen. Die Gewährung einer Garantie bietet – ebenso wie die Bereitstellung anderer glaubhafter Informationen über die offerierte Qualität – genau eine solche Möglichkeit zur Abgrenzung. Der Anbieter kann so die Qualität der eigenen Leistung als Wettbewerbsparameter einsetzen. Er kann sich insbesondere dann von seinen Konkurrenten abgrenzen und Kunden an sich binden, wenn seine Konkurrenten keine oder nur weniger umfangreiche Garantieleistungen oder Informationen bereitstellen.

Kritiker eines solchen „Marktoptimismus“ können an dieser Stelle einwenden, dass die bereitgestellten Informationen den „aufgeklärten“ Patienten überfordern, solange sie nicht sinnvoll und anwenderfreundlich aufbereitet werden. In diesem Fall wären die Patienten auf die Dienste externer Informationsmittler angewiesen. In Analogie zum Kapitalmarkt erscheint hier die Entstehung von spezialisierten Ratingagenturen ebenso möglich wie die Erstellung von Marktübersichten durch bereits etablierte Informationsmittler, wie etwa die Stiftung Warentest. Dieselbe Analogie macht auch deutlich, wer neben den Patienten ein Interesse an der Erhebung und Veröffentlichung solcher Informationen haben könnte.

Zum einen sind es – wie bereits erwähnt – die *Leistungserbringer* selbst, die mit der Veröffentlichung von Qualitätsdaten das vertrauensbildende Signal einer Garantie verstärken und die Behandlungsqualität – mit dem Ziel, Patienten an sich zu binden – noch gezielter als Wettbewerbsparameter einsetzen können.²² Zum anderen haben die *Ausgabenträger* dann ein Interesse an der Veröffentlichung, wenn sie selbst in einem Qualitätswettbewerb stehen und die Anbieter guter Qualität anderen Anbietern vorziehen dürfen. Schließlich hat der *Staat* im Rahmen seiner Gesundheitspolitik ein Interesse an besseren Informationen über die Leistungserbringer. Dies gilt insbesondere dann, wenn Leistungserbringer und Versicherungen aufgrund eines nur geringen oder gar fehlenden Wettbewerbsdrucks selbst wenig Anreize

²² Zu den positiven Auswirkungen von veröffentlichten Qualitätsdaten auf die Behandlungsqualität von Krankenhäusern in den USA vgl. Matthes/Wiest (2001, S. 342).

haben, die notwendigen Informationen zu vermitteln: Über die Veröffentlichung von Qualitätsdaten kann die Politik dazu beitragen, das Ziel einer präferenzgemäßen Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen zu erreichen und die Interessen der Patienten zu schützen.

Die bisherigen Überlegungen haben deutlich gemacht, dass die Patienten grundsätzlich dazu in der Lage sind, ihre Interessen gegenüber den Leistungserbringern durchzusetzen. Sie sind allerdings auf die Unterstützung anderer Agenten angewiesen. Hier ist es insbesondere die Aufgabe der Gesundheitspolitik, die notwendigen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass den Patienten bessere Informationen zur Verfügung stehen. Dies kann im Wege der Regulierung, aber auch durch die Schaffung funktionsfähiger Märkte für medizinische Dienstleistungen geschehen. Dabei zeigt sich, dass man die Interessen der Patienten durch eine Kombination von Regulierungen und wettbewerblichen Elementen schützen und so eine gute Qualität der medizinischen Versorgung sicherstellen kann.²³ Daher sollte der Staat – im Interesse der Patienten – die Rahmenregeln im Gesundheitswesen so gestalten, dass ein Leistungs- bzw. Qualitätswettbewerb ermöglicht wird. Fraglich ist nur, wie dieser Wettbewerb aussehen kann.

3. Wie der Markt für medizinische Dienstleistungen funktionieren kann

Wie bereits erwähnt ist es für die Bereitstellung medizinischer Dienstleistungen kennzeichnend, dass ein Ausgabenträger in die direkte Beziehung von Nachfrager-Patient und Leistungserbringer zwischengeschaltet wird. Betrachtet man die Struktur der Beziehungen und die möglichen Ziele der einzelnen Akteure (Abbildung 1), so wird deutlich, dass eine effiziente Bereitstellung medizinischer Dienstleistungen aus drei Gründen nicht zwingend sichergestellt ist: aufgrund der vorhandenen – und verbleibenden – Informationsasymmetrien sind (1.) die Leistungserbringer keine perfekten Agenten der Patienten, sind (2.) die Leistungserbringer keine perfekten Agenten der Ausgabenträger und sind (3.) die Ausgabenträger nicht zwingend perfekte Agenten der Patienten. Ebenso deutlich wird, dass ein Markt für medizinische Dienstleistungen in zweierlei Ausprägungen vorstellbar ist: Zum einem kann die direkte Austauschbeziehung zwischen Patient und Leistungserbringer marktlich organisiert werden, zum

²³ Im Automobilmarkt, in dem ähnlich gelagerte Probleme existieren, hat sich ein solcher Informationswettbewerb bereits etabliert. Hier gibt es neben staatlich gesetzten Qualitätsanforderungen z. B. in Form von einzuhaltenden Crashtests sehr viele private Informationsanbieter, die durch ausgiebige Tests die Qualität der einzelnen Modelle bzw. Hersteller untersuchen (Luft, 1996).

anderen können die Ausgabenträger als Käufer von medizinischen Dienstleistungen auftreten und die so erworbenen Leistungen dann ihren Kunden zur Verfügung stellen.²⁴

Akteure	Patienten	→	Ausgabenträger	→	Leistungserbringer		
			<i>Staat</i>		<i>Krankenhäuser</i> <i>Ärzte/Zahnärzte</i>		
			<i>Versicherungen</i>				
			<i>privat</i>	<i>gesetzlich</i>			
mögliche Ziele	Nutzen-maximierung		Budget-ausgleich	Gewinn-maximierung	Kosten-deckung	Nutzen-maximierung; Einkommens-maximierung	Nutzen-maximierung

Abbildung 1: Die relevanten Akteure auf Märkten für medizinische Dienstleistungen

Wettbewerbliches Verhalten der Leistungserbringer – unter Einsatz des Parameters „Qualität“ – kann damit zwei mögliche Adressaten haben: die Patienten und/oder die Ausgabenträger. Im Folgenden soll kurz skizziert werden, unter welchen Voraussetzungen Märkte für medizinische Dienstleistungen in den beiden genannten Ausprägungen funktionieren können.

3.1 Anreize zur Produktion von Qualität

Konkurrieren die Leistungserbringer *um Patienten*, so setzen sie die Behandlungsqualität als Wettbewerbsparameter ein, um zusätzliche Nachfrager an sich zu ziehen.²⁵ Über eine Ausweitung der „Absatzmenge“ können sie dann ihr Einkommen erhöhen. Voraussetzung für eine solche Strategie ist zunächst der freie Marktzutritt für alle Anbieter, welche die Markteintrittsbarrieren zur Strukturqualität „überspringen“. Weiterhin muss es allen Leistungserbringern möglich sein, Werbung zu betreiben und so den Patienten die Qualität ihrer Leistungen signalisieren zu können. Darüber hinaus müssen sie die Behandlungskapazitäten an das jeweilige Nachfragevolumen anpassen können, d.h. Expansionen und Marktaustritte müssen möglich sein. Bei einem derart gestalteten Qualitätswettbewerb können die Erstattungssätze, mit denen die Ausgabenträger die medizinischen Dienstleistungen vergüten, für alle Leistungserbringer gleich sein. Die Leistungserbringer agieren somit als Preisnehmer und Mengenanpasser. Eine Sanktionierung schlechter Qualität erfolgt allein über die Abwanderung der Patienten. Die damit verbundenen Einkommenseinbußen stellen gute Anreize dar, sich glaubhaft an Qualitätsstandards zu binden.

Treten die Leistungserbringer hingegen in einen *Wettbewerb um Versorgungsverträge* mit den Ausgabenträgern ein, erfolgt eine Sanktionierung über den Preis der erbrachten Leistungen.

²⁴ Die Ausgabenträger sind dann gleichzeitig Purchaser und Provider.

²⁵ An dieser Stelle wird die Frage der adäquaten Entlohnung der Leistungserbringer relevant, die in Punkt 3.2 diskutiert wird.

Voraussetzung dafür ist die Fähigkeit der Ausgabenträger, selektive Kontrakte mit einzelnen Leistungserbringern bzw. mit Leistungserbringer-Gruppen abzuschließen. In diesem Fall honorieren die Ausgabenträger eine gute Qualität der erbrachten Leistungen über höhere Abrechnungssätze, während sie mit Anbietern schlechter Qualität entweder Verträge mit niedrigeren Honoraren oder gar keine Verträge abschließen. Tritt ein solcher Preis-Wettbewerb ein, können die Leistungserbringer bei gleicher Behandlungsmenge (bzw. Patientenzahl) allein über die glaubhafte Bindung an Qualitätsstandards ein höheres Einkommen erreichen. Sinnvoll ist eine solche Lösung allerdings nur, wenn – wie bereits erwähnt – die Ausgabenträger in der Lage sind, diese Qualitätsvorteile der mit ihnen verbundenen Leistungserbringer über eine entsprechende Tarifgestaltung an ihre Kunden weiterzugeben.²⁶

Sowohl der Wettbewerb um Patienten (Mengenwettbewerb) als auch der Wettbewerb um Finanzierungsverträge (Preiswettbewerb) vermittelt den medizinischen Leistungserbringern gute Anreize, die Behandlungsqualität als Handlungsparameter stärker zu beachten und in einen Prozess der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung einzutreten.²⁷ Grundvoraussetzung für den Qualitätswettbewerb bleibt dabei – wie oben beschrieben – die systematische Auswertung der vorhandenen Daten im Gesundheitswesen, um so die Informationsbasis aller Beteiligten zu verbessern (Matthes/Wiest, 2001).

3.2 Anreize zur wirtschaftlichen Produktion

An dieser Stelle bleibt zu fragen, wie sichergestellt werden kann, dass die Leistungserbringer ihre Leistungen betriebswirtschaftlich effizient produzieren. Bei der Wahl einer adäquaten Entlohnungsform der Leistungserbringer durch die Ausgabenträger stehen im marktlichen Umfeld Einzelleistungsvergütungen und Pauschalen zur Diskussion. Es lässt sich zeigen, dass beide Entlohnungsformen den Leistungserbringern Anreize zu einer wirtschaftlichen Produktion der jeweiligen Leistungen vermitteln (Breyer/Zweifel/Kifmann, 2003, S. 386ff.). Da das Einkommen der Leistungserbringer sich als Residuum aus den Erlösen und ihren Kosten er-

²⁶ Gleichzeitig ist damit eine Beschränkung der freien Wahl der Leistungserbringer verbunden, die jedoch aus Sicht der Nachfrager durch die freie Wahl des entsprechenden Ausgabenträgers (oder eines Absicherungspakets) kompensiert wird.

²⁷ Die Idee der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung überträgt im Wesentlichen das in der allgemeinen Betriebswirtschaftslehre verwandte Konzept des Total Quality Managements auf die Produktion von Gesundheitsleistungen, insbesondere in Krankenhäusern (von Eiff, 2000). Bei dieser Art von interner Organisationsverbesserung geht es darum, fortlaufend die Performance der einzelnen Produktionsschritte zu überwachen und aus den gemachten Beobachtungen Verbesserungsmöglichkeiten abzuleiten (Paeger, 2000). Zu den Problemen, solche Managementsysteme auch in der ambulanten Versorgung einzusetzen, vgl. SVR-GK (2001, S. 79).

gibt, haben sie Anreize, die Kosten gering zu halten, d.h. aus ihrer Sicht wirtschaftlich zu arbeiten.

Die genauere Betrachtung der Einzelleistungsvergütungen macht aber auch deutlich, dass mit dieser Entlohnungsform der Anreiz verbunden ist, mehr Leistungen zu produzieren als möglicherweise medizinisch notwendig sind (Übersorgung). Das daraus resultierende Problem der anbieterinduzierten Nachfrage führt dazu, dass aus *Sicht der Nachfrager keine wirtschaftliche Produktion* stattfindet, da die entstehenden Kosten der Behandlung zu hoch sind.

Auch bei einer Entlohnung anhand von *Kopf- oder Fallpauschalen* gilt, dass weniger erbrachte Leistungen für den Leistungserbringer geringere Kosten verursachen und damit zu einem höheren Einkommen führen.²⁸ Jedoch können von einer Entlohnung anhand von Pauschalen Anreize zur Produktion einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung ausgehen. Die Voraussetzungen dafür sind (a) die Implementierung des oben erläuterten Qualitätswettbewerbs und (b) die adäquate Bemessung der Pauschalen.

Sollen alle Leistungserbringer anhand identischer Sätze entlohnt werden, ist die Festlegung der Pauschalen in Höhe der durchschnittlichen Kosten sinnvoll (Shleifer, 1985).²⁹ Die Pauschale kann (a) als Durchschnitt der gesamten Betriebskosten eines repräsentativen Leistungserbringers, (b) als Durchschnitt der Kosten, die bei der Behandlung repräsentativer Patientengruppen anfallen (Kopfpauschale) oder (c) als durchschnittliche Kosten, die unter Anwendung von Leitlinien bei der Behandlung bestimmter Krankheiten anfallen (Fallpauschale), ermittelt werden. Unter dieser Spielregel (Yardstick competition) haben alle Leistungserbringer starke Anreize, wirtschaftlicher zu arbeiten und ihr eigenes Kostenniveau unter das durchschnittliche zu senken.³⁰ Als Folge werden im Zeitablauf die durchschnittlichen Kosten sinken und die Anreize zum wirtschaftlichen Verhalten weiter verstärkt.³¹

Wenn die Leistungserbringer nicht anhand identischer Sätze entlohnt werden sollen, können selektive Kontrakte zwischen Ausgabenträgern und einzelnen Anbietern geschlossen werden.

²⁸ Mit der Pauschalierung wird den Leistungserbringern ein Teil des Versicherungsrisikos übertragen. Eine solche Lösung (insbesondere eine Kopfpauschale) ist daher ökonomisch nur dann sinnvoll, wenn die einzelnen Anbieter über eine hinreichend große Anzahl an Patienten verfügen.

²⁹ Theoretisch können die Pauschalen auch in Höhe der Kosten des jeweils wirtschaftlichsten Anbieters festgelegt werden. Von Durchschnittskosten als Orientierungsgröße geht jedoch ein etwas „sanfterer“ ökonomischer Druck auf die Anbieter aus, der Anpassungsmaßnahmen erleichtert.

³⁰ Eine detaillierte Diskussion der Vorzüge und Schwächen dieses Konzepts liefert Newhouse (1996, S. 1245ff.).

³¹ Ein kollusives Verhalten mit der Absicht, die durchschnittlichen Kosten möglichst hoch und damit den Rationalisierungsdruck möglichst gering zu halten, ist aufgrund der großen Zahl der betroffenen Leistungserbringer (Krankenhäuser und Ärzte) auszuschließen.

In diesem Fall konkurrieren die Leistungserbringer um individuelle Entlohnungskonditionen mit den Ausgabenträgern, d.h. sie treten in einen Preiswettbewerb ein. Auch dieser Wettbewerb vermittelt starke Anreize, die Patienten wirtschaftlich zu versorgen. Beim Abschluss selektiver Verträge können sich zusätzliche Tauschprozesse ergeben. So können etwa die Leistungserbringer niedrigere Entlohnungssätze akzeptieren, wenn sie im Gegenzug vom Ausgabenträger ein bestimmtes Patientenvolumen zugewiesen bekommen. Voraussetzung für einen solchen Handel ist die Fähigkeit der Ausgabenträger, Patientenströme gezielt an bestimmte Leistungserbringer zu leiten.

Anders als die bisher genannten Instrumente, die eine organisatorische Trennung von Nachfragern, Leistungserbringern und Ausgabenträgern beinhalten, läuft ein weiterer Vorschlag auf eine stärkere *Vernetzung von Leistungserbringern und Ausgabenträgern* hinaus (Getzen, 1997, S. 207ff.).³² Dabei schließen sich Ärzte, Krankenhäuser und Apotheken zu Anbieterkollektiven zusammen. Diese Kollektive bieten ein umfassendes Leistungspaket mit ambulanter und stationärer Behandlung sowie mit entsprechender Arznei- und Hilfsmittelversorgung an. Zur Finanzierung der Leistungen kann das Anbieterkollektiv einen Vertrag mit bestehenden Ausgabenträgern abschließen, oder es bietet als Versorgungseinheit den potentiellen Kunden eine eigene Mitgliedschaft an.³³

In beiden Fällen wird die Wahlfreiheit eines Nachfrager-Patienten, der sich für ein solches Kollektiv als Anbieter entscheidet, eingeschränkt. Kunden eines solchen Kollektivs können sich nämlich nur von den im Kollektiv zusammengeschlossenen Leistungsanbietern behandeln lassen. Als Gegenleistung für diese Einschränkung der Wahlfreiheit bieten die Ausgabenträger ihren Kunden i.d.R. niedrigere Prämien als bei voller Wahlfreiheit an.³⁴ Die Entscheidung auf Seiten der Nachfrager-Patienten, sich auf ein solches Anbieterkollektiv zu beschränken, setzt mithin eine Abwägung der finanziellen Vorteile und des Nachteils der begrenzten Wahlmöglichkeiten voraus.

Durch die Zulassung von Anbieterkollektiven, die auch direkt mit ihren Kunden kontrahieren können, steigt die Wettbewerbsintensität zwischen den Leistungserbringern *und* den Ausgabenträgern. Um diesen Effekt zu erreichen, ist es nicht notwendig, nur noch die Behandlung

³² Ein Beispiel für solche organisatorischen Möglichkeiten der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit bei der Produktion sind die so genannten Managed-Care-Organisationen. Vgl. dazu Arnold/Lauterbach/Preuß (Hrsg./1997) sowie Gold (Hrsg./1998).

³³ In letzterem Fall übernimmt das Anbieterkollektiv auch die Versicherungsfunktion.

³⁴ Nachfrager-Patienten, die sich direkt an ein Anbieterkollektiv binden, profitieren ebenfalls von niedrigen Prämien bzw. Beiträgen.

durch solche integrierten Versorgungsorganisationen zuzulassen. Vielmehr bieten diese Kollektive die Möglichkeit, im Wettbewerb mit den schon bestehenden Anbietern neue Wege zur effizienten Bereitstellung einer qualitativ guten medizinischen Versorgung zu finden.³⁵

Damit sind die Voraussetzungen bzw. die Rahmenbedingungen skizziert, unter denen Märkte für medizinische Dienstleistungen sinnvoll funktionieren können. Bevor im Punkt 5 genauer untersucht wird, welches Verbesserungspotential der Status quo in Deutschland aufweist, soll im folgenden Abschnitt erläutert werden, wie – und warum – Märkte für medizinische Dienstleistungen in den USA funktionieren.

4. Wie der Markt in den USA funktioniert

Die USA haben ein marktlich gesteuertes Gesundheitssystem (Sage, 2003, S. 102). Innerhalb dieses Systems versuchen das Federal Trade Committee (FTC) und andere staatliche Organisationen nicht nur die bisher schwerpunktmäßig besprochene Aufgabe des Verbraucherschutzes zu erfüllen sondern auch, die generelle Funktionsfähigkeit des Wettbewerbs zu sichern. Dies geschieht etwa durch Missbrauchsaufsicht markbeherrschender Unternehmen. Um diejenigen Rahmenbedingungen erläutern zu können, die funktionsfähige Märkte für medizinische Dienstleistungen in den USA sicherstellen sollen, sind einige Informationen über das dortige Gesundheitssystem notwendig.

Auch das US-System ist durch die Beziehungen der Akteure Nachfrager (Patienten), Produzenten (Leistungserbringer) und Ausgabenträger (Versicherungen u.a.) geprägt. Die letztliche Bereitstellung der medizinischen Dienstleistungen erfolgt in den USA über Health Plans (Versicherungen) als Ausgabenträger. Eine Art von Health Plan sind die so genannten Managed Care Organisationen, deren Organisationsprinzip der oben beschriebenen integrierten Versorgung entspricht. Eine wichtige Rolle bei der Wahl der Versicherungen durch die Patienten spielt oftmals der Arbeitgeber. Dieser trifft – quasi als Agent seiner Angestellten – eine Vorauswahl zwischen den Versicherungen und stellt seinen Angestellten nur eine begrenzte Palette an Versicherungen zur Auswahl.³⁶ Für die Vorauswahl der Versicherungen stehen den Arbeitgebern Informationsdatenbanken zur Verfügung, in denen Kosten und Leistungen der einzelnen Health Plans anwenderfreundlich aufbereitet sind (z.B. NCQA, 2004a).³⁷

³⁵ Die allgemeinen Wirkungen von Health Maintenance Organizations als Spezialform einer integrierten Versorgung beschreiben auch Breyer/Zweifel/Kifmann (2003, S. 409ff.).

³⁶ Wählen Mitarbeiter andere Versicherungen, werden die Prämien nicht vom Arbeitgeber übernommen.

³⁷ So bietet etwa die NCQA ein EDV-Tool an, in dem die Arbeitgeber den Einfluss der durch unterschiedliche Health Plans bereitgestellten Versorgungsqualität auf krankheitsbedingte Ausfallzeiten – und damit Erlöse –

Da die Health Plans selektive Kontakte mit einzelnen Anbietern oder Managed Care Organisationen schließen können, gibt es Märkte für medizinische Dienstleistungen auf beiden – oben beschriebenen – Ebenen: Zunächst geht es für die Leistungserbringer darum, entsprechende Verträge mit einzelnen Ausgabenträgern zu schließen, um von diesen Patienten „zugewiesen“ zu bekommen. Auf diesem Markt herrscht ein Preiswettbewerb um Finanzierungsverträge – unter der Bedingung, dass eine bestimmte Qualität durch die Leistungserbringer produziert wird. Darüber hinaus konkurrieren dann die verschiedenen Leistungserbringer eines Health Plans um die vorhandenen Patienten. Hier geht es insbesondere um die Serviceleistungen, die den Patienten über die eigentliche Qualität der medizinischen Versorgung hinaus gewährt werden (Vistnes, 2003). Wie für die Arbeitgeber stehen auch für die Patienten Datenbanken zur Verfügung, die über die Qualität von Leistungserbringern Auskunft geben³⁸ und es den ihnen ermöglichen, eine informierte Entscheidung in Bezug auf die Wahl eines Health Plan und/oder eines medizinischen Leistungserbringers zu treffen.

Die Informationen über die Prozess- und Ergebnisqualität der einzelnen Leistungsbringer und der Versicherungen werden aufgrund unterschiedlicher Ursachen erhoben und zugänglich gemacht: Erstens bestehen gesetzliche Erhebungs- und Veröffentlichungspflichten und zweitens existieren freiwillige Vereinbarungen der betroffenen Akteure, die unter Wettbewerbsdruck stehen.³⁹

Um sicherzustellen, dass die veröffentlichten Daten auch wirklich der Aufklärung der Patienten dienen und keine falschen Angaben enthalten, prüft das FTC zusammen mit der Food and Drug Administration (FDA) die gemachten Angaben. Werden fehlerhafte und/oder irreführende Informationen veröffentlicht bestehen (umfangreiche) Klagerechte, die von Verbrauchern und FTC genutzt werden (FTC, 2003).

An dieser Stelle lässt sich festhalten, dass vielfältige Quellen zur Verfügung stehen, mit deren Hilfe die Betroffenen ihre Informationsdefizite abbauen können.⁴⁰ Der Punkt „Verbraucher-

berechnen können (NCQA, 2004b). Die Daten der einzelnen Health Plans werden hinsichtlich Qualität, Zugang zur Versorgung und Zufriedenheit der Versicherten in standardisierter Form (HEDIS) erfasst und den Arbeitgebern zugänglich gemacht.

³⁸ So stellt etwa die NCQA eine Liste derjenigen Ärzte bereit, die im Rahmen der Behandlung von Diabetes durch die entsprechende medizinische Fachgesellschaft zertifiziert sind. Vgl. NCQA (2004c). Ebenso werden Vergleichsdaten zu nicht zertifizierten Ärzten veröffentlicht. Diese Datenbanken enthalten Informationen sowohl zur Prozess- als auch zur Ergebnisqualität. Insbesondere im Bereich der Managed Care Organisationen spielen medizinische Leitlinien für die Behandlung (zur Gewährleistung der Prozessqualität) eine wichtige Rolle.

³⁹ Für die Health Plans vgl. etwa Ingnani (2003).

⁴⁰ Allerdings führen mehr verfügbare Informationen nicht zwingend zu einer Erhöhung der gesamtwirtschaftlichen Wohlfahrt. Bestehen auf Seiten der Leistungserbringer Anreize zur Selektion ihrer Patienten, um so eine

schutz“ wird im US-System durch ein Zusammenspiel von Eigenverantwortung der Versicherten und Patienten, Wettbewerb der Health Plans und Leistungserbringer sowie Regulierungen und Selbstbindungen durchgesetzt.⁴¹ Wie aber sieht es mit dem Schutz des funktionsfähigen Wettbewerbs aus?

Das Gesundheitssystem unterliegt in den USA seit Mitte der 70er Jahre des 20. Jahrhunderts der „normalen“ Wettbewerbsaufsicht durch FTC und Justizministerium (Sage/Hyman/Greenberg, 2003, S. 31). Die Schwerpunkte der Wettbewerbspolitik bestanden zunächst in der Sicherung des Preiswettbewerbs im Gesundheitswesen durch Missbrauchsaufsicht und Fusionskontrolle. In den letzten Jahren ist verstärkt die Qualität der medizinischen Versorgung in den Focus der Wettbewerbsaufsicht geraten (Muris, 2002, S. 5), denn auch im Hinblick auf die Sicherstellung der Qualität sind Missbrauchsaufsicht und Fusionskontrollen wichtig.

So gibt es beispielsweise Versuche von marktmächtigen Berufsorganisationen der medizinischen Leistungserbringer, die Möglichkeiten der informativen Werbung der einzelnen Anbieter einzuschränken (FTC, 2003, S. 37ff.). Diese wettbewerbsbehindernden Strategien werden von der FTC mit juristischen Mitteln verfolgt und eingeschränkt (Sage/Hyman/Greenberg, 2003, S. 38).

Darüber hinaus ist es insbesondere im Bereich der stationären Versorgung durch Krankenhäuser – in der Folge des zunehmenden Auftretens von Managed Care Organisationen – zu deutlichen Konzentrationstendenzen gekommen. Aus diesem Grund wurden eine Vielzahl von Verfahren zur Überprüfung einer marktbeherrschenden Stellung durch die FTC verfolgt (FTC, 2003, S. 61ff.). In jüngster Zeit werden dabei auch Fusionen genehmigt, die zu einer marktbeherrschenden Stellung führen, wenn die fusionierenden Akteure nachweisen können, dass die Fusion positive Effekte auf die bereitgestellte Qualität der Versorgung hat (Sage, 2003, S. 105).

Betrachtet man die Märkte für medizinische Dienstleistungen in den USA, so finden sich viele der unter Punkt 3. angeführten theoretischen Überlegungen wieder. Die marktliche Bereitstellung von medizinischen Dienstleistungen ist – wie das Beispiel USA zeigt – nicht nur in der Theorie sondern auch in der Praxis möglich, wenn die Rahmenbedingungen im Hinblick

bessere Ergebnisqualität ausweisen zu können, kann das Selektionsverhalten dazu führen, dass schwer kranke Patienten einen schlechteren Zugang zur medizinischen Versorgung bekommen. Vgl. dazu Dranove et al. (2002).

⁴¹ Ein weiterer Anreiz zur Erbringung einer qualitativ guten Leistung besteht für us-amerikanische Leistungserbringer darin, Schadenersatzforderungen (liability claims) von Patienten zu vermeiden (IOM, 2001).

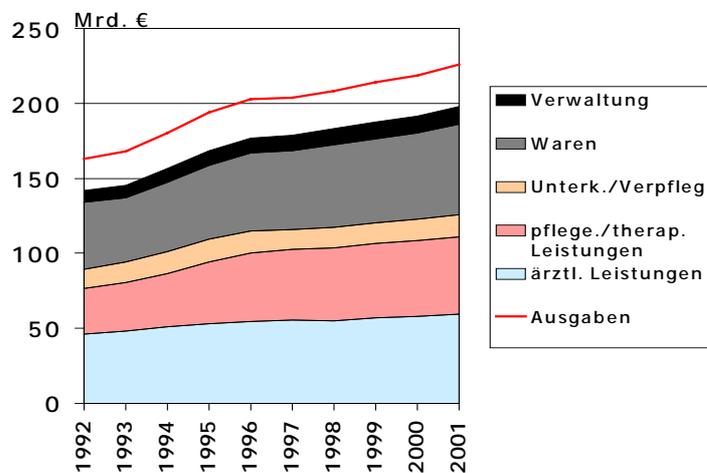
auf die Stärkung der Patienten (Verbraucherschutz) sowie den Erhalt und die Stärkung des Wettbewerbs selbst adäquat gestaltet sind. Unter diesen Bedingungen kann etwa der Wettbewerb von Krankenhäusern eine präferenzgemäße Bereitstellung mit stationären Dienstleistungen hervorbringen.⁴² Ob diese „Marktpotentiale“ auch in Deutschland genutzt werden, wird im anschließenden Abschnitt untersucht.

5. Wie der Markt in Deutschland funktionieren könnte

Bevor die Frage beantwortet werden kann, wie eine marktliche Bereitstellung medizinischer Dienstleistungen – ausgehend vom Status quo – in Deutschland funktionieren könnte, sollen zunächst einige Daten zum potentiellen Marktvolumen und zur Marktstruktur in Deutschland angeführt werden.

5.1 Der potentielle Markt für medizinische Dienstleistungen in Deutschland

Wie Abbildung 2 zeigt, entfallen von den gesamten Gesundheitsausgaben des Jahres 2001 in Höhe von 225,9 Mrd. Euro allein 59,6 Mrd. Euro auf ärztliche Leistungen. Im Vergleich dazu machen die Ausgaben für Pflege und Therapieleistungen 51,6 Mrd. Euro aus, während die Ausgaben für medizinische Waren 60,4 Mrd. Euro umfassen.



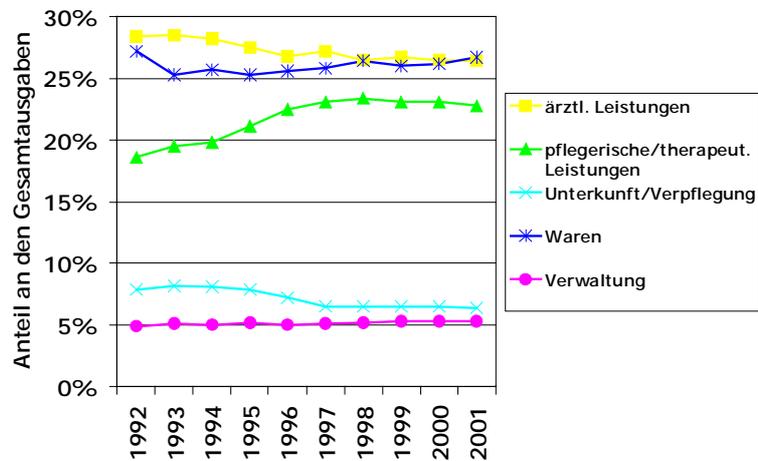
Quelle: Statistisches Bundesamt (2004)

Abbildung 2: Ausgaben für Gesundheit in Deutschland – absolute Werte

Betrachtet man die Entwicklung der Anteile dieser Posten an den Gesamtausgaben im Zeitablauf (Abbildung 3), so erkennt man eine Zunahme des Anteils für Pflege (1992: 18,6%; 2001:

⁴² Vgl. etwa Kessler/McClellan (1999), die nachweisen, dass der – durch Auftreten der Managed Care Organisationen intensivierte – Krankenhauswettbewerb sowohl zu niedrigeren Kosten als auch zu höherer Qualität geführt hat. Ähnliche Ergebnisse finden Gowrisankaran/Town (2002).

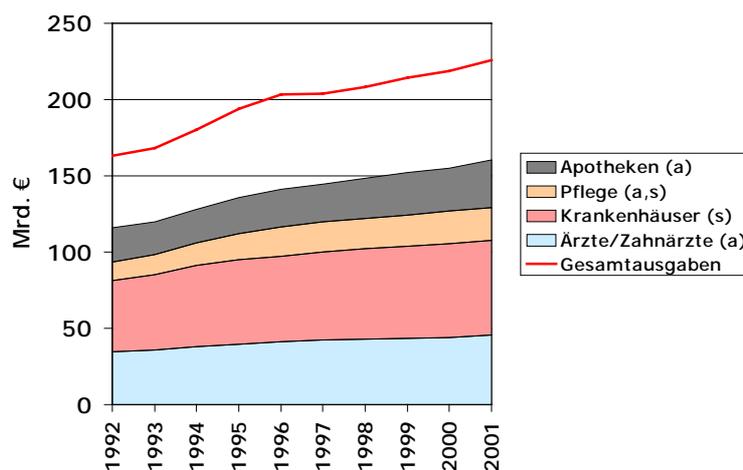
22,8%) und einen Rückgang des Anteils für ärztliche Leistungen (von 28,4% im Jahr 1992 auf 26,4% im Jahr 2001).



Quelle: Statistisches Bundesamt (2004), eigene Berechnungen

Abbildung 3: Ausgaben für Gesundheit in Deutschland – Strukturentwicklung

Schlüsselt man die Gesamtausgaben danach auf, ob sie im ambulanten oder im stationären Bereich entstanden sind, so ergibt sich das in Abbildung 4 dargestellte Bild: Auf ambulante Arzt- und Zahnarztpraxen entfielen 45,5 Mrd. Euro der Ausgaben (das entspricht einem Anteil von 20,1% an den Gesamtausgaben), auf Apotheken (ambulant) entfielen 30,9 Mrd. Euro (13,7%) und auf Krankenhäuser (stationär) entfielen – ohne Pflegeleistungen – 62,0 Mrd. Euro (27,4%). Damit ergibt sich – je nach Abgrenzung – ein „Markt“-Volumen medizinischer Dienstleistungen in Deutschland zwischen 59,6 und 107,5 Mrd. Euro.



Quelle: Statistisches Bundesamt (2004)

Abbildung 4: Ausgaben für Gesundheit in Deutschland – ambulant und stationär

Im Jahr 2001 wurden medizinische Dienstleistungen von 128.512 niedergelassenen Ärzten (in der vertragsärztlichen ambulanten Versorgung der GKV) und von 2.240 Krankenhäusern mit

552.680 Betten (in der stationären Versorgung) erbracht. Betrachtet man auch hier die Entwicklung im Zeitablauf (Abbildung 5), so fällt auf, dass die Bettendichte (gemessen als Zahl der Betten pro 1000 Einwohner) kontinuierlich gefallen ist (1994: 7,59; 2001: 6,70), während die – analog definierte – Arztdichte ebenso kontinuierlich ansteigt (1993: 1,42; 2002: 1,57).⁴³

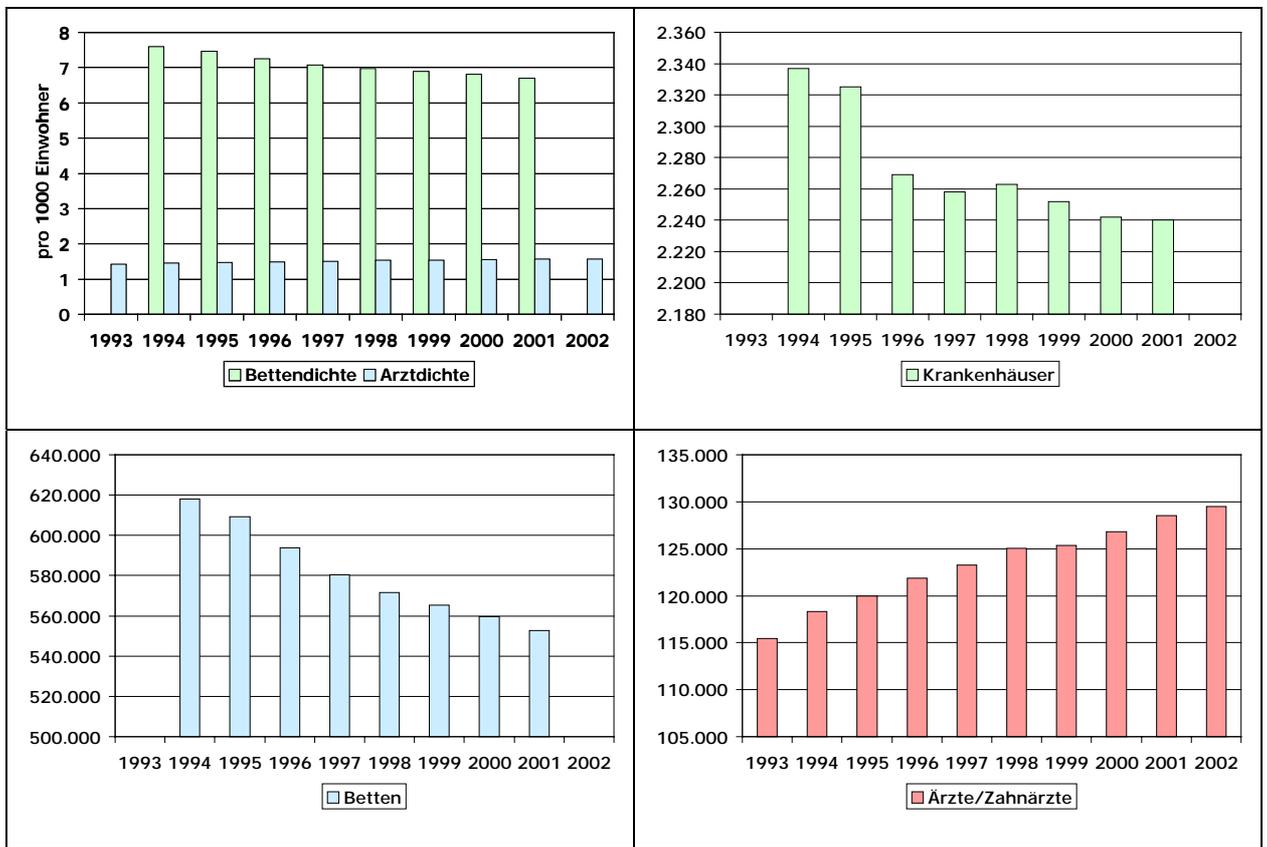


Abbildung 5: Kennziffern medizinischer Leistungserbringer

Diese Zahlen spiegeln zunächst nur die binnenwirtschaftliche Marktsituation wider. Im Rahmen des europäischen Binnenmarktes ist es zudem möglich, dass inländische Nachfrager ausländische Anbieter nutzen⁴⁴ oder ausländische Patienten inländische Leistungserbringer in Anspruch nehmen. Dieser grenzüberschreitender Handel hat jedoch einen vernachlässigbaren Umfang. So hatten die grenzüberschreitenden Gesundheitsausgaben im Jahr 1993 lediglich einen Anteil von 0,24 Prozent an den gesamten Gesundheitsausgaben in der europäischen Union (Hermesse et al, 1997; Leidl, 2001, S. 51). Bei den ambulanten Leistungen lässt sich

⁴³ Im europäischen Vergleich liegen sowohl die Arzt- als auch die Bettendichte über den Durchschnittswerten. Legt man die Zahlen der OECD (2002) zugrunde, so kamen im Jahr 1999 in Deutschland 3,5 Ärzte auf 1000 Einwohner (Durchschnitt der EU-15: 3,32). Im Bereich der Bettendichte ergibt sich (bezogen auf das Jahr 1998) ein ähnliches Bild: Während für Deutschland 9,3 Betten pro 1000 Einwohner erfasst wurden, lag der Durchschnittswert in der EU bei 6,3.

⁴⁴ Die Beziehungen zwischen den inländischen gesetzlichen Kassen und den Leistungserbringern in der Europäischen Union und im Europäischen Wirtschaftsraum regelt § 140e Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch.

ein grenzüberschreitender Markt allenfalls in grenznahen Gebieten feststellen (DIW, 2001, S. 141). Ein ähnliches Bild ergibt sich im Bereich der stationären Leistungen, wo ebenfalls nur in Grenzgebieten – und auch dort nur im geringen Ausmaß – eine Inanspruchnahme ausländischer Leistungserbringer erfolgt (Starmans et al., 1997). Dies spiegelt sich auch in der Krankenhausstatistik wider, die für das Jahr 2000 den Anteil von 0,26 Prozent der Patienten mit einem ausländischen Wohnsitz im Bereich der vollstationär behandelten Patienten ausweist (StatBA, 2003a).

Das oben angeführte „Marktvolumen“ wird in Deutschland im Wesentlichen durch den Ausgabenträger Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) finanziert, der durch die Gesetzlichen Krankenkassen (Tabelle 1) repräsentiert wird. Die GKV ist damit neben Patienten und Leistungserbringern ein wichtiger Akteur im deutschen Gesundheitswesen.

<i>Ausgaben...</i>	<i>Mrd. €</i>	<i>davon GKV (Mrd. €)</i>	<i>GKV- Finanzierungsanteil</i>
...für Gesundheit	225,931	128,865	57,04 %
...für ärztliche Leistungen	59,580	42,914	72,03 %
...für ambulante Einrichtungen	45,481	33,036	72,64 %
...für Krankenhäuser	61,961	47,714	77,01 %
Quelle: StatBA (2003a)			

Tabelle 1: Die Bedeutung der GKV als Ausgabenträger

Damit bleibt festzuhalten, dass (a) der Markt für medizinische Dienstleistungen nahezu vollständig von inländischen Anbietern und inländischen Nachfragern bestritten wird, (b) die Finanzierung der medizinischen Dienstleistungen zum größten Teil über die GKV erfolgt und dass (c) angesichts des potentiellen Umsatzvolumens und der Zahl der verfügbaren Anbieter eine potentiell wettbewerbliche Marktstruktur vorhanden ist. Ob dieses „Marktpotential“ in Deutschland tatsächlich genutzt wird, ist von den geltenden Rahmenbedingungen abhängig.

5.2 Die Rahmenbedingungen im Status quo

Obwohl die Strukturvariablen durchaus wettbewerbliche Lösungen ermöglichen würden, gibt es in Deutschland bisher keine echten Märkte für medizinische Dienstleistungen (Neubauer, 2002). Betrachtet man den Ordnungsrahmen des deutschen Gesundheitssystems, der im Sozialgesetzbuch V (SGBV) festgelegt ist, lassen sich gravierende Unterschiede zum oben erläuterten theoretischen Rahmen und zum eben beschriebenen Status quo in den USA feststellen.

Das deutsche System ist wesentlich von korporatistischen Strukturen geprägt (Cassel, 2003, S. 17). So verhandeln etwa die gesetzlichen Kassen weder individuelle Verträge mit den am-

bulanten Leistungserbringern, noch sind sie selbst für die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung zuständig. Dieser Sicherstellungsauftrag liegt vielmehr gem. § 72 SGB V bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV). An diese Körperschaften der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer wird auch das Honorarbudget für die ambulante Versorgung von den gesetzlichen Kassen überwiesen (§ 85 SGB V). Die Kassenärztlichen Vereinigungen übernehmen dann die Verteilung der Honorare auf die einzelnen Ärzte nach von ihnen festgelegten Schlüsseln.

Im Bereich der stationären Versorgung verhandeln die Kassen mit dem jeweiligen Krankenhausträger (§ 109 IV SGBV). Jedoch sind hier durch die Pflegesatzverordnung, das Krankenhausentgelt- und das Krankenhausfinanzierungsgesetz, welche die Einzelheiten der Entlohnung regeln, nur geringe Verhandlungsspielräume vorhanden.

Möglichkeiten zur selektiven Kontrahierung der Kassen mit einzelnen Anbietern oder Anbietergruppen sieht das SGB V in zwei Fällen vor: Zum einen sind selektive Kontrakte im Rahmen der integrierten Versorgung (§ 140b SGB V) vorgesehen. Diese Versorgungsform entspricht den oben beschriebenen Managed Care Organisationen, spielt in Deutschland bis dato aber nur eine marginale Rolle. Selektive Kontrakte sind auch dann vorgesehen, wenn die KV den Versorgungsauftrag im ambulanten Bereich nicht mehr erfüllen kann, weil die Mehrheit der niedergelassenen Ärzte in einem Zulassungsbezirk nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt (§ 72a I SGB V). In diesem Fall geht der Sicherstellungsauftrag direkt auf die Kassen über, die dann als Kollektiv individuelle Verträge mit den Leistungserbringern abschließen können (§72 III SGB V). Da dieser Fall bis dato nicht eingetreten ist, bleibt zu konstatieren, dass ein Wettbewerb um Finanzierungsverträge – auf der Beziehungsebene zwischen Kassen und Leistungserbringern – derzeit nicht existiert: Statt eines wettbewerblich geprägten Marktes herrscht im ambulanten Sektor ein bilaterales Monopol, während die Preisfindung im stationären Sektor durch die Einführung von Fallpauschalen (in Form der grundsätzlich zu begrüßenden DRGs) reguliert ist.

Ähnliche Defizite tun sich auf, wenn man den Punkt „Verbraucherschutz“ durch Abbau der asymmetrischen Informationsverteilung betrachtet. Hier gibt es bisher weder eine umfassende Pflicht zur Veröffentlichung von Indikatoren der Prozess- und Ergebnisqualität, noch gibt es gute Anreize, diese freiwillig bereit zu stellen, um in einen Qualitätswettbewerb um Patienten einzutreten. Darüber hinaus gibt es standesrechtlich verankerte Beschränkungen der Werbemöglichkeiten – insbesondere für ambulante Leistungserbringer. Dennoch gibt es erste Ansätze, diese Informationsdefizite abzubauen; sie werden in § 73c i.V.m. § 95d SGB V gelegt.

Letztgenannter Paragraph sieht eine Pflicht zur fachlichen Fortbildung für niedergelassene Ärzte vor. Die im Rahmen der Fortbildung erworbenen Leistungsnachweise (Zertifikate) können den Patienten (im Wartezimmer etwa) zugänglich gemacht werden, womit ein erster Schritt zu mehr Transparenz und Information getan ist. Zur Sicherstellung der Qualität drohen den Leistungserbringern, die ihrer Fortbildungspflicht nicht nachkommen, zunächst Honorarkürzungen letztendlich gar die Entziehung der Zulassung durch die KV (§ 95d III SGB V).

Mit dem Gesetz zur Modernisierung des Gesundheitssystems aus dem Jahr 2004 soll darüber hinaus versucht werden, die Einflussmöglichkeiten der Patienten zu stärken. So wurde eigens eine Patientenbeauftragte berufen (§ 140h SGB V). Auch werden nun Patientenvertreter in den gemeinsamen Bundesausschuß entsandt (§ 140f SGB V) – sie nehmen jedoch ohne Stimmrecht an den Ausschußsitzungen teil (§ 91 III SGB V).

Trotz erster Ansätze bleibt somit festzuhalten, dass der Bereich des Verbraucherschutzes durch marktliche Lösungen stark unterentwickelt ist. Die deutsche Gesundheitspolitik setzt zur Sicherstellung einer guten Behandlungsqualität weiterhin auf Regulierungen, die in §§ 135 bis 139c SGB V verankert sind (Sauerland, 2001 sowie 2003, S. 400ff.).

Bleibt die – hypothetische – Frage nach dem Schutz des Wettbewerbs. Da – wie beschrieben – kein echter Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern herrscht, wird er – folgerichtig – auch nicht geschützt. Der in Abbildung 5 dargestellte Konzentrationsprozess im Bereich der Krankenhäuser ist bisher vom Kartellamt nicht beanstandet worden. Die offensichtliche marktbeherrschende Stellung der gesetzlichen Kassen, die im Rahmen der ambulanten und stationären Versorgung den dominierenden Verhandlungspartner für die Verbände der Leistungserbringer darstellt, ist faktisch durch § 69 SGB V legitimiert. In diesem Sinne handelt es sich bei den Aktivitäten der Kassen um einen wettbewerbsrechtlichen Ausnahmebereich (BKartA, 2003, S. 34).⁴⁵ Dieser Ausnahmebereich ist insbesondere dann problematisch, wenn – wie im Fall der integrierten Versorgung oder bei Übergang des Sicherstellungsauftrags an die Kassen – selektive Verträge mit einzelnen Anbietern geschlossen werden sollen (BKartA, 2003, S. 41).

⁴⁵ Die Frage, ob dieser Ausnahmebereich Bestand haben wird, hängt auch von der Anwendung des europäischen Kartellrechts ab. Zur Zeit liegen beim EuGH mehrere Vorlagenbeschlüsse zu der Frage vor, ob die gesetzlichen Kassen Unternehmen im Sinne von Art. 81 des EG-Vertrags sind. Sollte diese bejaht werden, ist „normales“ Kartellrecht anwendbar und der § 69 SGB V wäre nicht mehr sachgemäß (BKartA, 2003, S. 40).

6. Fazit

Die Ausführungen in den Abschnitten 3 und 4 haben deutlich gemacht, dass unter adäquat gestalteten Rahmenbedingungen Märkte für medizinische Dienstleistungen funktionieren können – und das in den USA auch tun. In Deutschland hingegen finden sich echte Märkte bislang nicht. Ursächlich dafür ist das in der Grundkonzeption anders strukturierte Gesundheitssystem: Während in den USA ein – auch im Bereich der Krankenversicherungen – wettbewerblich geprägtes System existiert, in dem dezentral entschieden wird und in dem ein angewandtes Wettbewerbsrecht auch im Bereich des Gesundheitswesens für Verbraucherschutz und Wettbewerbserhalt sorgt, basiert das deutsche System auf Regulierungen und ist eher zentral und korporatistisch organisiert.

Ob in Zukunft eine stärkere Nutzung der marktlichen Allokation auch im Bereich der medizinischen Dienstleistungen erfolgen wird, ist eine politische Entscheidung. Es ist darüber hinaus auch abhängig davon, wie die Interessenvertreter (sprich: Verbände) der Akteure im Gesundheitswesen den politischen Prozeß beeinflussen können. Dass sie es im Moment tun, belegen die folgenden Zitate:

„In ihrem Abwehrkampf gegen Einzelverträge mit den Krankenkassen haben die Kassenärzte viel erreicht“ (o.V., 2003a).

„Die Krankenhäuser haben in der Diskussion um die Gesundheitsreform nur eine marginale Rolle gespielt – obwohl auf sie rund ein Drittel der steigenden Kassenausgaben entfallen. Doch gelten sie als besonders gut geschützt vor Veränderungen, da ihre Beschäftigten – Ärzte und Pflegepersonal – gewerkschaftlich gut organisiert sind und Länder und Kommunen möglichst die Hand über „ihre“ Kliniken halten“ (o.V., 2003b).

Hier liegt der Hauptgrund dafür, dass die Einführung von mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen – auch mit dem Gesetz zur Modernisierung des Gesundheitswesens – bisher nicht gelungen ist.

Literatur

- Akerlof, George A. (1970), The market for 'lemons': Qualitative uncertainty and the market mechanism, in: *Quarterly Journal of Economics* 84, S. 488–500.
- Arnold, Michael und Heinrich Geisbe (2003), Der Patient im Wettbewerb der Krankenhäuser, in: Arnold, Michael, Jürgen Klauber und Henner Schellschmidt (Hrsg.) *Krankenhaus-Report 2002*, Stuttgart, S. 55-69.
- Arnold, Michael, Karl W. Lauterbach und Klaus-Jürgen Preuß (Hrsg./1997), *Managed Care: Ursachen Prinzipien, Formen und Effekte*, Stuttgart.
- BÄK/KBV – Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (1997), Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung, in: *Deutsches Ärzteblatt* 94, S. A-2154–A-2155, B-1622–B-1623, C-1754–C-1755.
- BKartA – Bundeskartellamt (2003), Ausnahmebereiche des Kartellrechts – Stand und Perspektiven der 7. GWB-Novelle, Diskussionspapier für die Sitzung des Arbeitskreises Kartellrecht am 29. September 2003, http://www.bundeskartellamt.de/AKK_Diskussionspapier.pdf
- Breyer, Friedrich, Peter Zweifel und Mathias Kifmann (2003), *Gesundheitsökonomie*, 4. Auflage, Berlin u.a.O.
- Cassel, Dieter (2003), Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung: Funktionsbedingungen, Wirkungsweise und Gestaltungsbedarf, in: Arnold, Michael, Jürgen Klauber und Henner Schellschmidt (Hrsg.) *Krankenhaus-Report 2002*, Stuttgart, S. 3–20.
- Chassin, Mark R. (1997), Assessing Strategies for Quality Improvement, in: *Health Affairs* 16, S. 151–161.
- Clade, Harald (1999), Medizinische Leitlinien: Kein Disziplinierungsinstrument, in: *Deutsches Ärzteblatt* 96, S. A-2072–A-2073.
- Deppe, Ulrich (2002), Mehr Markt und Wettbewerb? Auswirkungen auf die Arzt-Patienten-Beziehung, in: Gellner, Winand und Markus Schön (Hrsg.), *Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik?*, Baden-Baden.
- DIW – Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (2001), *Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen*, Berlin.
- DOJ/FTC – Department of Justice and Federal Trade Commission (1996), Statements of Antitrust Enforcement Policy in Health Care, <http://www.ftc.gov/reports/hlth3s.htm#4>.
- Donabedian, Avedis (1980), *Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Volume 1: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*, Ann Arbor.
- Dranove, David et al. (2002) Is More Information Better? The Effects of 'Report Cards' on Health Care Providers, NBER Working Paper No. w8697, Washington DC.
- Erlei, Mathias, Martin Leschke und Dirk Sauerland (1999), *Neue Institutionenökonomik*, Stuttgart.
- Fritsch, Michael, Thomas Wein und Hans-Jürgen Ewers (2003), *Marktversagen und Wirtschaftspolitik*, 5. Aufl, München.
- FTC – Federal Trade Commission (2003), *FTC Antitrust Actions in Health Care Services and Products*, <http://www.ftc.gov/bc/hcupdate031024.pdf>
- Gandjour, Afschin et al. (2003), Mindestmengen in der stationären Versorgung: Bundesweite Analyse ausgewählter Interventionen und Forschungsbedarf, in: Arnold, Michael, Jürgen Klauber und Henner Schellschmidt (Hrsg.) *Krankenhaus-Report 2002*, Stuttgart, S. 189–201.
- Getzen, Thomas E. (1997), *Health Economics – Fundamentals and Flow of Funds*, New York u.a.O.
- Ginzberg, Eli (1996), The potential limits of competition in health care, in: *Bulletin of the New York Academy of Medicine* 73, S. 224–236.
- Gold, Marsha R. et al. (1998), Behind the curve: A critical assessment of how little is known about arrangements between Managed Care Plans and Physicians, in: Gold, Marsha R. (Hrsg.), *Contemporary Managed Care*, Chicago, S. 67–100.
- Gowrisankaran, Gautam und Robert Town (2002), *Competition, Payer, and Hospital Quality*, NBER Working Paper No. w9206, Washington DC.

- Greß, Stefan et al. (2003), Wettbewerbliche Steuerung in der GKV – Perspektiven für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit, in: Sozialer Fortschritt 4/2003, S. 105–108.
- Grossekettler, Heinz (2003), Öffentliche Finanzen, in: Vahlens Kompendium der Wirtschaftstheorie und Wirtschaftspolitik Band 1, 8. Auflage, München, S. 561-717
- Grumbach, Kevin et al. (1995), Regionalization of Cardiac Surgery in the United States and Canada: Geographic Access, Choice, and Outcomes, in: Journal of the American Medical Association 274, S. 1282–1288.
- Hannan, E.L. (1999), The relation between volume and outcome in health care, in: The New England Journal of Medicine 340, S. 1677–1679
- Hermesse, Jean, Henri Lewalle und Willy Palm (1997): Patient Mobility within the European Union, in: The European Journal of Public Health, No. 3, 4-10.
- Ignagni, Karen (2003), Health Plan Initiatives to Improve Quality and to Provide Information to Consumers, <http://www.ftc.gov/ogc/healthcarehearings/docs/030527kimtestimony.pdf>
- IOM – Institute of Medicine (2001), Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the Twenty-first Century, Washington DC.
- Jackson, Jeffrey L., Judith Chamberlin und Kurt Kroenke (2001), Predictors of patient satisfaction, in: Social Science and Medicine 52, S. 609–620.
- Kessler, David und Mark McClellan (1999), Is Hospital Competition Socially Wasteful?, NBER Working Paper No. 7266, Washington DC.
- Koch, Klaus (1999), Warum Ärzte gegen Viren mit Antibiotika vorgehen, in: Deutsches Ärzteblatt 96, S. A-1822–A-1823.
- Kuchinke, Björn (2000), Sind vor- und vollstationäre Krankenhausleistungen Vertrauensgüter? Eine Analyse von Informationsasymmetrien und deren Bewältigung, Diskussionspapier Nr. 19, Technische Universität Ilmenau, Institut für Volkswirtschaftslehre.
- Kunz, Regina, Günther Ollenschläger und Hans-Heinrich Raspe (2000), Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis, Köln.
- Lauterbach, Karl W. und Markus Lungen (2000), Aus den Erfahrungen der Vereinigten Staaten lernen?, in: Rheinisches Ärzteblatt 54, S. 12–13.
- Leidl, Reiner (2001), Konvergenz der Gesundheitssystem in der Europäischen Union, in: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 6, S. 44–53.
- Luft, Harold S. (1996), Modifying managed competition to address cost and quality, in: Health Affairs 15, S. 23–38.
- Matthes, Nikolas und Axel Wiest (2001), Die Qualität der Krankenhausversorgung – eine messbare Größe?, in: Arnold, M., M. Litsch und H. Schellschmidt (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2000, Stuttgart, S. 333–348.
- Matthes, Nikolas und Axel Wiest (2003), Qualität im Krankenhaus – Überlegungen zu Begriffen und Methoden der Leistungsbewertung, in: Arnold, Michael, Jürgen Klauber und Henner Schellschmidt (Hrsg.) Krankenhaus-Report 2002, Stuttgart, S. 161–174.
- McGlynn, Elisabeth A. (1998), The outcomes utility index: will outcomes data tell us what we want to know?, in: International Journal for Quality in Health Care 10, S. 485–490.
- McGlynn, Elisabeth A. et al. (2003), The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States, in: New England Journal of Medicine 348, No. 26, S. 2635-2645.
- Muris, Timothy J. (2002), Everything Old is New Again: Health Care and Competition in the 21st Century, Prepared Remarks, 7th Annual Competition in Health Care Forum, Chicago, Illinois, <http://www.ftc.gov/speeches/muris/murishhealthcarespeech0211.pdf>
- NCQA – National Committee for Quality Assurance (2004a), The NCQA Health Plan Report Card, <http://hprc.ncqa.org/index.asp>
- NCQA – National Committee for Quality Assurance (2004b), The NCQA Quality Dividend CalculatorTM 2.0, <http://www.ncqacalculator.com/Start.asp>
- NCQA – National Committee for Quality Assurance (2004c), Diabetes Physician Recognition Program, <http://www.ncqa.org/dprp/search.asp>

- Neubauer, Günther (2002), Generelle Marktfähigkeit von Gesundheitsleistungen, in: ifo Schnelldienst 55(17), S. 3–7.
- Newhouse, Joseph P. (1996), Reimbursing Health Plans and Health Providers: Efficiency in Production Versus Selection, in: *Journal of Economic Literature* 34, S. 1236–1263.
- o.V. (2003a), Ärzte verhandeln meist im Kollektiv, in: *Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 30.12.2003, S. 12.
- o.V. (2003b), Fallpauschale ersetzt Tagessatz, in: *Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 30.12.2003, S. 12.
- OECD (2002), *OECD Health Data 2002: A Comparative Analysis of 30 Countries*, Paris.
- Paeger, Axel (2000), Benchmarking auf der Basis einer Krankenhausbewertung nach EFQM und Joint Commission am Beispiel der Aklepios-Kliniken, in: von Eiff, W. (Hrsg.), *Krankenhausbetriebsvergleich*, Neuwied u.a.O., S. 441–486.
- Pourvourville, Gérard de (2003), Kann Qualität ein Wettbewerbsparameter im Gesundheitswesen sein?, in: Arnold, Michael, Jürgen Klauber und Henner Schellschmidt (Hrsg.) *Krankenhaus-Report 2002*, Stuttgart, S. 175–188.
- Reinhardt, Uwe E. (1996), Keynote Address. Danger and Opportunity: the New Economics of Health Care, in: *Bulletin of the New York Academy of Medicine* 73, S. 538–560.
- Sage, William M. (2003), Protecting Competition and Consumers: A Conversation with Timothy J. Muris, in: *Health Affairs* 22/6, S. 101–110
- Sage, William M., David A. Hyman und Warren Greenberg (2003), Why Competition Law Matters to Health Care Quality, in: *Health Affairs* 22/2, S. 31–44.
- Sauerland, Dirk (2001), The German strategy for quality improvement in health care: still to improve, in: *Health Policy* 56, S. 127–147.
- Sauerland, Dirk (2003), *Gesundheitspolitik in Deutschland*, 2. Aufl., Gütersloh.
- Schlender, Michael (2003), Zur Logik der Kosteneffektivität, in: *Deutsches Ärzteblatt* 100/33, S. A2140-A2141.
- Shleifer, Andrei (1985), A theory of yardstick competition, in: *RAND Journal of Economics* 16, S. 319–327.
- Starmans, B., Reiner Leidl und G. Rhodes (1997), A comparative study on cross-border hospital care in the Euroregion Meuse-Rhine, in: *European Journal of Public Health* 7(3 supplement), 33-41.
- StatBA – Statistisches Bundesamt (2000), *Gesundheitswesen, Fachserie 12, Reihe S.2, Ausgaben für Gesundheit 1970-1997*, Stuttgart.
- StatBA – Statistisches Bundesamt (2003), *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, <http://www.gbe.de>
- StatBA – Statistisches Bundesamt (2003a) *Krankenhausstatistik 2003*.
- StatBA – Statistisches Bundesamt (2004), *Ausgaben für Gesundheit*,
- SVR-GK – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001), *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band II Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege, Kurzfassung des Gutachtens 2000/2001*, in: <http://www.svr-gesundheit.de/gutacht/gutalt/Kurz001.pdf>
- Thompson, Andrew (1996), Competition and Quality: Friends or Foes?, in: *International Journal for Quality in Health Care* 8, S. 517–518.
- Toepffer, Johannes (1996), *Krankenversicherung im Spannungsfeld von Markt und Staat*, Bayreuth.
- Vistnes, Gregory (2003), *Geographic Markets and Hospital Competition – Theory and Empirical Evidence*, FTC/DOJ Hearings on Health Care and Competition Law Policy, www.ftc.gov/ogc/healthcarehearings/docs/vistnes.pdf
- von Eiff, Wilfried (2000), in: *Struktur und Informationswert qualitätsorientierter Vergleichsansätze*, in: derselbe (Hrsg.), *Krankenhausbetriebsvergleich*, Neuwied u.a.O., S. 401–407.
- Zwanziger, Jack und Glen A. Melnick (1996), Can managed care plans control health care costs?, in: *Health Affairs* 15, S. 185–199.