

Herr, Annika (Ed.)

Working Paper

Beiträge zum Wettbewerb im Krankenhaus- und Arzneimittelmarkt - Band 1: Krankenhäuser

DICE Ordnungspolitische Perspektiven, No. 37

Provided in Cooperation with:

Düsseldorf Institute for Competition Economics (DICE), Heinrich Heine University Düsseldorf

Suggested Citation: Herr, Annika (Ed.) (2013) : Beiträge zum Wettbewerb im Krankenhaus- und Arzneimittelmarkt - Band 1: Krankenhäuser, DICE Ordnungspolitische Perspektiven, No. 37, ISBN 978-3-86304-637-8, Heinrich Heine University Düsseldorf, Düsseldorf Institute for Competition Economics (DICE), Düsseldorf

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/68619>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

ORDNUNGSPOLITISCHE PERSPEKTIVEN

Nr 37

Beiträge zum Wettbewerb
im Krankenhaus- und
Arzneimittelmarkt -
Band 1: Krankenhäuser

Annika Herr (Hrsg.)

Januar 2013

IMPRESSUM

DICE ORDNUNGSPOLITISCHE PERSPEKTIVEN

Veröffentlicht durch:

Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät,
Düsseldorf Institute for Competition Economics (DICE), Universitätsstraße 1,
40225 Düsseldorf, Deutschland

Herausgeber:

Prof. Dr. Justus Haucap
Düsseldorfer Institut für Wettbewerbsökonomie (DICE)
Tel: +49(0) 211-81-15125, E-Mail: haucap@dice.hhu.de

DICE ORDNUNGSPOLITISCHE PERSPEKTIVEN

Alle Rechte vorbehalten. Düsseldorf 2013

ISSN 2190-992X (online) - ISBN 978-3-86304-637-8

Beiträge zum Wettbewerb im Krankenhaus- und Arzneimittelmarkt

Band 1: Krankenhäuser

Annika Herr (Hrsg.)

Januar 2013

**Sechs Seminararbeiten / Projektarbeiten von Studierenden des Moduls
Gesundheitsökonomie (Bsc. VWL und Bsc. BWL) der Wirtschaftswissenschaftlichen
Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf aus dem Sommer 2012**

Inhaltsverzeichnis

Band 1: Krankenhäuser

Kapitel 1: Steffen Grisse: Marktabgrenzung und Wettbewerb im deutschen Krankenhausmarkt - Überlegungen zur Fusion der Fresenius HELIOS-Kliniken Gruppe mit der Rhön-Klinikum AG.....	1
Kapitel 2: Mona Groß: Qualität von Krankenhäusern: Welche Maße werden in Deutschland diskutiert und was sagt die Praxis in den USA.....	21

Band 2: Arzneimittel

Kapitel 3: Dmitrij Schneider: Vertrauens- und Erfahrungsgüter auf dem Arzneimittelmarkt: Theoretische Modellierungsansätze und Preisdifferenzierung.....	46
Kapitel 4: Svenja Bauch: Das Generic Competition Paradox.....	61
Kapitel 5: Paul Haag: Entscheidungsunterstützung durch gesundheitsökonomische Evaluationen in Deutschland.....	76
Kapitel 6: Vanessa Kuske: Konsumentenwerbung bei Produktdifferenzierung, Preisregulierung und asymmetrischer Information: Wann sollte sie verboten bzw. erlaubt werden?	91

Vorwort

Die ausgewählten sechs Arbeiten beschäftigen sich mit Wettbewerb zwischen Krankenhäusern und Arzneimitteln. Bei Gesundheitsgütern sind Preise häufig direkt oder indirekt reguliert oder für Nachfrageentscheidungen wegen der umfassenden Versicherungsdeckung weniger relevant als bei anderen Gütern. Wettbewerb findet daher vor allem im Bereich der Qualität statt, die jedoch häufig unzureichend durch den Patienten beobachtbar ist. Die Ausgestaltung des Wettbewerbs und die Qualität der Anbieter im Krankenhaus- und Arzneimittelmarkt stehen im Fokus dieser beiden Sammelbände.

Die Arbeiten entstanden als Projektarbeiten / Zusatzleistungen (Modul BQV02) in Kombination mit dem Modul Gesundheitsökonomie (BW26) im Sommersemester 2012 an der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Ihre Veröffentlichung in den Ordnungspolitischen Perspektiven des Düsseldorfer Instituts für Wettbewerbsökonomie (DICE) verfolgt drei Ziele: Zuerst sind die bearbeiteten Themen Gegenstand aktueller gesundheitsökonomischer Diskussionen. Die Ausarbeitungen bieten daher für ein vielschichtiges Publikum aus Wissenschaft, Politik und Praxis die Möglichkeit, in einer übersichtlichen Form einen Einstieg in diese Themen und ihre Bewertung aus ökonomischer Sicht zu erlangen. Zweitens kann die Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf so einen ersten Eindruck über die wissenschaftlichen Leistungen der Studierenden des B.Sc. BWL und B.Sc. VWL vermitteln. Schlussendlich bietet es den Studierenden ein Forum, Ihre Schlussfolgerungen öffentlich zu diskutieren.

Die sechs Arbeiten können in zwei Gruppen unterteilt werden. Kapitel 1 und 2 beschäftigen sich mit dem Krankenhausmarkt und werden in diesem „Band 1: Krankenhäuser“ veröffentlicht. Der Wettbewerb zwischen Krankenhäusern wird zunächst in Kapitel 1 von Steffen Grisse anhand einer im Frühjahr 2012 angedachten Fusion der Fresenius HELIOS-Kliniken Gruppe mit der Rhön-Klinikum AG untersucht. Mona Groß diskutiert in Kapitel 2 die Messung der Qualität von Krankenhäusern in Deutschland im Vergleich zu den USA.

Der „Band 2: Arzneimittel“ (DICE Ordnungspolitische Perspektiven Nr. 38), beschäftigt sich mit Wettbewerb, Nutzenbewertung und asymmetrischer Information auf dem Arzneimittelmarkt. Dmitrij Schneider wählt zur Erklärung des beobachteten Preissetzungsverhaltens verschiedener Arzneimittelfirmentypen zwei anschauliche Modelle mit Qualitätsdifferenzen und asymmetrischer Information (Kapitel 3). In Kapitel 4 beschäftigt sich Svenja Bauch explizit mit theoretischen Erklärungsansätzen des international empirisch

beobachtbaren sogenannten „Generikawettbewerbsparadoxons“. Dieses besagt, dass Hersteller ehemals patentgeschützter Arzneimittel bei Markteintritt von Generika ihre Preise erhöhen statt sie – wie ökonomisch plausibel – zu senken.

Die letzten beiden Arbeiten untersuchen zwei konkrete Regulierungsmaßnahmen auf dem deutschen bzw. europäischen Arzneimittelmarkt. Paul Haag beschreibt in Kapitel 5 den Stand der gesundheitsökonomischen Evaluation zur Bewertung von Arzneimittelinnovationen in Deutschland und wägt Argumente der Gegner und Befürworter des deutschen Verfahrens ab. In Kapitel 6 analysiert Vanessa Kuske die Effekte von direkter Konsumentenwerbung auf die Arzneimittelnachfrage und Preise und entwickelt daraus Schlussfolgerungen zum Werbeverbot für verschreibungspflichtige Arzneimittel in der EU.

Ich bedanke mich bei den beteiligten Studierenden für ihr Engagement, bei Nadja Chernyak und Moritz Supplet für die Unterstützung bei der Betreuung der Kapitel 5 und 6 sowie bei Marko Niibek für die Hilfe beim Layout dieses Sammelbands.

Annika Herr

Düsseldorf, Januar 2013

Kapitel 1

Marktabgrenzung und Wettbewerb im deutschen Krankenhausmarkt - Überlegungen zur Fusion der Fresenius HELIOS-Kliniken Gruppe mit der Rhön-Klinikum AG

Steffen Grisse¹

Diese Arbeit entstand als Projektarbeit/Zusatzleistung (Modul BQV02) in Kombination mit dem Modul Gesundheitsökonomie (BW26) im Sommersemester 2012 an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Zusammenfassung

Die angegangene Fusion der Fresenius HELIOS-Kliniken Gruppe mit der Rhön-Klinikum AG sollte der bisher größte Zusammenschluss auf dem deutschen Krankenhausmarkt werden. Diese Arbeit konzentriert sich dabei beispielhaft und fiktiv auf die kartellrechtlichen und volkswirtschaftlichen Auswirkungen einer möglichen Fusion am Krankenhausmarkt Cuxhaven. Die Untersuchung zeigt, dass die Bestimmung des Radius des räumlichen Marktes und der Krankenhauskonkurrenten maßgeblich für die Zulässigkeit der Fusion ist. Während bei einem großen Einzugsgebiet ein Zusammenschluss kartellrechtlich unbedenklich ist, müsste bei einem kleinen Einzugsgebiet das Bundeskartellamt die Fusion am Markt Cuxhaven unterbinden.

¹ Email: steffen.grisse@hhu.de

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	3
Abkürzungsverzeichnis	3
1 Einleitung	3
2 Besonderheiten des Krankenhausmarktes in Deutschland	4
2.1 Preis- und Qualitätswettbewerb	4
2.2 Trägerschaften von Krankenhäusern	5
3 Marktabgrenzung.....	7
3.1 Sachliche Marktabgrenzung.....	7
3.2 Räumliche Marktabgrenzung.....	8
3.3 Marktmacht aus kartellrechtlicher Sicht	8
4 Die Fusion der Fresenius HELIOS-Kliniken Gruppe mit der Rhön-Klinikum AG.....	10
4.1 Geschäftsinformationen der Fresenius HELIOS-Kliniken Gruppe und der Rhön-Klinikum AG im Vergleich.....	7
4.2 Übernahmeangebot	8
4.3 Volkswirtschaftliche Bedeutung	13
5 Die Fusion am Beispiel des Krankenhausmarktes Cuxhaven	14
5.1 Der Cuxhavener Krankenhausmarkt.....	14
5.2 Zwei mögliche Szenarien der Entscheidung des Bundeskartellamts.....	15
5.2.1 Räumliche Marktabgrenzung allgemein.....	15
5.2.2 Räumliche Marktabgrenzung mit 30km Radius	15
5.2.3 Räumliche Marktabgrenzung mit 50km Radius	16
5.3 Fazit des Fallbeispiels	17
6 Das Scheitern der Fusion ?	18
7 Fazit	18
Literaturverzeichnis.....	19

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verteilung der Krankenhäuser nach Trägerschaft	9
Abbildung 2: Verteilung der Kliniken der Fresenius HELIOS-Kliniken Gruppe	14
Abbildung 3: Verteilung der Kliniken der Rhön-Klinikum AG	14

Abkürzungsverzeichnis

BKartA	---	Bundeskartellamt
DRG	---	Deutsche Röntgengesellschaft e.V.
EBIT	---	Earnings Before Interest and Taxes
EBITDA	---	Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization
EKD	---	Evangelische Kirche in Deutschland
G-BA	---	Gemeinsamer Bundesausschuss
GWB	---	Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen
HHI	---	Herfindahl-Hirschman Index
LBK	---	Landesbetrieb Krankenhäuser in Hamburg

1 Einleitung

Das Ziel dieser Arbeit ist, die Marktabgrenzung und den Wettbewerb im deutschen Krankenhausmarkt anhand von Überlegungen zur Fusion der Fresenius HELIOS-Kliniken Gruppe mit der Rhön-Klinikum AG darzustellen. Diese Fusion hebt sich von den meisten anderen am Krankenhausmarkt ab, da mit der Fresenius HELIOS-Kliniken Gruppe und der Rhön-Klinikum AG die beiden größten privaten Träger von Krankenhäusern beteiligt sind. Sie kann eine bedeutende Veränderung am Krankenhausmarkt hervorrufen und weckt somit auch aus volkswirtschaftlicher Sicht Interesse. Um dies zu verdeutlichen, werden im zweiten Abschnitt die Besonderheiten des Krankenhausmarktes durchleuchtet, wobei insbesondere auf Preis- und Qualitätswettbewerb sowie auf die unterschiedlichen Träger von Krankenhäusern

eingegangen wird. Im dritten Abschnitt wird das kartellrechtliche Vorgehen bei der Untersuchung von Fusionen am Krankenhausmarkt allgemein erläutert. Dabei liegt ein besonderer Fokus auf der räumlichen und sachlichen Marktabgrenzung. Außerdem wird erklärt, ab welchem Zeitpunkt das Bundeskartellamt auf Marktmacht eines Unternehmens schließt. Der nächste Abschnitt geht auf die Fusion der beiden Marktführer im Krankenhausmarkt konkret ein. Nachdem sowohl das Unternehmen Fresenius HELIOS und die Rhön-Klinikum AG als auch das Übernahmeangebot der von Fresenius HELIOS vorgestellt werden, umreißt diese Arbeit die volkswirtschaftliche Bedeutung des Zusammenschlusses. Im fünften Abschnitt wird ein Teil der Fusion exemplarisch am Krankenhausmarkt Cuxhaven nach den zuvor entwickelten Kriterien überprüft, bevor der letzte Abschnitt aufzeigt, woran die Fusion von Fresenius HELIOS mit der Rhön-Klinikum AG scheiterte.

2 Besonderheiten des Krankenhausmarktes in Deutschland

2.1 Preis- und Qualitätswettbewerb

Zur Betrachtung und Analyse der Fusion zweier Krankenhausketten in privater Trägerschaft müssen zunächst die allgemeinen Besonderheiten des Krankenhausmarktes erläutert werden. Hierzu zählt vor allem die im Verhältnis zu anderen Märkten ungewöhnliche Bedeutung des Qualitäts- und Preiswettbewerbs. Während bei den meisten Märkten eine freie Preissetzung möglich ist, wird das deutsche Gesundheitswesen sehr stark vom Gesetzgeber preisreguliert. So werden Krankenhausleistungen bundeslandeinheitlich durch diagnosebezogene Fallgruppen Pauschalen vergütet (DRG-Fallpauschalen) (Coenen, Haucap, Herr, 2011). Dies bedeutet, dass ein Dienstleister für medizinische Versorgung Vergütung für eine bestimmte Behandlung in einer vorher festgelegten Größe erhält. Da dies von jedem Bundesland entschieden wird, führt es dazu, dass ein Preiswettbewerb um die Krankenkassen, die die Behandlungen bezahlen, innerhalb der Bundesländer nahezu ausgeschlossen ist. (Coenen, Haucap, Herr, 2011). Dementsprechend wichtig ist der Qualitätswettbewerb, wobei auch dieser durch teilweise Regulierungen von staatlichen Behörden nicht uneingeschränkt möglich ist. Im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) werden die Eigenschaften der Qualität eines Krankenhauses bemessen (Clinotel, 2010). Dies erfolgt durch die Bewertung der Merkmale von Heilungserfolgen, Wartezeiten, Zimmerausstattungen, Hotelqualitäten der Krankenhäuser, Freundlichkeit der Mitarbeiter sowie die Qualität der Verpflegung. (Coenen,

Haucap, Herr, 2011). Hierbei ist jedoch das Problem der schlechten Markttransparenz zu erkennen. So ist es schwierig, die Qualität objektiv zu vergleichen, da ein heterogenes Leistungsspektrum für die Krankenhäuser besteht (Coenen, Haucap, Herr, 2011). Auch die gesetzliche Vorgabe zur Markttransparenz (Leitfaden Fusionskontrolle BKartA, 2009) verändert nichts daran, sodass sogar für Fachleute keine wirkliche Qualitätstransparenz gegeben ist (Monopolkommission, 2008). Aus diesem Grund nimmt das Kartellamt an, dass ein Krankenhaus mit hoher Marktmacht einen Anreiz besitzt die Qualität zu senken, da dies üblicherweise mit einer Kostensenkung einhergeht. Dies würde sich direkt auf die Konsumentenrente auswirken.

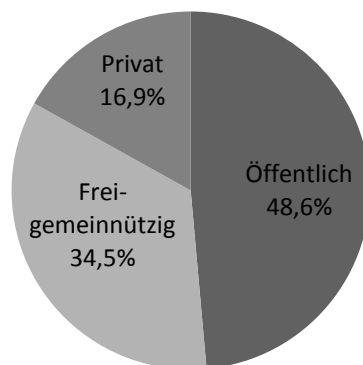
2.2 Trägerschaften von Krankenhäusern

Im Krankenhausmarkt gibt es drei Anbietergruppen: Privat-rechtliche, öffentlich-rechtliche und freigemeinnützige Träger. Nach der Pflegestatistik des statistischen Bundesamtes sind private Trägerschaften Einrichtungen, die von privat-gewerblichen Trägern unterhalten werden (Gbe, 2012a). „Öffentliche Trägerschaften sind Einrichtungen, die von kommunalen Trägern unabhängig von ihrer Betriebsart unterhalten werden. Hierzu gehören kommunale Betriebe in privater Rechtsform (z.B. GmbH), kommunale Eigenbetriebe sowie Regiebetriebe der kommunalen Verwaltung. Sonstige öffentliche Träger können z.B. der Bund, ein Land, ein höherer Kommunalverband oder eine Stiftung des öffentlichen Rechts sein“ (Gbe, 2012b). „Freigemeinnützige Träger sind Träger der freien Wohlfahrtspflege. Dies sind: Arbeiterwohlfahrt, Deutscher Caritasverband, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Deutsches Rotes Kreuz, Diakonisches Werk der EKD (Evangelische Kirche in Deutschland) (Anm. des Autors), Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland sowie die Religionsgemeinschaften des öffentlichen Rechts. Zu den sonstigen gemeinnützigen Trägern gehören die gemeinnützigen Träger, die keinem der sechs Spitzenverbände angeschlossen sind“ (Gbe, 2012c). Obwohl seit 1991 der Anteil der privaten Einrichtungen gestiegen ist, stellen öffentliche Träger weiterhin 48,6% aller Betten. Frei-gemeinnützige Einrichtungen stellen mit 34,5% noch etwa das Doppelte des Anteils der privaten Einrichtungen (16,9%). (Siehe Abbildung 1). Gliedert man dies jedoch nach dem Anteil an Einrichtungen auf, so erkennt man, dass der Anteil der öffentlichen Einrichtungen von 1991 bis 2010 von 46% auf 30,5% und der Prozentsatz der freigemeinnützigen Einrichtungen von 39,1% auf 33,6% sank. Der Anteil der privatwirtschaftlichen Einrichtungen dagegen stieg von 14,8% auf 32,9% und hat sich somit in den 19 Jahren mehr als verdoppelt (Statistisches Bundesamt, 2011b). Seit

2002 ist ein deutlicher Rückgang von Betten insgesamt zu erkennen. So sank die Anzahl der Betten von 547.284 im Jahr 2002 auf 502.749 im Jahr 2010 (Statistisches Bundesamt, 2011b). Dies entspricht einem Rückgang von 8,1%. Auch die Verteilung der Krankenhäuser nach Trägern ist unterschiedlich zu der heutigen Situation. So waren 2002 noch mehr als die Hälfte aller Krankenausbetten in öffentlicher Hand (54,5%) und nur 8,9% in privatem Besitz.

Abbildung 1: Verteilung der Krankenhäuser nach Trägerschaft

Verteilung der Krankenhausbetten nach Trägerschaft im Jahr 2010



Quelle 1: Statistisches Bundesamt, 2011a

An der Entwicklung der Marktanteile bei gleichzeitigem Abbau von Krankenhausbetten erkennt man, dass das Wachstum der privaten Betreiber durch Zukauf von kommunalen Krankenhäusern erfolgte. Dieser Trend wirkt fort. Aufgrund der angespannten Finanzlage der Kommunen sind diese nicht in der Lage, Krankenhäuser weiter zu unterhalten und verkaufen sie an private Konkurrenten. Private Unternehmen sind oftmals durch Sanierungen, Rationalisierungen und intelligentes Investment eher dazu in der Lage, dasselbe Krankenhaus wirtschaftlicher zu führen als nicht-private Träger (Augurzky et al., 2009). Außerdem haben die Krankenhäuser von privaten Trägern die Möglichkeit flexibler zu agieren und sich besser auf die Bedürfnisse ihrer Kunden einzustellen als öffentliche Krankenhäuser, die sich im Regelfall mit ihren Kommunen absprechen müssen. Auch Investitionen in neue und kosteneffizientere Methoden und Ausstattungen sind in privaten Krankenhäusern einfacher durchzuführen und machen diese wirtschaftlich effizienter.

3 Marktabgrenzung

Das interne Wachstum am Krankenhausmarkt ist sehr begrenzt. Die Betreiber sind dadurch auf externes Wachstum angewiesen, also auf die Übernahme von anderen Krankenhäusern. Dies führt dazu, dass im Krankenhausmarkt öfter Fusionen und Geschäftsübernahmen stattfinden und somit das Bundeskartellamt (BKartA) diese kartellrechtlich überprüfen muss. Dafür muss es die Marktmacht bestimmen. Als Voraussetzung um diese berechnen zu können, benötigt das Bundeskartellamt eine sachliche und räumliche Marktabgrenzung. Eine sinnvolle Bestimmung des Marktes ist elementar, da dies die Höhe der Marktanteile der Zusammenschlussbeteiligten und ihrer Wettbewerber stark beeinflusst. (Bangard, 2007).

3.1 Sachliche Marktabgrenzung

Bei der sachlichen Marktabgrenzung überprüft das BKartA, ob die Krankenhäuser die gleichen Patientengruppen als Kunden haben und deshalb miteinander konkurrieren. Das BKartA geht von einem sachlichen Markt für akutstationäre Krankenhausdienstleistungen aus (Bangard, 2007). Rehabilitationszentren, medizinische Versorgungszentren, Psychiatrien, Pflege und ambulante Leistungen können ausgeschlossen werden (Bangard, 2007). Der Krankenhausmarkt wird somit bezeichnet als Markt, an dem die Patienten, der unmittelbare Nachfrager, ihre akute medizinische Behandlung erhalten. Dies geschieht typischerweise in Krankenhäusern (Bangard, 2007). Folglich stehen diese im direkten Wettbewerb um den Patienten, der zudem einen gesetzlichen Anspruch auf Behandlung in jedem zugelassenen Krankenhaus hat. Es wird jedoch nicht unterschieden, welche Fachabteilungen das Krankenhaus aufweist (Angebotsbreite). Ob dies das richtige Vorgehen ist, wird häufig diskutiert (vgl. Boble, 2005 und Kallfass, Kuchinke, 2006). Das BKartA stützt sich dabei aber auf die Überlegung, dass es bei medizinischen Dienstleistungen in einem Krankenhaus viele Überschneidungsbereiche gibt (Bangard, 2007). Außerdem betrachtet der Patient im Regelfall das Gesamtangebot des Krankenhauses, auch wenn er nur eine Teilleistung benötigt. Dies wird vom BKartA als Sortimentsmarkt bezeichnet (Bangard, 2007). Zusätzlich existiert auch keine Unterscheidung nach Versorgungsstufen (Angebotstiefe). Eine vorbereitende Behandlung hat den gleichen Stellenwert wie etwa eine eingreifende Behandlung (Bsp. Operation) (Bangard, 2007). Auch Privatkliniken werden ausgegrenzt, wobei sich hier der Begriff Privatklinik auf Kliniken ohne Zulassung bezieht. Hierzu zählen etwa Schönheitskliniken. Diese gehören nicht zum Gesundheitswesen, da sie keinen medizinischen

Nutzengewinn erzielen (Bangard, 2007). Die rekonstruktive plastische Chirurgie zählt jedoch trotzdem zum Krankenhausmarkt, weil sie durch die Wiederherstellung eines alten Gesundheitszustandes einen wohlfahrtswirksamen Nutzen erbringt. Unter dem sachlichen relevanten Markt versteht man somit zusammenfassend alle akutstationären Krankenhäuser.

3.2 Räumliche Marktabgrenzung

Neben der sachlichen Marktabgrenzung muss das BKartA auch eine räumliche Marktabgrenzung durchführen. Um den räumlichen Markt zu definieren, ermittelt es, aus welchem Einzugsgebiet die Patienten der Krankenhäuser kommen (Patientenströme). Dies geschieht, da das Konzept des BKartA auf einer nachfrageorientierten Betrachtung (Bedarfsmarktkonzept) basiert, da medizinische Leistungen meist nur in der Nähe des Aufenthaltsortes des Verbrauchers erbracht werden können (Bangard, 2007). Dies ist ein rein fallzahlenbezogenes Ermittlungsverfahren ohne Rücksicht auf Umsätze (Bangard, 2007). Um nun den relevanten Markt abzugrenzen, teilt das BKartA vorher die Region in kleine Gebiete (Postleitzahlen-Bereiche) auf, um somit ein „Patienten-Wanderungsprofil“, also ein Profil der Bewegungen der Patienten, zu erhalten. Daraus berechnet das BKartA die Marktanteile der jeweiligen Krankenhäuser an Patienten und erstellt deren relevantes Einzugsgebiet (Coenen, Haucap, Herr, 2011). Personen die sich in Krankenhäusern, die weiter entfernt liegen, behandeln lassen, und somit höhere Opportunitätskosten haben (Coenen, Haucap, Herr, 2011), üben einen geringeren, bzw. marginalen, Wettbewerbsdruck aus (Bangard, 2007). Außerdem benötigt das Bundeskartellamt die Eigenversorgungsquote. Diese zeigt, wie viel Prozent der in der Region erkrankten Patienten auch in dieser Region behandelt werden. Berechnet wird dies als Summe der Marktanteile der in der Region gelegenen Krankenhäuser (Coenen, Haucap, Herr, 2011). Eine hohe Quote lässt auf einen abgeschlossenen räumlichen Markt schließen. Ist sie nicht ausreichend groß, wird das Einzugsgebiet schrittweise vergrößert und somit die Eigenversorgungsquote tendenziell gesteigert (Coenen, Haucap, Herr, 2011). Das BKartA erhält zum Schluss einen regionalen Markt mit einem Radius von einigen Kilometer um das relevante Krankenhaus. Dieser Radius ist in städtischen Regionen in der Regel deutlich kleiner als in ländlichen Gegenden.

3.3 Marktmacht aus kartellrechtlicher Sicht

Nachdem der Markt räumlich und sachlich eingegrenzt wurde, muss überprüft werden, ob eine marktbeherrschende Stellung vorliegt. Dazu werden zuerst die Marktanteile der einzelnen

Krankenhäuser ermittelt, indem man die Daten der Patientenwanderungen verwendet und die Anzahl der benutzten Krankenhausbetten (Bangard, 2007). Anhand dieser Kennzahlen wird berechnet, welches Krankenhaus wie viel Prozent der Patienten behandelt hat. Hieraus kann auch der Konzentrationsgrad mit Hilfe des Herfindahl-Hirschman-Index (HHI) berechnet werden (Leitfaden Fusionskontrolle BKartA, 2009). Mit Hilfe des Marktanteils und des HHIs, der hauptsächlich dazu verwendet wird, Veränderung des Konzentrationsgrades nach der Fusion darzustellen, wird eine Entscheidung getroffen, ob das Unternehmen eine unzulässige marktbeherrschende Stellung aufweist (Leitfaden Fusionskontrolle BKartA, 2009). Dies ist im Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkung (GWB) geregelt. Wichtig ist hierbei vor allem der §19 GWB, der den Missbrauch einer marktbeherrschenden Stellung definiert. Der §19 Abs. 3 GWB enthält die Vermutungsregel, die besagt, dass eine marktbeherrschende Stellung eines Unternehmens dann vermutet wird, wenn das Unternehmen einen Marktanteil von mindestens einem Drittel hat. Besteht die Gesamtheit von Unternehmen aus drei oder weniger Unternehmen, so lässt ein Marktanteil von 50% auf Marktmacht schließen (§19 Abs.3 Nr.1 GWB) und bei fünf oder weniger Unternehmen, müssen die Unternehmen zusammen einen Marktanteil von zwei Drittel erreichen, damit die marktbeherrschende Stellung vermutet werden kann (§19 Abs.3 Nr.2 GWB). Eine Ausnahmeregel besteht nur dann, wenn das Unternehmen nachweisen kann, dass der hohe Marktanteil keine Wettbewerbsverzerrung bewirkt oder dass die Gesamtheit der Unternehmen im Verhältnis zu den übrigen Wettbewerbern keine überragende Marktstellung hat. Neben dem Marktanteil betrachtet das BKartA auch die „Finanzkraft, den Zugang zu den Beschaffungs- und Absatzmärkte, die Verflechtungen mit anderen Unternehmen, rechtliche oder tatsächliche Schranken für den Marktzutritt anderer Unternehmen, den tatsächlichen oder potentiellen Wettbewerb durch innerhalb oder außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes ansässiges Unternehmen, die Fähigkeit, sein Angebot oder seine Nachfrage auf andere Waren oder gewerbliche Leistungen umzustellen, sowie die Möglichkeit der Marktgegenseite, auf andere Unternehmen auszuweichen“ (§19 Abs.2 Satz 1 Nr. 2 GWB). Dies wird unter dem Begriff Strukturvorteile zusammengefasst (Bangard, 2007). Diese Strukturvorteile müssen ebenfalls geprüft und gewichtet werden (Bangard, 2007) und können das Ergebnis der Oligopolvermutung verändern. So ist zwar oft die Oligopolvermutung rechnerisch erfüllt, da jedoch die strukturellen Eigenschaften der unterschiedlichen Träger im Regelfall stark verschieden sind, kann oligopoltypisches Parallelverhalten nicht angenommen werden (Bangard, 2007).

4 Die Fusion der Fresenius HELIOS-Kliniken Gruppe mit der Rhön-Klinikum AG

Am 18. Mai 2012 veröffentlichte der Konzern Fresenius das Übernahmeangebot an die Rhön-Klinikum AG. Die Fusion wäre die bis dato größte Fusion am deutschen Krankenhausmarkt für private Trägerschaften.

4.1 Geschäftsinformationen der Fresenius HELIOS-Kliniken Gruppe und der Rhön-Klinikum AG im Vergleich

Die beiden Krankenhausbetreiber sind die größten privaten Krankenhausträger in Deutschland. Während HELIOS eine abhängige Tochtergesellschaft vom Fresenius Konzern ist und einen Anteil am Gesamtumsatz von 16,1% der Mutter ausmacht, ist die Rhön-Klinikum AG eine eigenständige private Aktiengesellschaft. Nicht nur die Aussage, dass HELIOS etwa 3.3% und Rhön ca. 3,1% aller Krankenhausbetten im Jahr 2010 Deutschland gestellt haben (Statistisches Bundesamt, 2011a), lässt auf eine vergleichbare Größe der Unternehmen schließen. In Tabelle 1 sind relevante Geschäftszahlen gegenübergestellt.

Tabelle 1: Wichtige Geschäftszahlen im Vergleich

	Helios	Rhön
Umsatz im Geschäftsjahr 2011	2,665 Mrd. €	2,629 Mrd. €
Operatives Ergebnis (EBIT)	270 Mio. €	213 Mio. €
Konzerngewinn	163 Mio. €	161 Mio. €
Anzahl der Mitarbeiter	37.198	39.325
Anzahl der Kliniken	65	53
Medizinische Versorgungszentren	30	38
Anzahl der Betten	20.112	15.973
<i>Davon</i>		
Betten in Akutkliniken	16.690	14.157
Betten in Rehabilitationskliniken	3.422	1.380
Sonstige stationäre Kapazitäten	/	436
Behandelte Patienten	2.391.812	2.277.153
<i>Davon</i>		
Ambulant medizinische versorgt	1.726.704	1.037.580
Stationär behandelt	665.108	675.236
<i>Davon</i>		
in Akutkliniken	632.778	664.041
in Rehabilitationskliniken	32.330	11.195
Durchschnittliche Verweildauer	6,7 Tage	11 Tage

Quelle 1: Fresenius, 2011, Quelle 2: Rhön-Klinikum AG, 2011

Da für eine Fusion auch die räumliche Verteilung der Krankenhäuser eine wichtige Rolle spielt, ist zu erwähnen, dass Kliniken von Fresenius HELIOS vor allem in West-, Nord- und Südwestdeutschland vertreten sind. Die Mitte Deutschlands hat in der bisherigen Aufstellung des Unternehmens eine geringere Rolle gespielt (Abbildung 2). Bemerkenswert ist nun, dass die Rhön-Klinikum AG vor allem im zentralen und im Süden Deutschlands vertreten ist (Abbildung 3).

Abbildung 2: Verteilung der Kliniken der Fresenius HELIOS-Kliniken Gruppe



Quelle 3: Chiron, 2011

Abbildung 3: Verteilung der Kliniken der Rhön-Klinikum AG



Quelle 4: Rhön-Klinikum AG, 2012

4.2 Übernahmeangebot

Am 18. Mai 2012 veröffentlichte Fresenius das freiwillige öffentliche Übernahmeangebot für die Rhön-Klinikum AG mit einer Annahmefrist bis zum 27. Juni 2012. Dabei wurde den Aktionären der Rhön-Klinikum AG 22,50€ pro Aktie angeboten. Im Geschäftsmodell von Fresenius HELIOS ist eine Mindest-Aannahmequote von 90% des Grundkapitals vorgesehen. Diese soll verhindern, dass bei den Rhön-Klinikum AG Aktionären eine Sperrminorität von 10% bestehen kann, wodurch ein freies Walten der Fresenius HELIOS-Kliniken Gruppe

unterbunden werden würde. Aus diesem Grund wurde der Kaufpreis auf rund 3,1Mrd. € beziffert (Fresenius, 2012a). Das Angebot lag um 52% über dem Schlusskurs der Rhön-Klinikum AG Aktien vom 25. April 2012 und um 53% oberhalb des volumengewichteten Durchschnittskurses der letzten drei Monate (Fresenius, 2012a). Hierbei bezog sich Fresenius auf die XETRA Börse. Eine Genehmigung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) lag zum Zeitpunkt der Abgabe des Übernahmeangebots vor. Der Aufsichtsratsvorsitzende und Unternehmensgründer der Rhön-Klinikum AG, Herr Eugen Münch, besaß zusammen mit seiner Frau 12,45% des Grundkapitals der Rhön-Klinikum AG (Übernahmeangebot 2012). Die Familie Münch hat im Vorhinein dem Angebot zugestimmt und empfahl den Verkauf der Aktie an die Aktionäre weiter. Es ist bemerkenswert, dass die Aktionäre mit weniger als 3% der gesamten Stimmrechte 63,2% der Aktien besaßen. Die noch verbleibenden 24,35% der Aktien waren im Besitz verschiedener amerikanischen Investmentgruppen sowie 9,9% im Besitz der schwedischen Alectapensionsförsäkringömesesidigt (Rhön-Klinikum AG, 2011). Eine schnelle, unproblematische Abwicklung der Übernahme schien auf Grund des hohen Anteils von 63,2% Streubesitz recht unwahrscheinlich. Auch war aus Sicht von Fresenius zu befürchten, dass ausländische Investmentfonds und nationale Konkurrenten das Ziel der Übernahme gefährden könnten. Es wurden ebenfalls Befürchtungen geäußert, dass das Bundeskartellamt die Übernahme von einzelnen Kliniken und Medizinischen Versorgungszentren unterbinden könnte (o.V., 2012). Ein generelles Fusionsverbot schien jedoch auf Grund der großen Konkurrenz am Krankenhausmarkt und der geringen marktbeherrschenden Stellung als unwahrscheinlich (vgl. §19 Abs.3 Nr.1 GWB).

Das Ziel der Übernahme war eine Ausweitung der Marktmacht der Unternehmen. Nach der Fusion wäre Rhön-Klinikum AG-Fresenius HELIOS der mit Abstand größte private Krankenhausträger in Deutschland. Da sich die beiden privaten Träger auf den Krankenhausmarkt in unterschiedlichen Regionen Deutschlands konzentriert haben, würde sich die Verteilung der Krankenhäuser gut ergänzen. Etwa 75% der deutschen Bevölkerung hätte somit die Möglichkeit innerhalb einer Stunde eine Klinik der Gruppe zu erreichen (Übernahmeangebot, 2012). Des Weiteren wurden Verbundvorteile durch die Fusion erwartet, sodass die Effektivität aller Krankenhäuser gesteigert werden könnte. Hierbei ist zu erwähnen, dass der Konzern Fresenius nicht nur am Krankenhausmarkt aktiv ist, sondern auch an der Produktion, Entwicklung und Vertrieb von medizinischen Gütern (Fresenius, 2011). Dies

führt zu vertikalen Vorteilen innerhalb des Konzerns, von denen nach der Fusion auch die Krankenhäuser der Rhön-Klinikum AG profitieren würden. Ein weiteres wichtiges Ziel der Fusion ist es, wirtschaftliche Vorteile aus der regionalen Nähe der Kliniken zu beziehen. Dies sei vor allem durch Einsparpotenziale im Bereich der nichtmedizinischen Leistungen, wie etwa bei der Wäscherei oder der Krankenhausküche, möglich. (Fresenius, 2011). Weitere Aspekte der Übernahmestrategie von Fresenius sind die Sanierungspläne für übernommene Akutkliniken, sowie die Implementierung des „Fresenius HELIOS-Qualitätsmanagementsystems“ (Fresenius Helios-Kliniken Gruppe, 2012). Durch die Erfahrung vergangener Expansionen im deutschen Krankenhausmarkt, wie etwa bei der Übernahme der Damp-Gruppe 2011/12, scheint das Unternehmen sich in der Lage zu fühlen, Sanierungsmaßnahmen, wie etwa den Umbau, bzw. Neubau von Gebäuden, sowie die Investition in medizintechnische Geräte und die Reorganisation interner Prozesse, den Umsatz und den EBITDA zu steigern. Hierbei hat Fresenius als allgemeines Ziel, den EBITDA innerhalb von 5 Jahren nach der Erstkonsolidierung auf 15% zu steigern (Fresenius, 2011).

4.3 Volkswirtschaftliche Bedeutung

Das Ziel einer Fusion sollte im volkswirtschaftlichen Sinne eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung sein (BKartA, 2005). Somit ist eine Überprüfung auf Wohlfahrtsaspekte hin notwendig. Das BKartA prüft jedoch ausschließlich auf Wettbewerbsauswirkungen und lässt die Wohlfahrtsaspekte außen vor (Ribhegge, 2008). Die Besonderheit des Krankenhausmarktes kommt auch hier wieder zu tragen. Besonders ist, dass die Idee der Wohlfahrtsmaximierung mit dem politischen Ziel einer guten Gesundheitsversorgung konkurrieren kann. Eine rein marktliche Lösung würde eine Versorgung nach den Zahlungsbereitschaften präferieren und könnte somit auch ökonomisch effizient sein. Aus gesundheitspolitischen Aspekten sollte die Versorgung aber nach den Bedürfnissen der Patienten ausgerichtet werden (Ribhegge, 2008). Eine reine Marktlösung scheint im Gesundheitsbereich fragwürdig zu sein. Auch verschiedene Gründe für das Versagen des Marktes, eine optimale Allokation der Ressourcen im volkswirtschaftlichen Sinne zu erreichen (Marktversagen), wie etwa öffentliche Güter, externe Effekte, natürliche Monopole und Informationsasymmetrien, liegen am Krankenhausmarkt vor. Eine Wohlfahrtsmaximierung durch eine marktliche Lösung kann daher angezweifelt werden (Ribhegge, 2008). Bei einer Preissetzung über die Zahlungsbereitschaft, die an unregulierten Märkten üblich ist, können Personen ohne Zahlungsfähigkeit keine medizinischen Leistungen

erhalten. Es würde somit zu einer Unterversorgung kommen (Ribhegge, 2008). Da am regulierten Krankenhausmarkt der Preis eine untergeordnete Rolle spielt, sondern vielmehr die Qualität der Güter und die räumliche Nähe die Entscheidungen des Patienten beeinflussen, würde eine Fusion diese Merkmale verändern. Nach der Fusion könnte Helios-Rhön die Marktmacht in einzelnen Regionen besitzen und hätte den Anreiz, seine Produzentenrente zu Ungunsten der Konsumentenrente zu maximieren. Auf Grund von mangelnder Konkurrenz hätte das marktbeherrschende Unternehmen die Möglichkeit die Qualität und somit die Kosten zu senken, ohne einen starken Einbruch in der Nachfrage zu erwarten. Dies ist am Krankenhausmarkt möglich, da eine unelastische Nachfrage besteht (Phelps, 1997). Wohlfahrtstechnisch könnte dies zwar ökonomisch effizient sein, würde jedoch die Gesundheitsversorgung für den Patienten verschlechtern. Es kommt bei einer Fusion also zu dem Konflikt zwischen Wohlfahrtsmaximierung und gesundheitspolitischen Zielen (Ribhegge, 2008).

5 Die Fusion am Beispiel des Krankenhausmarktes Cuxhaven

5.1 Der Cuxhavener Krankenhausmarkt

Um die Auswirkung einer Fusion der Rhön-Klinikum AG und der Fresenius Tochter anschaulich darzustellen, wird in dieser Arbeit exemplarisch eine Fusion aus kartellrechtlicher Sicht soweit wie möglich untersucht. Dazu eignet sich der Raum Cuxhaven besonders gut. In diesem Markt ist eine in Deutschland einzigartige Situation vorzufinden. Dort haben sowohl die Rhön-Klinikum AG mit dem Stadtkrankenhaus als auch die Fresenius HELIOS-Kliniken Gruppe eine Klinik. Des Weiteren besteht innerhalb der Stadt aus kartellrechtlicher Sicht keine weitere Konkurrenz. Erst außerhalb von Cuxhaven lassen sich Wettbewerber wiederfinden. Besonders ist an dem Cuxhavener Markt auch, dass die Stadt direkt an der Nordsee gelegen ist und nur eine geringe Patientenbewegung über das Meer zu verzeichnen ist. Dies führt dazu, dass es geographische Besonderheiten gibt. So nimmt etwa die Stadt Brunsbüttel mit ihren Krankenhäusern eine besondere Stellung ein (s. 5.2.3.). Außerdem schwankt die Anzahl der Wettbewerber im Markt je nach regionaler Abgrenzung drastisch und führt zu kartellrechtlichen unterschiedlichen Ergebnissen (s. 5.2.).

5.2 Zwei mögliche Szenarien der Entscheidung des Bundeskartellamts

5.2.1 Räumliche Marktabgrenzung allgemein

Das Bundeskartellamt erhält von den Krankenhäusern die genauen Einzugsgebiete der Patienten, indem die Patienten nach ihrer Postleitzahl befragt werden. Somit hat das BKartA die Möglichkeit, einen exakten relevanten Markt für die Krankenhäuser in Cuxhaven sowie die genauen Patientenströme festzustellen. Da der Zugang zu diesen Daten auf Grund von Geschäftsgeheimnissen nicht möglich ist, geht diese Arbeit zum Einem von einem räumlichen Markt mit einem etwa 30km großen Radius und zum Anderen von einem größeren Radius von 50km um das in Zentralcuxhaven liegende Stadtkrankenhaus der Rhön-Klinikum AG Klinikum AG aus. Hierbei wird der Fokus nicht auf die Patientenströme gelegt, sondern auf die Anzahl der Betten der einzelnen Krankenhäuser. Dies weicht zwar wiederum vom üblichen Vorgehen des BKartA ab, ist aber auf Grund von Geschäftsgeheimnissen nötig. Die Radien von 30km und 50km entsprechen etwa den Radien von Untersuchungen früherer Krankenhausfusionen (vgl. Bundeskartellamt, 2005).

5.2.2 Räumliche Marktabgrenzung mit 30km Radius

Zu dem Markt, der einen Radius von 30km annimmt, gehören die (Kur-)Klinik Nordküste, die Kurklinik Strandrobbe, das Medizinische Versorgungszentrum Cuxhaven Rohdestraße GmbH, das Fresenius HELIOS Seehospital Sahlenburg, das Stadtkrankenhaus der Rhön-Klinikum AG, das Capio Krankenhaus Land Hadeln und die Seeparkklinik Langen-Debstedt (Deutsches Krankenhausverzeichnis, 2012). Ausschließen kann man die Klinik Nordküste, die Kurklinik Strandrobbe und das medizinische Versorgungszentrum Cuxhaven Rohdestraße GmbH. Diese sind keine akutstationären Krankenhäuser und gehören somit nicht zum sachlich relevanten Markt. Folglich stehen in diesem begrenztem Markt folgende Kliniken im Wettbewerb zueinander: Das Fresenius HELIOS Seehospital Sahlenburg, das Stadtkrankenhaus des Rhön-Klinikum AG, das Capio Krankenhaus Land Hadeln sowie die Seeparkklinik Langen-Debstedt. Die einzelnen Fachrichtungen der Kliniken haben in diesem Zusammenhang keinerlei Bedeutung. Berechnet man nun von diesen Krankenhäusern den prozentualen Marktanteil der zur Verfügung gestellten Betten als Mittel zur Bestimmung der Marktmacht, so sieht man, dass die Seeparkklinik Debstedt 42% (310 Betten) aller Betten im Umkreis stellt, gefolgt vom Stadtkrankenhaus der Rhön-Klinikum AG mit 33,9% (250 Betten) und dem Capio Krankenhaus Land Hadeln mit 12,6% (93 Betten). Am wenigsten Betten stellt das Fresenius HELIOS Seehospital Sahlenburg zur Verfügung mit nur 85, was einem Anteil von

11,5% entspricht. Bei einer Fusion von Fresenius HELIOS und der Rhön-Klinikum AG würde der Marktanteil der von dieser Gruppe gestellten Betten im Raum Cuxhaven auf 45,4% steigen (335 von 738 Betten). Dieser Marktanteil ist im Verhältnis zu der Seeparkklinik Debstedt zwar nur um 3,4% höher, jedoch muss kartellrechtlich zwischen internem und externem Wachstum unterschieden werden. Im Gegensatz zum internen Wachstum, wo kein Wettbewerber direkt aus dem Markt vertrieben wird, senkt das externe Wachstum die Anzahl der Konkurrenten und verändert somit die Marktstruktur deutlich. Es besteht die Vermutung, dass nach der Fusion eine marktbeherrschende Stellung nach §19 Abs.3 GWB vorliegt. Die Ausnahmeregelungen treffen hier wahrscheinlich nicht zu, da die Fusion im Ort Cuxhaven zu Strukturvorteilen gegenüber den Konkurrenten führen würde. So würden die Krankenhäuser voraussichtlich Vorteile im Einkauf von nicht medizinischen Gütern erhalten. Außerdem haben die fusionierten Krankenhäuser die Möglichkeit, sich auf unterschiedliche Bereiche zu spezialisieren, um somit effizienter arbeiten zu können. Des Weiteren wären Strukturvorteile vorhanden, wenn eines der beiden Krankenhäuser ausgelastet wäre. Dann bestünde die Option, die Patienten an das andere Krankenhaus zu verweisen, ohne dass dies zu einem Umsatzverlust führen würde. Betrachtet man diese Aspekte, so sind Strukturvorteile durch die Fusion sehr wahrscheinlich und die Ausnahmeregelung greift nicht. Auch die andere Ausnahmeregelung, dass die Fusion nicht zu einer überragenden Marktstellung im Raum Cuxhaven führen wird, wird von Fresenius HELIOS nur schwer beweisbar zu sein, da mit einem Marktanteil von 45,4% aller Betten im Raum Cuxhaven relativ deutlich eine überragende Marktstellung vorliegt. Insgesamt würde in diesem Markt die Fusion dieser beiden Krankenhäuser wahrscheinlich nicht gestattet, bzw. sie dürfte nur unter Auflagen erfolgen. Eine mögliche und sehr wahrscheinliche Auflage wäre, dass der fusionierte Konzern eines der beiden Krankenhäuser veräußern und für den Erhalt des Status Quo sorgen müsste (vgl. Bundeskartellamt, 2005). Sowohl aus rechtlichen wie aus wirtschaftlichen Gründen erscheint es sinnvoll, das kleinere Fresenius HELIOS Seehospital Sahlenburg zu verkaufen. Dieses ist bereits vor der Fusion im Besitz von Fresenius HELIOS und ermöglicht eine rechtlich einfachere Verhandlung mit potentiellen Abnehmern, bspw. Asklepios. Des Weiteren erscheint es aus Sicht von Fresenius HELIOS logisch, die größere Klinik zu behalten, um somit ein größeren Marktanteil zu erhalten.

5.2.3 Räumliche Marktabgrenzung mit 50km Radius

Als zweite Option könnte man den Markt auf einen Raum mit einem Radius von 50km um das

Stadtkrankenhaus der Rhön-Klinikum AG ausweiten. Dies würde dazu führen, dass größere Städte mit hohen Einwohnerzahlen, wie etwa Bremerhaven, in die Betrachtung mit einfließen und die Konkurrenz durch andere Krankenhäuser steigt. Zu den vier oben genannten Krankenhäusern werden somit weitere Krankenhäuser hinzugefügt: Das St. Joseph-Hospital, die Klinik am Bürgerpark, das Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide, die Wesermarsch-Klinik Nordenham, die OstMed Klinik Bremervörde, die Westküstenklinik Brunsbüttel, Vitanas Sozialpsychiatrisches Centrum Brunsbüttel und die Augenklinik Rendsburg Brunsbüttel. Die im Ort Brunsbüttel ansässigen Kliniken können auf Grund der geographischen Besonderheit, der Abgrenzung durch die Nordsee, und der zu erwartenden sehr geringen Patientenwanderung nicht als relevanter Markt gewertet werden (Braken, Schmidt, 2011). Auch liegt die Stadt Brunsbüttel in Schleswig-Holstein und nicht wie Cuxhaven in Niedersachsen. Dies hat zur Folge, dass sie unterschiedlichen Regularien und eventuellen Preis- und Qualitätsstandards unterliegen (Coenen, Haucap, Herr, 2011). Aus diesem Grund wird der Ort Brunsbüttel mit seinen Kliniken nicht berücksichtigt. Somit beschränkt sich die Anzahl der Konkurrenten in diesem Markt auf neun Betreiber. Die Anzahl der nun im Raum Cuxhaven vorhandenen Betten liegt nun bei 2209 Betten. Nach der Fusion würde Fresenius HELIOS-Rhön-Klinikum AG mit 335 Betten nur noch 15,2% aller Betten stellen. Die fusionierten Kliniken wären nach der Fusion sogar deutlich kleiner als das Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide. Dieses Krankenhaus wäre mit 717 Betten (32,5% aller Betten) weiterhin der mit Abstand größte Anbieter. Insgesamt würde dies für Fresenius HELIOS-Rhön-Klinikum AG bedeuten, dass laut dem GWB nach der Fusion keine marktbeherrschende Stellung vorliegt und somit eine Fusion ohne Auflagen in diesem Raum als realistisch erscheint. Diese zweite Variante würde somit logischerweise von Rhön-Klinikum AG-Fresenius präferiert, ist jedoch als unwahrscheinlicher einzuschätzen als die räumliche Marktabgrenzung mit 30km Radius.

5.3 Fazit des Fallbeispiels

Dieses Fallbeispiel zeigt auf, wie stark die räumliche Marktabgrenzung die kartellrechtliche Zulassung einer Fusion am Krankenhausmarkt beeinflussen kann. Eine Ausweitung des Radius um nur 20km führt im Markt Cuxhaven zu einem entgegengesetzten Ergebnis. Statt einer Fusion, die nicht gestattet werden kann, kann durch eine weiche Auslegung der Marktabgrenzung die Fusion jedoch ohne jegliche kartellrechtliche Hindernisse stattfinden.

6 Das Scheitern der Fusion ?

In dieser Arbeit wurde der Fokus auf die kartellrechtlichen Möglichkeiten und die wirtschaftlichen Folgen dieser Fusion eingegangen und sonstige Faktoren, wie etwa die eigentliche Übernahme der Firma durch den Aktienkauf, weitestgehend außen vor gelassen. Es sollte jedoch trotzdem erwähnt werden, dass die geplante Fusion gescheitert ist. Dies geschah nicht aus kartellrechtlichen Gründen, sondern weil das Ziel von Fresenius, 90% der Aktien der Rhön-Klinikum AG zu übernehmen, nicht erreicht werden konnte. Bis zum Ende der Angebotsfrist wurden Fresenius lediglich 84,3% der Aktien angedient (Fresenius, 2012b). Dies lag zum einen daran, dass nicht genügend Kleinanleger zum Verkauf der Aktie bewegt werden konnten und zum Anderen blockierten Aktienkäufe der Konkurrenz dieses Vorhaben (Fresenius Investor News, 2012b). Die Asklepios-Kliniken GmbH erwarb alleine 5,01% der Aktien der Rhön-Klinikum AG (Asklepios Kliniken, 2012). Am 3.September 2012 erklärte Fresenius SE & Co. KGaA, dass sie kein weiteres Übernahmeangebot für die Rhön-Klinikum AG vorlegen werde (Fresenius, 2012c).

7 Fazit

Der Wettbewerb auf dem Krankenhausmarkt unterscheidet sich vom Wettbewerb auf anderen Märkten. Zum sachlich relevanten Markt gehören hier die akutstationären Krankenhäuser. Der räumlich relevante Markt ist kein bundesweiter Markt, sondern teilt sich in viele kleine regionale Märkte auf. Diese werden mit Hilfe von Patientenwanderungsprofilen ermittelt. Die Fusion der beiden Marktführer im privaten Krankenhausmarkt, die Fresenius-HELIOS Kliniken Gruppe und die Rhön-Klinikum AG, ist volkswirtschaftlich hochinteressant und scheint kartellrechtlich bundesweit zulässig zu sein. Jedoch kann es in einzelnen regionalen Märkten zu einer hohen Marktmacht kommen, sodass dort die Gefahr besteht, dass eine Fusion nicht gestattet werden würde. Dies wurde am Beispiel des Krankenhausmarktes im Raum Cuxhaven bearbeitet, wobei das kartellrechtliche Ergebnis je nach Auslegung des räumlichen Marktes schwanken kann. Insgesamt ist somit eine Fusion, wahrscheinlich unter Auflagen, kartellrechtlich denkbar, ist zum Zeitpunkt der Fertigstellung dieser Arbeit auf Grund von Hindernissen beim Kauf der Aktien der Rhön-Klinikum AG nicht zu Stande gekommen.

Literaturverzeichnis

- Augurzky, Boris; Beivers, Andreas; Neubauer, Günter; Schwierz, Christoph (2009), „Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft“, *Institut für Gesundheitsökonomie, RWI: Materialien*, Heft 52.
- Asklepios Kliniken (2012), *Investor Relations*, „Asklepios Anteile an Rhön-Klinikum AG überschreiten drei und fünf Prozent-Schwelle“.
- Bangard, Annette (2007), *Zeitschrift für Wettbewerbsrecht*, Krankenhausfusionskontrolle, ZWeR 2/2007.
- Bundeskartellamt(2005), 10. *Beschlussabteilung*, „Beschluss in dem Verwaltungsverfahren Rhön-Klinikum AG/Krankenhaus Eisenhüttenstadt GmbH“, B 10 – 123/04.
- Bundeskartellamt (2007), 3. *Beschlussabteilung*, B 3 – 85111-Fa-6/07.
- Boble, Thomas (2005), „Fusionskontrolle im Krankenhaus ohne GKV-Wettbewerbskonzept“, *das Krankenhaus*, 8/2005.
- Braken, Astrid, Schmidt, Simon (2011), *Bundesverband Glasfaseranschluss e. V.*, „Positionspapier „regionalisierte Regulierung““.
- ChironConcept, IncluMedCenter (2011), http://www.chiron-concept.eu/frameset_neu/Fresenius_HELIOS.html, zuletzt aufgerufen am 11. September 2012.
- Clinotel, Krankenhausverbund gemeinnützige GmbH (2010), http://www.clinotel.de/index.php?article_id=495&clang=0, zuletzt aufgerufen am 12. September 2012.
- Coenen, Michael;Haucap, Justus; Herr, Annika (2011), „Regionalität: Wettbewerbliche Überlegungen zum Krankenhausmarkt“, *Düsseldorf Institut für Wettbewerbsökonomie, Ordnungspolitische Perspektiven*, Nr. 13.
- Deutsches Krankenhausverzeichnis (2012), <http://www.deutsches-krankenhausverzeichnis.de/de/19/proxy/dkv/search/results/show/1/distance/asc.html>, zuletzt aufgerufen am 12. September 2012.
- Fresenius (2011), „Geschäftsbericht 2011“.
- Fresenius Helios-Kliniken Gruppe (2012), „Qualitätsphilosophie“, http://www.Fresenius_HELIOS-kliniken.de/medizin/qualitaetsmanagement/qualitaetsphilosophie.html, zuletzt aufgerufen am 11. September 2012.
- Fresenius (2012a), *FreseniusInvestor News*, „Fresenius veröffentlicht Übernahmeangebot für die RHÖN-KLINIKUM AG“.
- Fresenius (2012b), *Fresenius Investor News*, „Angebot zum Erwerb der RHÖN-KLINIKUM AG – Mindestannahmequote von 90% nicht erreicht“.
- Fresenius (2012c), *FreseniusInvestor News*, „Fresenius legt kein neues Übernahmeangebot für RHÖN-KLIIKUM AG vor“.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2012a), http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_tab?fid=8967&suchstring=privat&query_id=&sprache=D&fund_typ=DEF&methode=2&vt=1&verwandte=1&page_ret=0&seite=&p_lfd_nr=1&p_news=&p_sprachkz=D&p_uid=gast&p_aid=20379649&hlp_nr=3&p_janein=J), zuletzt aufgerufen am 11. September 2012.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2012b), http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_tab?fid=8969&suchstring=&query_id=&sprache=D&fund_typ=DEF&methode=&vt=&verwandte=1&page_ret=0&seite=1&p_lfd_nr=5&p_news=&p_sprachkz=D&p_uid=gast&p_aid=20379649&hlp_nr=2&p_janein=J, zuletzt aufgerufen am 11. September 2012.

- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2012c), http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_tab?fid=8968&suchstring=freigemeinn%FCtzig&query_id=&sprache=D&fund_typ=DEF&methode=2&vt=1&verwandte=1&page_ret=0&seite=&p_lfd_nr=1&p_news=&p_sprachkz=D&p_uid=gast&p_aid=75164943&hlp_nr=3&p_janein=J, zuletzt aufgerufen am 11. September 2012.
- Kallfass, Hermann, Kuchinke, Björn (2006), „Die räumliche Marktabgrenzung bei Zusammenschlüssen von Krankenhäusern in den USA und in Deutschland: Eine wettbewerbsökonomische Analyse“.
- Monopolkommission (2008), „Weniger Staat, Mehr Wettbewerb“, Siebzehntes Hauptgutachten, Bundestagsdrucksache 16/10140.
- O.V. (2012), Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ), <http://m.faz.net/aktuell/wirtschaft/unternehmen/fusion-von-helios-und-rhoen-klinik-ein-klinik-riese-soll-entstehen-11731116.html>, zuletzt aufgerufen am 08. September 2012.
- Phelps, Charles E. (1997), *Health Economics*, 2. Edition, Addison Wesley Publishing Company: New York.
- Rhön-Klinikum AG (2011), „Geschäftsbericht 2011“.
- Rhön-Klinikum AG (2012), http://www.rhoen-klinikum-ag.com/rka/cms/rka_2/deu/klinikwahl.php, zuletzt aufgerufen am 12. September 2012.
- Ribhegge, Hermann (2008), „Zur Harmonie von Wettbewerbsrecht und Gesundheitspolitik: Kritische Anmerkungen zu den Beschlüssen des Bundeskartellamts zur Fusion im Krankenhausbereich“, *European University Viadrina Frankfurt (Oder), Department of Business Administration and Economics*, Discussion Paper No. 269.
- Statistisches Bundesamt (2010), Eckdaten der Krankenhäuser 2010, <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/KrankenhaeuserJahreVeraenderung.html>, zuletzt aufgerufen am 12. September 2012.
- Statistisches Bundesamt (2011a), Krankenhausstatistik, *Fachserie 12*, Reihe 8.1.1.
- Statistisches Bundesamt (2011b), *Fachserie 12*, Reihe 6.1.1 „Gesundheitswesen: Grunddaten der Krankenhäuser“

Kapitel 2

Qualität von Krankenhäusern: Welche Maße werden in Deutschland diskutiert und was sagt die Praxis in den USA

Mona Groß ²

Diese Arbeit entstand als Projektarbeit/Zusatzleistung (Modul BQV02) in Kombination mit dem Modul Gesundheitsökonomie (BW26) im Sommersemester 2012 an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Zusammenfassung

Informationsasymmetrien tragen dazu bei, dass Patienten über die Qualität von Krankenhäusern nicht ausreichend informiert sind. Indem sie die Qualität von Krankenhäusern messen, versuchen Ökonomen neben aufklärenden Aspekten die Wettbewerbsfähigkeit im Krankenhaussektor zu verstärken. In der Arbeit werden bereits vorhandene Methoden der Qualitätsmessung untersucht. Neben einer Erläuterung der langjährig erprobten Vorgehensweisen in den Vereinigten Staaten von Amerika wird die Umsetzung in Deutschland betrachtet. Dabei liegen die Schwerpunkte der Betrachtung auf dem gesetzlich festgelegten strukturierten Qualitätsbericht und dem verbraucherorientierten „Klinik- Führer Rhein- Ruhr“. Diese Arbeit zeigt, dass die Qualitätsmessungen von Krankenhäusern in Deutschland, im Vergleich zum US-amerikanischen Pendant, weniger entwickelt sind und einige Verbesserungspotenziale aufweisen.

²Mona.Gross@uni-duesseldorf.de

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	23
Abkürzungsverzeichnis	23
1 Einleitung.....	24
2 Qualität	25
2.1 Definition Qualität im Gesundheitswesen	25
2.2 Qualitätsdimensionen.....	26
3 Qualitätsmessungen anhand des Praxisbeispiels USA	27
3.1 Entwicklung der Qualitätsinitiativen	27
3.2 Qualitätsindikatoren	29
3.2.1 Strukturindikatoren.....	29
3.2.2 Prozessindikatoren.....	30
3.2.3 Ergebnisindikatoren.....	31
3.3 Qualitätsvergleich	32
3.4 Bedeutung bei der Krankenhauswahl	32
4 Qualitätsmessung von deutschen Krankenhäusern	34
4.1 Veröffentlichung der Qualitätsinformation.....	34
4.1.1 Strukturierter Qualitätsbericht	35
4.1.2 „Klinik-Führer Rhein-Ruhr“	36
4.2 Bewertender Vergleich.....	37
5 Möglicher Einfluss der Qualitätsmessung auf Krankenhäuser	39
6 Fazit und Ausblick.....	40
Literaturverzeichnis.....	41
Anhang.....	45

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Awareness, Knowledge, and Use of the Consumer Guide	33
Tabelle 2: Initiativen zur Qualitätsberichtserstattung von Krankenhäusern in den USA	44
Tabelle 3: Minimalset von Indikatoren in den USA	45

Abkürzungsverzeichnis

ACE	Angiotensinkonversionsenzym
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AQUA	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen
CMS	Centers for Medicare and Medicaid Services
DRG	Diagnosis Related Groups
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations
LVF	Linksventrikuläre Funktion
NCQA	National Committee for Quality Assurance
NVHRI	National Voluntary Hospital Reporting Initiative
PMS	Performance Measurement Systems
QRS	Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten
SGB	Sozialgesetzbuch
WiDO	Wissenschaftliches Institut der AOK

1 Einleitung

„Gesundheit ist die erste Pflicht im Leben.“

(Oscar Wilde, *Ernst muß man sein*, 3. Akt / *Lady Bracknell*)

Die wichtigste Aufgabe im Leben eines Menschen besteht demnach, darin gesund zu bleiben. Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, ist es notwendig sicherzustellen, dass jeglicher Eingriff, der den Gesundheitszustand beeinträchtigen kann, bestmöglich vorgenommen wird. Patienten sind aufgrund von asymmetrischen Informationen jedoch nicht stets dazu fähig, die richtige Entscheidung zu treffen. Die Krankenhauswahl hängt für Patienten vor allem von der schwer einschätzbaren Behandlungsqualität ab. Patienten selbst haben keine gesicherten Informationen über die Qualität der für die Behandlung infrage kommenden Krankenhäuser. So muss sich auf die Mundpropaganda durch Familienangehörige oder Bekannte sowie auf die Empfehlung des Hausarztes verlassen werden. Damit Patienten selbstständig die bestmögliche Behandlung wählen können, müssen externe Indikatoren helfen, die Qualität von Krankenhäusern aufzuzeigen.

In Deutschland wird über die Notwendigkeit der Qualitätsmessungen erst seit Beginn des 21. Jahrhunderts vermehrt öffentlich debattiert. Angetrieben wurde die Debatte durch den zunehmenden Kostenanstieg im deutschen Gesundheitswesen. Die Qualität der Gesundheitsleistung steht den steigenden Kosten gegenüber. Das Etablieren der Qualitätsmessung ist somit im Prozess der Kostendämpfung wesentlich. Zweifellos besteht Bedarf an der Messung und Publikation von Informationen über die Krankenhausqualität.

Die vorliegende Arbeit liefert einen Überblick über die aktuelle Situation der Qualitätsmessungen in Krankenhäusern. Einleitend wird dazu in Kapitel 2 das Verständnis für das Konstrukt „Qualität“ vertieft. Bereits seit mehreren Jahrzehnten beschäftigt sich die USA mit der Messung und Veröffentlichung von medizinischen Leistungen. Während dieser Zeit haben die USA wertvolle Erfahrungen gesammelt, aus denen Deutschland bei der Entwicklung von Qualitätsinitiativen lernen kann. Aufgrund ihrer Rolle als Vorreiter werden in Kapitel 3 die Erfahrungen der USA mit Qualitätsmessungen erörtert. Hierbei werden, neben einer Übersicht über die aktuellen Entwicklungen, verschiedene Qualitätsindikatoren und eine Methode zum Qualitätsvergleich vorgestellt; außerdem wird auf die Relevanz für die Patienten im Entscheidungsprozess eingegangen. Das Kapitel 4 beschäftigt sich mit den Qualitätserfassungen von deutschen Krankenhäusern. Aufgrund des geringen Umfangs der

Arbeit werden hier nur zwei wichtige Initiativen, die besonders auf die Transparenz abzielen, untersucht. Zum einen werden so die gesetzlich verpflichtenden strukturierten Qualitätsberichte und zum anderen die Qualitätsinitiative „Klinik-Führer Rhein-Ruhr“ erläutert und kritisch betrachtet. Anknüpfend daran werden die Qualitätsberichtserstellungsmethoden verglichen und auch unter Betrachtung einiger US-amerikanischer Erfahrungen bewertet. Abschließend werden in Kapitel 5 die Chancen und Risiken, die in Verbindung mit der Messung und Veröffentlichung von Qualitätsinformationen im Krankenhaussektor stehen, erörtert.

2 Qualität

Qualität ist ein gängiges Wort in der Werbebranche. Jeder möchte Produkte und Dienstleistungen mit höchster Qualität erzeugen. Doch wofür steht der Begriff Qualität? Um über die Qualitätsmessung in Krankenhäusern debattieren zu können, gilt es zunächst den Begriff Qualität zu erläutern. Eine allgemeingültige Definition des Qualitätsbegriffes existiert bis heute nicht (vgl. Haeske-Seeberg, 2008, S. 143). Deshalb wird im folgenden Unterkapitel 2.1 zunächst das Begriffsverständnis im Gesundheitswesen erläutert. Im Unterkapitel 2.2 wird zur Konkretisierung ein Ansatz vorgestellt, der es vereinfacht Qualitätsmessungen durchzuführen, indem man das Konstrukt „Qualität“ in drei Dimensionen unterteilt.

2.1 Definition Qualität im Gesundheitswesen

Ausgehend von der Übersetzung des lateinischen Wortursprungs „qualitas“ hängt Qualität mit der Eigenschaft, der Beschaffenheit, der Güte oder dem Wert des zu betrachtenden Gutes zusammen (vgl. Eichhorn, 1997, S. 14). Daran angelehnt definiert die Deutsche Gesellschaft für Qualität: „Qualität ist die Gesamtheit der Merkmale, die ein Produkt oder eine Dienstleistung zur Erfüllung vorgegebener Forderungen geeignet macht“ (vgl. Kaltenbach, 1993, S. 61). Die Beurteilung der Qualität erfolgt im Hinblick auf die vorgegebenen Forderungen, sprich dem Zweck (vgl. Kaltenbach, 1993, S. 61). Dieser Zweck entspricht im Bereich der Gesundheitsversorgung dem erwünschten Behandlungserfolg. Man bezeichnet demnach die Qualität einer medizinischen Versorgung als gut, wenn sie sicherstellen kann, dass das erwünschte Behandlungsergebnis herbeiführbar ist. Messbar wird Qualität, indem man zunächst definiert, „welche Eigenschaften ein Produkt oder eine Dienstleistung haben soll, um diesen Zweck zu erreichen. Dann lässt sich in einem zweiten Schritt messen, wie viele dieser Eigenschaften oder in welchem Umfang diese tatsächlich vorzufinden sind“ (G-

BA, 2011, S. 5). Es handelt sich demnach um einen „Vergleich von Ist- und Sollwerten bei der Leistungserbringung“ (Gaydoul, 2009, S. 13). Hierbei gilt es zu beachten, dass die Erwartungen an den Behandlungserfolg und die vordefinierten Sollwerte bezüglich ihrer Relevanz und Erfüllbarkeit überprüft werden müssen (vgl. G-BA, 2011, S. 5; Romano, Mutter, 2004, S. 132).

2.2 Qualitätsdimensionen

Um die Sollwerte zu definieren und somit die Istwerte ermitteln zu können, hat es sich im Gesundheitswesen als nützlich erwiesen, die Leistungserbringung in die von Donabedian³ definierten Qualitätsdimensionen zu unterteilen. Dem Ansatz entsprechend kann man Qualität in die Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität aufgliedern. (vgl. Haeske-Seeberg, 2008, S. 143). Die Strukturqualität beschreibt die Bedingungen, unter denen ein Krankenhaus die Gesundheitsvorsorge bereitstellt (vgl. Romano; Mutter, 2004, S. 133). Als qualitätsbeeinflussende Strukturen werden die humanen, materiellen und immateriellen Ressourcen eines Krankenhauses verstanden (vgl. Hartl; Wernisch, 2006, S. 13). Die Prozessqualität stellt die Vorgehensweise bei der Erbringung der Dienstleistung und der Erstellung des Produktes dar (vgl. Schubert; Zink, 1997, S. 5). Hierunter fallen alle Abläufe eines Krankenhauses (vgl. Haeske-Seeberg, 2008, S. 144). Durch die Erhebung der Prozessqualität wird die Nutzung der bestehenden Struktur bewertet (vgl. G-BA, 2011, S. 5). Die Ergebnisqualität gibt die Bewertung der Resultate der durchgeführten Prozesse auf Grundlage der Fragen: „Was wurde gemacht und wie gut wurde es gemacht?“ wieder (vgl. Schubert; Zink, 1997, S. 5, Vgl. Romano; Mutter, 2004, S. 135). Zwischen den einzelnen Dimensionen wird eine funktionale Beziehung unterstellt, bei der die Strukturqualität einen Einfluss auf die Prozessqualität und diese wiederum einen auf die Ergebnisqualität hat (vgl. Kramer, 2008, S.16). Die Prozessqualität kann als Produktionsfunktion $f(\dots)$ aufgefasst werden, wobei die Inputvariablen x_1, x_2, \dots, x_n die Bestimmungsgröße der Strukturqualität darstellen (vgl. Wübker, 2009, S. 51). Die Ergebnisqualität H verkörpert das Ziel, den Output. Einfluss auf das Ergebnis der medizinischen Versorgung haben neben der Prozess- und Strukturqualität Q Faktoren, auf die die medizinische Behandlung E , wie bspw. beim Lebensstil, keine Auswirkungen hat (vgl. Wübker, 2009, S. 51).

$$H = h(Q, E),$$

³ Amerikanischer Mediziner und Leiter einer Qualitätsstudie im Gesundheitswesen.

wobei $Q = f(x_1, x_2, \dots, x_n)$

Die Beziehung besteht jedoch nicht notwendigerweise (vgl. Kramer, 2008, S. 17). Die Zuordnung zu den Dimensionen ist darüber hinaus nicht immer eindeutig und es kann zu Überschneidungen kommen (vgl. Haeske-Seeberg, 2008, S. 143, Vgl. Romano; Mutter, 2004, S. 133). Da die Überschneidungen die angewandte Qualitätsmessung allerdings nicht auf nennenswerte Weise beeinträchtigen (vgl. Haeske-Seeberg, 2008, S. 143), werden sie im Weiteren nicht näher behandelt.

3 Qualitätsmessungen anhand des Praxisbeispiels USA

Qualitätsmessungen in Krankenhäusern zielen zum einen darauf ab, Entscheidungshilfen bei der Krankenhauswahl zu liefern, zum anderen sollen sie Qualitätsverbesserung mit sich bringen (vgl. McClellan; Staiger, 2000, S. 116). In den USA verfolgen viele Initiativen seit Jahrzehnten diese Ziele.

Qualitätsindikatoren ermöglichen es, medizinische Leistungen zu messen und Verbesserungspotenziale anzuzeigen. Um die Qualität zu optimieren, erweist es sich als hilfreich, zwischen den Indikatoren der einzelnen Qualitätsdimensionen zu unterscheiden. Im Folgenden wird ein Überblick über die existierenden Indikatoren gegeben, der im nächsten Schritt durch den Gebrauch der Indikatoren in der Praxis konkretisiert wird. Zu den Zielen der Qualitätsmessung im Krankenhaus zählt es, den Patienten zu helfen eine fundierte Entscheidung zu treffen. Hierbei gilt es zu untersuchen, inwieweit diese Informationen für die Patienten relevant sind.

3.1 Entwicklung der Qualitätsinitiativen

Seit Ende der 80er Jahre werden in den USA Leistungsdaten zur medizinischen Versorgung veröffentlicht. Als erstes machten die Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) die Patientensterblichkeits-Statistiken für die Öffentlichkeit frei zugänglich. Die CMS stellt eine staatliche Krankenversicherung für über 65-Jährige und finanziell schlecht Situierte dar. Im weiteren Zeitverlauf wurde eine Vielzahl an Messmethoden entwickelt, erprobt und schließlich den erlangten Erfahrungen angepasst.

Neben der CMS wurde ein Großteil der Initiativen auch durch die Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) ins Leben gerufen.⁴ Die JCAHO, 1951 als unabhängige Organisation gegründet, zertifiziert Krankenhäuser in 3-Jahres-Zyklen. Obwohl es keine gesetzliche Pflicht gab, nahmen viele Krankenhäuser freiwillig an dieser Maßnahme teil. Mit Einführung neuer, vereinheitlichter, auf Krankheiten und Patienten abgestimmter Indikatoren⁵ sorgte die JCAHO dafür, dass die jeweils spezifische Datenerhebung nun bereits seit 2002 gesetzlich vorgeschrieben ist.

Bei der Qualitätssicherungsmethode der Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) leitet sich der Grad an Sicherheit und Erfolg einer Behandlung aus den Routinedaten bzw. Abrechnungsdaten stationärer Behandlungsfälle ab. Die Methode der AHRQ besteht aus einer Zusammenstellung von vier Indikatorensets. So werden 1. unerwünschte Ereignisse im Krankenhaus, 2. Leistungsmengen und Mortalitätsraten, 3. vermeidbare stationäre Aufnahmen und 4. geeignete Indikatoren für die Pädiatrie untersucht.

Seit einigen Jahren haben sich die Indikatoren der wichtigsten Messungen jedoch größtenteils angeglichen. So beruhen die aktuellen Initiativen vorwiegend auf den Indikatoren und der Methodik der CMS.

Neben den Qualitätsindikatoren werden immer häufiger Daten zur Patientenzufriedenheit bei der Veröffentlichung von Qualitätsinformationen als essentiell angesehen. Unter anderem publiziert die Rhode Island Initiative seit mehreren Jahren standardisierte Daten zur Patientenzufriedenheit. Des Weiteren bezieht die National Voluntary Hospital Reporting Initiative (NVHRI) eine von den CMS und der AHRQ entwickelte Patientenbefragung zur medizinischen Versorgung in Krankenhäuser in ihre Messung mit ein. Die Initiativen erkennen die Relevanz der Erfahrungen von Patienten bei der Wahl eines Krankenhauses an. Ein weiterer Trend ist bei der Datenerfassung zu verzeichnen. Während die Datenerfassung bei der Einführung der Qualitätsmessung noch von den Initiatoren selbst durchgeführt wurde, werden die Daten heutzutage von unabhängigen Leistungsmesssystemen, den Performance Measurement Systems (PMS), erfasst (vgl. Matthes; Wiest, 2005, S. 50ff.).

⁴ Eine genauere Aufstellung der einzelnen Initiativen und deren Initiatoren ist Tabelle 2 aus dem Anhang zu entnehmen.

⁵ Hierbei handelt es sich um die sogenannten Core Measures.

3.2 Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikatoren machen Qualität messbar. Um das Konstrukt „Qualität“ zu erfassen, werden konkrete Indikatoren formuliert (vgl. McClellan; Staiger, 2000, S. 116). Bei der Vielzahl an Indikatoren ist eine Einteilung hilfreich, die auch die Wahl der Indikatoren erleichtert. Diese Indikatoren können auf verschiedene Weise eingeteilt werden. (vgl. Mainz, 2003, S. 524). Im Folgenden wird die Kategorisierung nach den drei Qualitätsdimensionen betrachtet. Die Entscheidung zwischen den Indikatoren ist unter anderem im Hinblick auf den Adressaten der Messung zu treffen. Dient die Qualitätsmessung potenziellen Patienten als Entscheidungshilfe oder richtet sie sich an das als Anbieter fungierende Krankenhaus um Qualitätsmängel zu identifizieren?

3.2.1 Strukturindikatoren

Die Strukturqualität eines Krankenhauses lässt sich unter anderem aus Indikatoren wie der Anzahl der Mitarbeiter, deren Qualifikation, dem Umfang an technischem Equipment und dessen Funktionsfähigkeit, der Raumausstattung und der Raumverfügbarkeit, dem Patientenvolumen, dem Standort sowie der Trägerschaft des Krankenhauses (vgl. Haeske-Seeberg, 2008, S. 144) ablesen. Darüber hinaus zählt auch der organisatorische Aufbau wie die Zuständigkeitsverteilung zur Strukturqualität (vgl. Hartl; Wernisch, 2006, S. 13). Die meisten Strukturindikatoren beziehen sich auf das Krankenhausvolumen und ermitteln bspw. die Anzahl an bestimmten Operationen und den Anteil an Spezialisten (vgl. Mainz, 2003, S. 526, Romano; Mutter, 2004, S. 137ff.). Qualitätssicherungsinitiativen in den USA verwenden in den Fokussets „Intensivstation“ und „Asthma bei Kindern“ auf die Krankenhausstruktur bezogene Indikatoren zur Verweildauer (vgl. Tabelle 3, Anhang). Auch wenn die einzelnen Werte der Kennzahlen leicht zu bestimmen sind, wird in der Praxis eher selten auf Strukturmaße zur Qualitätsmessung zurückgegriffen (vgl. Romano; Mutter, 2004, S. 133). Ein Grund ist, dass die ermittelten Werte, ausgenommen personelle Qualifikationen und günstiges Equipment betreffend, nur schwierig zu verändern sind (vgl. Romano; Mutter, 2004, S. 133). Vorsicht ist zudem bei der Interpretation der Ergebnisse geboten. (vgl. Romano; Mutter, 2004, S. 133). Wie zu Beginn angemerkt, hängen die Strukturen nicht zwangsläufig mit der Prozess- und Ergebnisqualität eines Krankenhauses zusammen. So sollten übereilte Assoziationen von ermittelten Strukturen und der Prozess- und Ergebnisqualität eines Krankenhauses vermieden werden (vgl. Romano; Mutter, 2004, S. 133). So sagt eine gute technische Ausstattung nicht unbedingt aus, dass die medizinische Behandlung auch gut ist

(vgl. Haeske-Seeberg, 2008, S. 144). Allein genommen haben die Strukturparameter in Bezug auf die Gesamtqualität eines Krankenhauses geringfügige Aussagekraft (vgl. Hartl; Wernisch, 2006, S. 13). Dennoch sollten sie in ihrer Funktion als Entscheidungshilfe nicht völlig in Frage gestellt werden. Krankenhauspatienten ziehen Kennzahlen wie durchgeführte Operationen in ihren Entscheidungsprozess für und gegen ein Krankenhaus mit ein (vgl. Haeske-Seeberg, 2008, S. 144).

3.2.2 Prozessindikatoren

Prozessindikatoren überprüfen die einzelnen Vorgänge in einem Krankenhaus- von der Dokumentenbearbeitung über die geeignete Therapiewahl und die korrekte Durchführung bis hin zur Existenz von Korrektur- und Vorbeugungsmaßnahmen (vgl. Hartl; Wernisch, 2006, S. 14). Viele Studien bestätigen, dass sich richtig angewandte Prozessmaße positiv auf die Qualität der Ergebnisse auswirken. (vgl. Romano; Mutter, 2004, S. 134). Auf evidenzbasierten Prozessindikatoren greifen vor allem auf die anbieterorientierten Initiatoren wie die JCAHO zurück (vgl. McClellan; Staiger, 2000, S. 138). Die Krankenhäuser profitieren von deren Fähigkeit, sich Qualitätsverbesserungspotenziale anzuzeigen (vgl. Mainz, 2003, S. 527). Leiden Patienten bspw. unter Herzversagen ermittelt die JCAHO Prozessindikatoren, die einzelne Behandlungsabläufe kontrollieren. Es wird untersucht, ob eine Raucherentwöhnungsberatung stattgefunden hat, ob Patienten Entlassungsinstruktionen erhalten haben, ob ihre linksventrikuläre Funktion (LVF) begutachtet wurde und ob ihnen ein Angiotensinkonversionsenzym (ACE)-Hemmer verabreicht wurde (vgl. Tabelle 3, Anhang). Für all diese Indikatoren lässt sich die bestmögliche Leistung leicht bestimmen, nämlich prozentual betrachtet: 100% (vgl. Matthes; Wiest, 2005, S. 65). Ergibt eine Erhebung z.B., dass nur 70% der betroffenen Patienten zur Raucherentwöhnung beraten wurden, kann das Krankenhaus schnell intervenieren, um den Prozentsatz zu steigern (Krankenhausreport 2004 S. 65). Das Krankenhaus als Anbieter profitiert von dem hohen Qualitätsverbesserungspotenzial durch die isolierte Betrachtungsweise der Prozessmaße (vgl. Matthes; Wiest, 2005, S. 65). Für den Patienten können Prozessindikatoren jedoch möglicherweise bei der Wahl für ein Krankenhaus eben aufgrund dieser Betrachtungsweise irrelevant erscheinen (vgl. Matthes; Wiest, 2005, S. 65). So kann es sich für Nicht-Mediziner als schwierig erweisen, die Relevanz des Anteils an Patienten, die eine Raucherentwöhnungsbehandlung erhalten haben, bei der Wahl für ein Krankenhaus zu erkennen (vgl. Matthes; Wiest, 2005, S. 65). Sie

interessieren sich mehr für Ergebnisse, die allgemeingültiger scheinen (vgl. Matthes; Wiest, 2005, S. 65).

Des Weiteren dienen einige Prozessmaße als ein „early warning system“. So können sie Beeinträchtigungen von Marktänderungen erkennen, bevor die Resultate bei den Patientenergebnissen messbar werden. Somit werden negative Auswirkungen auf die Ergebnisqualität frühzeitig verhindert. Prozessindikatoren leiden jedoch unter einer kostspieligen und aufwendigen Datenerhebung im Vergleich zu Maßen der Struktur- und Ergebnisqualität (vgl. Romano; Mutter, 2004, S. 134).

3.2.3 Ergebnisindikatoren

Das Ergebnis ist der Schlüsselindikator bei der Qualitätsbeurteilung im Gesundheitswesen (vgl. Haeske-Seeberg, 2008, S. 145). Für Patienten und Angehörige ist der Behandlungserfolg letztendlich auch der maßgebende Faktor. Im Todesfall ist es irrelevant, ob die technischen Geräte auf dem neusten Stand sind oder die Dokumentenverarbeitung einwandfrei verlief. Am meisten zählt das direkte und im Nachhinein unabänderbare Ergebnis (vgl. Haeske-Seeberg, 2008, S. 145). Daneben haben Kennzahlen zur Messung der Ergebnisqualität gegenüber Struktur- und Prozessmaßen den Vorteil, dass sie selbst von Laien sehr leicht zu verstehen sind (vgl. Romano; Mutter, 2004, S. 135). Aus diesen Gründen konzentrieren sich Organisationen wie die AHRQ, die sich in erster Linie an die Konsumenten richten, überwiegend an Ergebnisindikatoren bei der Qualitätsmessung (vgl. Romano; Mutter, 2004, S. 138). Bei Behandlungen von Patienten mit Herzversagen betrachtet die AHRQ die risikoadjustierte Krankenhaussterblichkeitsrate als Qualitätsindikator (vgl. Romano; Mutter, 2004, S. 139). Neben der Mortalität existiert eine Vielzahl an Endergebnissen wie die Morbidität, die gesundheitsbezogene Lebensqualität, die medizinischen Ergebnisse und die Patientenzufriedenheit, die eine Messung wert wären (vgl. Haeske-Seeberg, 2008, S. 144). In der Praxis werden jedoch überwiegend die Sterblichkeitsraten als Ergebnisindikatoren ermittelt (vgl. Romano; Mutter, 2004, S. 138ff.).

Problematisch ist jedoch die Vergleichbarkeit von Ergebniskennzahlen. Wie oben erwähnt, wirken Faktoren außerhalb des Einflussbereiches der medizinischen Behandlung auf das Ergebnis ein. Man kann also nur von einem aussagekräftigen Vergleich sprechen, wenn sichergestellt wird, dass Patienten mit vergleichbaren Risiken behandelt worden sind. Modelle zur Risikoadjustierung gewährleisten, dass die ermittelten Ergebnisse von Faktoren wie bspw.

dem Schweregrad der Krankheit, der Komorbidität und der demographischen Einflüsse bereinigt sind (vgl. Mainz, 2003, S. 536).

3.3 Qualitätsvergleich

Für Patienten ist ein Indikator zur Qualitätsmessung an sich wenig aussagekräftig. Viel entscheidender ist der Vergleich der Indikatoren mehrerer Krankenhäuser. Üblicherweise wird stets nur ein einziger Ergebnisindikator verglichen. Um die Sterberate zweier Krankenhäuser zu vergleichen wird demnach die jeweilige durchschnittliche Sterberate errechnet und mit Hilfe des Einbezugs einer Variablen von externen Einflüssen wie der Lage des Krankenhauses bereinigt. Durch die Variable soll verhindert werden, dass Krankenhäuser, die bspw. in der Nähe von Altenheimen liegen und somit relativ betrachtet mehr älterer Patienten behandeln, eine höherer Mortalitätsrate aufweisen. Problematisch ist hierbei, dass der zur Berechnung benötigte Stichprobenumfang der einzelnen Behandlungen in den Krankenhäusern gering ausfällt. Die Vergleichbarkeit der herkömmlichen Methode wird so limitiert. (vgl. McClellan; Staiger, 2000, S. 119f.).

Um die Problematik des kleinen Stichprobenumfangs zu umgehen, entwickelten McClellan und Staiger die „Filtering Method“. Dabei werden vor dem klinikübergreifenden Vergleich zunächst alle Ergebnisindikatoren eines Krankenhauses kombiniert. So bewertet man erst die Qualität jedes einzelnen Krankenhauses für sich bevor man die Werte anderer Häuser gegenüberstellt. Die anschließende Berechnung der Varianz der tatsächlichen Qualitätsunterschiede und der erwarteten Fehler der beobachteten Ergebnisindikatoren soll mögliche Fehler vermeiden. Mit Hilfe dieser geschätzten Varianzen kann nun die endgültige Gleichung zur Vorhersage der tatsächlichen Qualitätsunterschiede aufgestellt werden. Die Ergebnisse sind so genannten gefilterte Schätzwerte (vgl. McClellan; Staiger, 2000, S. 120ff.).

3.4 Bedeutung bei der Krankenhauswahl

In den USA tendieren Patienten dazu, die publizierten Qualitätsinformationen der Krankenhäuser bei der Entscheidungsfindung nur im geringen Maße einzubeziehen (vgl. Marshall; Romano; Davies, 2003, S. 58). Eine Patientenbefragung über die Kenntnis und den

Gebrauch des *Pennsylvania Coronary Artery Bypass Graft Surgery Consumer Guide*⁶ ergab, dass lediglich 12% der Patienten vor dem Eingriff über den Guide Bescheid wussten (vgl. Tabelle 1). Allerdings gaben von den insgesamt 474 Befragten nur 11 (2%) an, dass ihre Krankenhauswahl durch die Qualitätsinformation stark oder mäßig beeinflusst wurde (vgl. Schneider, Epstein 1998). Demnach empfinden von den Patienten, die das Wissen über den „Consumer Guide“ vorab besaßen, nur knapp 20% die Informationen bei der Entscheidungsfindung als wesentlich.

Tabelle 1: Awareness, Knowledge, and Use of the Consumer Guide

	No. (%)
Aware of <i>Consumer Guide</i>	93 (20)
Aware prior to surgery	56 (12)
Exposure to <i>Consumer Guide</i>	
Heard of it	37 (8)
Seen a copy	19 (4)
Report knowledge of hospital ratings	18 (4)
Report that information was a major or moderate influence in choice of hospital	11 (2)
Report correct rating of hospital	4 (1)
Report knowledge of surgeon or surgical group rating	7 (2)
Report that information was major or moderate influence in choice of surgeon or surgical group	4 (1)
Report correct rating of surgeon or surgical group	4 (1)
Discussed <i>Consumer Guide</i> with surgeon or other physician	6 (1)

Quelle: Schneider, Epstein 1998

Entgegen diesen enttäuschenden Ergebnissen ergaben Untersuchungen über die indirekten Wirkungen der veröffentlichten Ergebnisse zur Krankenhausqualität, dass gut bewertete Krankenhäuser einen geringen Zuwachs an Marktanteilen generieren konnten und dementsprechend schlecht bewertete einen geringen Verlust verzeichneten (vgl. Wübker; Sauerland; Wübker; 2008, S. 3f.). Der Zuwachs nahm jedoch mit der Zeit ab, was darauf hinweist, dass die Marktveränderungen überwiegend durch die Reaktion auf neue Informationen hervorgerufen wurden (vgl. Matthes; Wiest, 2005, S. 68). Studien zeigen, dass die unzureichende Nutzung der veröffentlichten Daten zum einen auf der schlichten Unkenntnis über die Qualitätsberichte an sich und zum anderen auf mangelndem Interesse an

⁶ Der Consumer Guide veröffentlichte 1995 ein Ranking von Krankenhäusern und Chirurgen in Pennsylvania bezüglich risikoadjustierte Mortalitätsraten bei Patienten mit aortokoronem Bypass.

den Informationen basiert (vgl. Wübker; Sauerland; Wübker; 2008, S. 2ff.). Die Ursache für das Desinteresse an Leistungsdaten ergibt sich aus einem Zusammenspiel von Verständnisproblemen, Misstrauen und Gleichgültigkeit gegenüber der Art der Informationen (vgl. Matthes; Wiest, 2005, S. 68). Patienten legen bei der Entscheidungsfindung Wert darauf zu erfahren, wie andere, die einst in derselben Lage waren, die Gesundheitsleistungen bewerten (vgl. Marshall; Romano; Davies, 2003, S. 61). Die US-amerikanischen Erfahrungen demonstrieren, dass die „Datenqualität, Darstellung, Auswahl der Daten und andere Faktoren sorgfältig in Betracht gezogen werden müssen, um den Erfolg und die Beachtung bei der Entscheidungsfindung nicht von vornherein aufs Spiel zu setzen“ (Matthes; Wiest, 2005, S. 68f.).

4 Qualitätsmessung von deutschen Krankenhäusern

Die Debatte um die Qualitätsmessung von Krankenhäusern in Deutschland entstand größtenteils aufgrund der Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen (Diagnoses Related Groups –DRG) (vgl. Gaydoul, 2009, S. 13). Durch die DRGs wird der Preiswettbewerb innerhalb der stationären Versorgung intensiviert, jedoch birgt dies gleichzeitig auch die Gefahr vor Qualitätseinbußen (vgl. WIdO). Die Notwendigkeit für eine Untersuchung und Sicherstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen lässt sich nicht mehr abstreiten (vgl. WIdO). Als Mitte der 90er Jahre stellenweise Fallpauschalen zur Vergütung eingeführt wurden, wurde die gesetzlich verpflichtende Qualitätssicherung für einzelne Operationen ins Leben gerufen (vgl. WIdO). Mit der einheitlichen Umstellung auf die DRG-Vergütung im Jahr 2002 wurde auch die Publikation von Qualitätsdaten gesetzlich geregelt (vgl. Gaydoul, 2009, S. 13). Es werden immer mehr Initiativen in Deutschland initiiert, die die Qualität in Krankenhäusern messen und veröffentlichen.

4.1 Veröffentlichung der Qualitätsinformation

Wie oben erwähnt, bestimmen erst seit Kurzem rechtliche Auflagen über die Sicherstellung der Qualität in deutschen Krankenhäusern. Wissen über eben diese Qualität besaßen, neben den Krankenhäusern selbst, allenfalls die Krankenkassen und zum Teil die Ärztekammern und Berufsverbände (vgl. G-BA, 2011, S. 8). Deshalb sollte durch das 2005 in Kraft getretene Gesetz zur externen Qualitätssicherung Transparenz geschaffen werden (Vgl. Wübker; Sauerland; Wübker; 2008, S. 1). Gem. §137 Abs. 3 S. 1 Nr. 4 Sozialgesetzbuch (SGB V) sind Krankenhäuser seitdem rechtlich dazu verpflichtet, alle zwei Jahre einen strukturierten

Qualitätsbericht für das vorangegangene Jahr zu erstellen und im Internet frei zugänglich zu veröffentlichen (vgl. Gaydoul, 2009, S. 13). Hierzu zählen nach §108 SGB V alle Krankenhäuser, die für die Behandlung von gesetzlich Krankenversicherten zugelassen sind (vgl. G-BA, 2011, S. 4). Neben den gesetzlich verpflichtenden Qualitätsberichten existieren auch Transparenzinitiativen auf freiwilliger Basis, die die Qualität in Krankenhäusern erfassen. Eine besonders nennenswerte Initiative stellt die Veröffentlichung des „Klinik-Führers Rhein-Ruhr“ dar (vgl. Wübker; Sauerland; Wübker; 2008, S. 1). Er soll Patienten bei der Entscheidungsfindung helfen und geht speziell auf für sie relevante Aspekte ein.

4.1.1 Strukturierter Qualitätsbericht

Inhaltlich sollen die strukturieren Qualitätsberichte „im Wesentlichen Art und Anzahl der Leistungen des Krankenhauses, die Erfüllung von Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die Umsetzung der Mindestmengen bestimmter planbarer Leistungen sowie die gesetzlich geforderten externen Qualitätssicherungsmaßnahmen und des internen Qualitätsmanagements wiedergeben“ (Gaydoul, 2009, S. 14). Damit verfolgen die strukturierten Qualitätsberichte drei unterschiedliche Ziele. An erster Stelle sollen sie den potenziellen Patienten anhand der vermittelten Informationen als Entscheidungshilfe für oder gegen ein Krankenhaus dienen. Des Weiteren sollen die Berichte eine Orientierungshilfe für die Ärzte, die die Patienten einerseits einweisen, andererseits nach dem Krankenhausaufenthalt weiter behandeln, als auch für die Krankenkassen darstellen. Daneben sollen sie Krankenhäusern die Möglichkeit bieten, ihre Leistungen und ihre Qualität offen zu legen (vgl. G-BA, 2011, S. 8f.).

Die Erzeugung der Berichte basiert auf der Dokumentation der Krankenhäuser. Dazu legt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) als „höchstes Gremium der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen“ (G-BA) 30 Krankenhausbereiche fest, aus denen 390 Qualitätsmaße bestimmt werden. Die Krankenhäuser erfassen die Daten mittels einer Software, die eigens für die Qualitätssicherung entwickelt wurde. Die Aufzeichnungen werden von dem Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA) und den einzelnen Landesgeschäftsstellen Qualitätssicherung analysiert. Insgesamt decken die Daten um die 20% der Krankenhausbehandlungen ab und werden auf Unverfälschtheit mittels eines Validierungsverfahrens überprüft (vgl. G-BA, 2011, S. 10ff.).

Von den ehemals 390 Qualitätskennzahlen empfahl das AQUA-Institut 2011 letztendlich 182 Indikatoren als zur verpflichtenden Veröffentlichung im Qualitätsbericht geeignet. Hierbei werden die einzelnen Indikatoren einem mehrstufigen Bewertungsverfahren unterzogen, das u.a. eine Expertenbefragung und statistische Prüfung beinhaltet (vgl. AQUA, 2011, S. 5-16).

4.1.2 „Klinik-Führer Rhein-Ruhr“

Im Jahr 2010 erschien die vierte Auflage des „Klinik-Führers Rhein-Ruhr“ zum Qualitätsvergleich von 51 Krankenhäusern aus dem Ruhrgebiet und benachbarten Gebieten. Für den „Klinik-Führer Rhein-Ruhr“ wird die Qualität von den teilnehmenden Krankenhäusern und Fachabteilungen aus verschiedenen Sichtweisen analysiert um „eine umfassende inhaltliche Abdeckung der Informationsbedürfnisse der Nutzer“ (Wübker; Sauerland; Wübker; 2008, S. 7) sicher zu stellen. Dazu werden zum einen entlassene, stationär behandelte Patienten und zum anderen niedergelassene, regionale Ärzte befragt. Die Fragebögen werden durch das unabhängige Picker Institut⁷ konzipiert und von den Krankenhäusern an eine Stichprobenauswahl geschickt. Es wird die Zufriedenheit der Patienten mit den Ärzten, den Pflegekräften, dem Behandlungserfolg, der allgemeinen Ausstattung des Krankenhauses und dem Essen bezogen auf 21 Fachbereiche abgefragt. Die niedergelassenen Ärzte, durch die die Patienten in Krankenhäuser eingewiesen werden, sollen, basierend auf ihrer Fachkenntnis, die jeweiligen Abteilungen der Kliniken hinsichtlich der medizinisch-technischen Ausstattung, der fachlichen Kompetenz sowie der Kommunikation beurteilen und eine abschließende Beurteilung abgeben. Zudem werden neben den Befragungen Leistungskennzahlen und zum Teil die Behandlungsqualität ermittelt, um die Versorgungsleistungen eines Krankenhauses abzubilden. Unter dem Punkt „Leistungskennzahlen“ werden die Abteilungsstrukturen in Bezug auf die jährliche stationäre Fallanzahl insgesamt und pro Arzt sowie die pflegebezogene Patientenauslastung erfasst. Die Qualität einzelner Behandlungen einiger Abteilungen wird durch ausgewählte Prozess- und Ergebnisindikatoren bestimmt, die auf den strukturierten Qualitätsberichten basieren. Die Ergebnisse der vier individuellen Befragungen und Erhebungen sind sowohl im Internet abrufbar als auch in gedruckter Form erhältlich (vgl. Initiativkreis Ruhr GmbH).

⁷ Eine unabhängige, gemeinnützige Organisation, die für eine verbesserte Krankenversorgung Befragungen durchführt.

4.2 Bewertender Vergleich

Aus den Erfahrungen in den USA ist bekannt, dass Patienten oftmals schlichtweg keine Kenntnis über die veröffentlichten Qualitätsinformationen besitzen (vgl. Wübker; Sauerland; Wübker; 2008, S. 2ff). Hier spielt auch die Verbreitungsart der Information eine Rolle. Während die strukturierten Qualitätsberichte nur im Internet abrufbar sind, kann man den „Klinik-Führer Rhein-Ruhr“ zusätzlich auch in gedruckter Form erhalten. Es lässt sich vermuten, dass vor allem ältere Patienten, die mit dem Internet eventuell nicht so vertraut sind, hiervon profitieren. In einer Studie wurde ermittelt, dass „unter den über 60-Jährigen nur rund die Hälfte das Internet als Informationsquelle nutzt“ (Braun, 2007, S. 26).

Oftmals werden Verständnisprobleme als Grund für mangelndes Interesse an den Qualitätsberichtserstattungen angeführt (vgl. Matthes; Wiest, 2005, S. 68). Da der strukturierte Qualitätsbericht nicht konsumentenfreundlich ist, hat der G-BA eine Lesehilfe angefertigt. In dieser heißt es, dass die „Inhalte wie auch der Umfang den Laien manchmal eher abschrecken könnten“ (G-BA, 2011, S. 34). Die abschreckende Wirkung auf jemanden ohne medizinische Kenntnisse beruht mitunter auf der Vielzahl an Fachvokabular. Die Übersetzung der Bezeichnungen in ein alltägliches Sprachvokabular fehlt. Zusätzlich erstrecken sich die strukturierten Qualitätsberichte z.T. über mehrere 100 Seiten. Um sich über die Behandlungsqualität bezogen auf eine bestimmte Diagnose zu informieren, ist ein enormer Zeitaufwand von Nöten. Hierbei ist zudem der unübersichtliche Aufbau der Qualitätsberichte hinderlich. Eben diese Undurchschaubarkeit verhindert auch einfache Vergleichsmöglichkeiten. Internet-Recherchetools wie die Suchmaschinen verschiedener Krankenversicherungen und die Weisse Liste⁸ der Bertelsmann Stiftung verringern die Problematik, indem sie es ermöglichen, präzise nach bestimmten Inhalten des strukturierten Qualitätsberichts zu suchen (Drösler, 2006, S. 219). Der „Klinik-Führer Rhein-Ruhr“ besticht durch eine leichte Handhabung. Gegliedert in die einzelnen Fachbereiche kann sich der Patient einen schnellen Überblick über die Bewertungen der gewünschten Abteilungen verschaffen. Im Gegensatz zu den strukturierten Qualitätsberichten deutscher Kliniken basiert das Handbuch nicht größtenteils auf einer Häufigkeitsanalyse durchgeführter Eingriffe. Vielmehr enthält es auch Beurteilungen von Patienten und Ärzten. Hier erkennt die Initiative den Bedarf an persönlichen Erfahrungen, der auch in den USA in den letzten Jahren immer

⁸ Unabhängiges Onlineportal, das Patienten bei der Krankenhaussuche behilflich ist.

größer geworden ist (vgl. Marshall; Romano; Davies, 2003, S. 61), an. Nicht nur die Bewertungen von ehemaligen Leidensgenossen erweisen sich als hilfreich, sondern auch die Befragung niedergelassener Ärzte schafft es, eine persönliche Ebene zwischen Patienten und medizinischen Fachpersonal aufzubauen. Würde ein Facharzt seine Familie im Falle einer gesundheitlichen Beeinträchtigung in das spezifische Krankenhaus überweisen? Wie bei jeder Befragung ergeben sich hierbei jedoch auch typische Problematiken. Zum einen ist die Objektivität der Antworten nicht gewährleistet. Hierbei spielt nicht nur das individuelle Bewertungsempfinden der Patienten eine Rolle sondern auch deren Verständnis der Fragen. Ein schriftlicher Fragebogen birgt immer die Gefahr, dass ein Proband die Frage missversteht (vgl. Rogger, 1995, S. 105). Problematisch ist ferner, dass der Befragte in der Lage sein muss eine Grenze zwischen Qualität und annehmlchen Zusatzleistungen wie den Kontakt zum Chefarzt, die Anzahl der Fernsehkanäle und die Dekoration der Krankenzimmer zu ziehen (vgl. Romano; Mutter, 2004, S. 132). Um zu verhindern, dass es sich nicht um Qualität, sondern nur um Scheinqualität handelt, müssen die Erwartungen bezüglich ihrer Relevanz und Erfüllbarkeit überprüft werden (vgl. G-BA, 2011, S. 5, Romano; Mutter, 2004, S. 132). Des Weiteren hat auch eine „soziale Erwünschtheit“ (Diekmann, 2010, S. 447f.) für die Patienten einen großen Entscheidungsfaktor darüber, ob sie ihre wirkliche Meinung kundgeben. Viele Patienten denken, dass bei einer Befragung über die Zufriedenheit mit dem jeweiligen Krankenhaus, nur bestätigt werden soll, dass die Patienten zufrieden sind.

Eine Schwäche des „Klinik-Führers Rhein-Ruhr“ liegt an der Bewertung. So wird stets die ganze Abteilung einheitlich bewertet. Es ist jedoch möglich, dass die Qualität des Personals auf einer Abteilung von Person zu Person variiert. Auch der Behandlungserfolg lässt keinen direkten Rückschluss auf die Qualität eines Krankenhauses zu. Viel eher ergibt sich ein Behandlungserfolg aus einer Kombination von Komplexität der Krankheit, individuellem Heilungsprozess und bestmöglicher Versorgung. Erfahrungen aus den USA zeigen, dass eine solche patientenbezogene Qualitätsinformation wünschenswert ist (vgl. Matthes; Wiest, 2005, S. 68).

Die geringe Bereitschaft von Krankenhäusern an Initiativen wie dem „Klinik-Führer Rhein-Ruhr“ teilzunehmen, lässt sich auch durch die geringen Anreize erklären. So müssen teilnehmende Krankenhäuser für die Aufnahme in den „Klinik-Führer Rhein-Ruhr“ Aufwandsgebühren errichten (vgl. Initiativkreis Ruhr GmbH). Da die Teilnahme an solchen Transparenzinitiativen jedoch nicht für alle deutschen Krankenhäuser gesetzlich

vorgeschrieben ist, ist auch das Ergebnis wenig repräsentativ. Der Nutzen für ein Krankenhaus bspw. am „Klinik-Führer Rhein-Ruhr“ teilzunehmen, ist so eher gering.

Die Datenbasis für die Qualitätsanalysen der deutschen Krankenhäuser entsteht bei den genannten Initiativen aus eigens für diese Zwecke erhobenen Daten. Bei den Indikatorensets der US-amerikanischen AHRQ hingegen wird ausschließlich auf die abrechnungszweckbezogenen Routinedaten zurückgegriffen (vgl. Maass et al., 2010, S. 409). Durch die fehlende eigene Datenerhebung ergibt sich eine enorme Zeit- und Kostenersparnis (vgl. Maass et al., 2010, S. 410). Darüber hinaus ermöglichen es diese Daten, die Ergebnisqualität auch nach dem Krankenhausaufenthalt zu analysieren. In diesem Zusammenhang ist das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) zu erwähnen. Im Rahmen des Projektes „Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten“ (QRS) wurde so erstmals auch in Deutschland ein Qualitätsmessungsverfahren auf Basis von GKV-Routinedaten entwickelt. In diesem Forschungsprojekt überprüft es in Zusammenarbeit mit den HELIOS Kliniken und Partnern aus der Wissenschaft die Qualitätsberichtserstattung mittels unterschiedlichster Verfahren. Für die Zukunft ist eine Angleichung der deutschen Berichtserstattung an die Qualitätsmessung des US-amerikanischen Marktes mittels bereits bekannter Abrechnungsdaten angestrebt (vgl. Matthes; Wiest, 2005, S. 68). Dadurch entsteht eine höhere Transparenz auch auf internationaler Ebene.

5 Möglicher Einfluss der Qualitätsmessung auf Krankenhäuser

Durch eine Teilnahme an Initiativen zur Qualitätssicherung erschließen sich dem Krankenhaus viele Chancen. Eine mögliche Chance ist die Weiterentwicklung des Leistungsangebotes, da das Krankenhaus die Herausforderung positiv aufgreifen kann und gegebenenfalls an verschiedensten Stellen neue Behandlungsformen einführt bzw. diese erweitert. Primär sind dabei die Vernetzung mit anderen Einrichtungen (horizontale Vernetzung) als auch eine Kooperation in der Leistungskette (vertikale Kooperation) wie beispielsweise mit niedergelassenen Ärzten und Einrichtungen der Rehabilitation und der ambulanten sowie stationären Pflege (vgl. Kölking, 2001, S. 7). Mit Hilfe der veröffentlichten Qualitätsberichte kann jedes Krankenhaus mögliche Kooperationspartner gründlich betrachten. Bevor eine Zusammenarbeit entsteht, kann noch einmal auf die Einschätzung der Patienten zum zukünftigen Kooperationspartner zurückgegriffen werden.

Des Weiteren können Krankenhäuser aus aktuellen Indikatoren ersehen, in welchen Bereichen es Potentiale zu eigenen Verbesserung gibt. Denn auch die Aufdeckung von momentanen Schwächen kann helfen zukünftig bessere Resultate zu erzielen.

Fehlerkosten können durch Qualitätsmängel im Krankenhaus verursacht werden, wie bspw. durch nutzlos verbrauchtes Material, operative Fehlerfolgekosten, mit denen Nachsorge des Patienten und Wiedergutmachung verbunden sind und strategische Fehlerkosten, welche eine höhere Kapitalbindung, keine künftigen Einweisung des Patienten bei Behandlungsbedarf und keiner Weiterempfehlung aufgrund des Imageverlustes umfassen. Durch die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems können Fehlerkosten reduziert werden (vgl. Töpfer, 2006, S. 109).

Krankenhäuser konkurrieren im immer steigenden Wettbewerb um Patienten. Durch die Publikation von Qualitätsmessung können Krankenhäuser ihre Stärken aufzeigen und somit Patienten anwerben. Im Umkehrschluss werden jedoch auch mögliche Schwächen des Krankenhauses offengelegt. Neben der Gefahr der Abwanderung von Patienten und auch Personal, könnte eine Veröffentlichung der Daten auch zu manipulativem Verhalten animieren. Um zu verhindern, dass die einzelnen Werte der Qualitätsmaße schlecht ausfallen, streben Krankenhäuser eventuell nur die Behandlung von weniger riskanten Patienten an (vgl. Dranove et al., 2003, S. 557). Sie könnten bei der Qualitätsbeurteilung ähnliche Resultate erzielen, wie Krankenhäuser, die diese Praxis nicht anwenden.

6 Fazit und Ausblick

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, einen Einblick in die Qualitätsmessung von Krankenhäusern zu gewähren. Zum einen wurde hierbei auf die in den USA und zum anderen auf die in Deutschland verwendeten Methoden eingegangen.

Vor allem durch das Augenmerk der Krankenkassen und Krankenhäuser auf die vielschichtige Qualitätsmessung in den USA ergab sich im letzten Jahrzehnt in Deutschland eine Dynamik. Für (mögliche) Patienten hat die freie Wahl einer bestmöglichen Behandlung nun mehr einen größeren Stellenwert. Infolge des öffentlichen Interesses entstand so innerhalb kürzester Zeit eine Großzahl an Messungen mit verschiedensten Qualitätsindikatoren.

Jedoch musste in dieser Arbeit festgestellt werden, dass es noch immer an Transparenz mangelt. Die mangelnde Veröffentlichung von Fehlern, die Komplexität einiger Indikatoren, aber auch die erschwerte Zugänglichkeit der Ergebnisse, zeigt die vorhandenen Missstände deutlich auf. Einem strukturierten Qualitätsbericht, der in einer sich so rasant entwickelnden Branche wie dem Gesundheitswesen nur alle zwei Jahre veröffentlicht wird, fehlt es an Validität. Diese Schnelllebigkeit verdeutlicht auch den kontinuierlichen Verbesserungsprozess der Qualitätsmessung. Die Indikatoren werden stetig weiterentwickelt.

Den „Klinik-Führer Rhein-Ruhr“ betreffend, konnte gezeigt werden, dass die Befragung ehemaliger Patienten eine geeignete Methode der Zufriedenheitsmessung ist. Da eben diese Patientenzufriedenheit zusehends im Mittelpunkt der Betrachtung von Qualität im Gesundheitswesen steht, wäre auch eine verpflichtende Teilnahme und anschließende Veröffentlichungspflicht sämtlicher Daten wünschenswert.

Insofern steht zu hoffen, dass dem Verbraucher in Zukunft bei der Erfüllung der ersten Pflicht im Leben, die Sicherung der eigenen Gesundheit, mit mehr Aspekten zur Aufklärung geholfen werden kann.

Literaturverzeichnis

- AQUA (2011), „Bericht zur Schnellprüfung und Bewertung der Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung“. URL: <https://www.sgg.de/themen/indikatoren-im-strukturierten-qualitaetsreport/index.html>, abgerufen am 05.09.2012.
- Braun, Bernard (2007), „Qualitätsberichte- Klartext für Klinikkunden?“, *Gesundheit und Politik*, 5: 24-30.
- Diekmann, Andreas (2010), *Empirische Sozialforschung- Grundlagen Methoden Anwendungen*. 4.Auflage. Rowohlt Taschenbuch Verlag: Reinbek.
- Dranove, David et al (2003), „Is more Information Better? The Effects of “Report Cards” on Health Care Providers“, *Journal of Political Economy*, 111 (3): 555-587.
- Drösler, Saskia E. (2006), „Qualitätsberichte gemäß §137 SGB V und ihre Darstellung im Internet- eine vergleichende Analyse“, in: J. Klauber, B. Robra, H.Schellschmidt (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2006*, Schattauer GmbH: Stuttgart. 207-221.
- Eichhorn, Siegfried (1997), *Integratives Qualitätsmanagement im Krankenhaus*. W. Kohlhammer GmbH: Stuttgart.
- Gaydoul, Tobias (2009), *Qualitätsberichte von Krankenhäusern- Eine empirische Analyse aus informationsökonomischer Sicht*. Gabler: Wiesbaden.
- G-BA (2011), „Die gesetzlichen Qualitätsberichte der Krankenhäuser lesen und verstehen“, URL: <http://www.g->

[ba.de/institution/themenschwerpunkte/qualitaetsversicherung/qualitaetsbericht/qualitaetsberichte-lesen/](http://www.kliniken-rhein-ruhr.de/ba.de/institution/themenschwerpunkte/qualitaetsversicherung/qualitaetsbericht/qualitaetsberichte-lesen/), abgerufen am 25.08.12.

- Haeske-Seeberg, Heidemarie (2008), *Qualitätsmanagement im Krankenhaus- Strategien-Analysen-Konzepte*. 2.Auflage. W.Kohlhammer GmbH: Stuttgart.
- Hartl, Friedrich; Wernisch, Dietmar (2006), *Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen-Konzeption- Implementierung-Verbesserung*. 2.Auflage. Verlagshaus der Ärzte: Wien.
- Initiativkreis Ruhr GmbH, Internetauftritt des Klinik-Führers Rhein-Ruhr, URL: <http://www.kliniken-rhein-ruhr.de/>, abgerufen bis zum 29.09.2012.
- Kaltenbach, Tobias (1993), *Qualitätsmanagement im Krankenhaus*. 2. Auflage. Bibliomed, Med. Verl.-Ges.: Melsungen.
- Kölking, Huldrych M. (2001), „Chancen und Risiken der DRG-Einführung aus der Sicht des Krankenhausmanagements“. URL: <http://www.deutscher-krankenhaustag.de/de/vortraege/pdf/GDK24-2001-11-22-Koelking.pdf>, abgerufen am 15.09.2012.
- Kramer, Malte (2008), *Qualitäts- und Prozessmanagement für mehr Kundenorientierung-Aktuelle Managementformen im Krankenhaus*. Druck Diplomica Verlag GmbH: Hamburg.
- Maass, Christina et al. (2010), „Krankenhaus-Routinedaten zur externen Qualitätssicherung? Vergleich von Qualitätsindikatoren anhand der Daten der gesetzlichen externen Qualitätssicherung (BQS) und Routinedaten“. URL: <https://www.thieme-connect.de/ejournals/abstract/10.1055/s-0031-1274523>, abgerufen am 03.09.2012.
- Mainz, Jan (2003), „Methodology Matters- Defining and classifying clinical indicators for quality improvement“, *International Journal for Quality in Health Care*, 15 (6): 523-530.
- Marshall, Martin N.; Romano, Patrick S., Davies, Huw T.O (2003), “How do we maximize the impact of the public reporting of quality of care?”, *International Journal for Quality in Health Care*, 16 (1): 57-63.
- Matthes, Nikolas; Wiest, Axel (2005), “Veröffentlichung von Qualitätsdaten für Krankenhäuser in den USA“, in J. Klauber, B. Peter, H. Schellschmidt (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2004*, Schattauer GmbH: Stuttgart: 49-74.
- McClellan, Mark; Staiger, Douglas (2000), “Comparing the Quality of Health Care Providers”, *Forum for Health Economics & Policy*, 3: 111-136.
- Rogger, Klaus-Eckart (1995), *Methodenatlas*, Springer: Berlin.
- Romano, Patrick S.; Mutter, Ryan (2004), “The Evolving Science of Quality Measurement for Hospitals: Implications for Studies of Competition and Consolidation”, *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 4: 131–157.
- Schneider, Eric C.; Epstein, Arnold M. (1998), „Use of Public Performance Reports- A Survey of Patients Undergoing Cardiac Surgery“. URL: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=187568>, abgerufen am 05.09.2012.
- Schubert, Hans-Joachim; Zink, Klaus J. (1997), *Qualitätsmanagement in sozialem Dienstleistungsunternehmen*, Lichterhand Verlag GmbH: Berlin.

Töpfer, Armin (2006), „Medizinische und Ökonomische Bedeutung von Qualität im Krankenhaus: Vermeidung von Fehlerkosten“, in D. M. Albrecht; A. Töpfer (Hrsg): *Erfolgreiches Changemanagement im Krankenhaus – 15-Punkte Sofortprogramm für Kliniken*, Springer Verlag: Heidelberg.

WIdO, (2012), Internetauftritt des WIdO. URL: <http://www.wido.de/qualitaetsforschung0.html>, abgerufen bis zum 29.09.12.

Wübker, Ansgar (2009), *Effizienzreserven, Wettbewerbspotentiale und Selektionsaktivitäten im deutschen Gesundheitswesen*, Wikom GmbH: Wegscheid.

Wübker, Ansgar; Sauerland, Dirk; Wübker, Achim (2008), „Wie Qualitätsinformationen die Krankenhauswahl beeinflussen – eine empirische Untersuchung“, *WHL Diskussionspapier Nr. 15*, im URL: http://www.akad.de/fileadmin/akad.de/assets/PDF/WHL_Diskussionspapiere/WHL_Diskussionspapier_Nr_15.pdf, abgerufen am 05.06.2012.

Anhang

Tabelle 2: Initiativen zur Qualitätsberichtserstattung von Krankenhäusern in den USA

Initiative	Zeitraum	Initiator	Datenerfassung durch	Indikatoren und Methodik	Anzahl der Indikatoren	Vorgeschrieben	Veröffentlichung der Daten
Krankenhausmortalität	1986-1992	HCFA (CMS) ¹	HCFA (CMS) ¹	HCFA (CMS) ¹	Nur ein Indikator	Ja	Ja
New York State Bypass-OP-Mortalität	Ab 1989	New York State Department of Health	New York State Department of Health	New York State Department of Health	Nur ein Indikator	Nein	Ja
Statement of Work (SOW)-Indikatoren	Ab 1982	HCFA (CMS) ¹	Quality Improvement Organizations (QIO)	HCFA (CMS) ¹	Freie Wahl	Nein	Nein
ORYX Non-Core-Indikatoren	1998-2002	JCAHO ²	Performance Measurement Systems	Performance Measurement Systems	6, freie Wahl welche der Indikatoren des Performance-Measurement-Systems	Ja	Nein
ORYX Core-Indikatoren	Seit 2002	JCAHO ²	Performance Measurement Systems	Abgeleitet von HCFA (CMS) SOW-Indikatoren	3 Fokusssets, jeweils alle Indikatoren des Fokusssets	Ja	Ab 2004
Rhode Island	Seit 2002	Rhode Island State Department of Health	Performance Measurement Systems und HCFA (CMS) QNet Exchange	(HCFA) CMS ¹	Auswahl von Indikatoren aus 3 Fokusssets	Ja	Ja
National Voluntary Hospital Reporting Initiative	Seit 2003	Koalition von Organisationen	Performance Measurement Systems und HCFA (CMS) QNet Exchange	HCFA (CMS) ¹	10 aus 3 Fokusssets	Nein	Ja
Reporting Hospital Quality Data for Annual Payment Update (501B)	Seit 2004	HCFA (CMS) ¹	Performance Measurement Systems und HCFA (CMS) QNet Exchange	HCFA (CMS) ¹	10 aus 3 Fokusssets	Nein, aber Voraussetzung für Kostenerstattung	Nein
HEDIS* Health Plan	1989	NCQA ³	NCQA	NCQA ³		Nein, aber Voraussetzung für Verträge mit Arbeitgebern	teilweise

Quelle: Vgl. Matthes, Wiest (2005), S. 51.

¹Health Care Financing Administration (Centers for Medicare and Medicaid Services)

²Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations

³National Committee for Quality Assurance

Tabelle 3: Minimalset von Indikatoren in den USA (Auszug)

Fokusset	JCAHO ¹ Core Measures	CMS/HCFA SOW ²	Rhode Island Initiative	NVHRI ³	Indikator
Herz- versagen	X	X			Entlassungsinstruktionen
	X	X	X	X	LVF-Evaluierung
	X	X	X	X	ACE-Hemmer
	X	X			Raucherentwöhnungsberatung
Intensiv- station	2005				Pneumonieprävention durch Lagerung für Beatmungspatienten
	2005				Stressulkus-Prävention
	2005				Prophylaxe tiefer Beinvenenthrombose
	2005				Infektion bei zentralvenösen Katheter n
	2005				Verweildauer auf der Intensivstation*
Asthma bei Kindern	2005				Mortalität von Patienten auf Intensivstation*
	2005				Ungeplante Wiederaufnahmen innerhalb von 7 Tagen bei Asthma
	2005				Ungeplante Wiederaufnahmen innerhalb von 14 Tagen bei Asthma
	2005				Rückkehr von Asthmapatienten in die Notaufnahme innerhalb von 48 Stunden nach Entlassung
	2005				Nutzung von systemischen Steroiden bei stationären Asthma-Patienten
	2005				Anwendung von Bronchodilatoren bei stationären Asthma-Patienten nach AAP-Altersgruppen
	2005				Verweildauer für Patienten mit Asthma*

Quelle: Vgl. Matthes, Wiest (2005), Tabellenverzeichnis.

*risikoadjustiert

¹Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations

²Centers for Medicare and Medicaid Services/ Health Care Financing Administration's Statement of Work

³National Voluntary Hospital Reporting Initiative

BISHER ERSCHIENEN

- 38 Herr, Annika (Hrsg.), Beiträge zum Wettbewerb im Krankenhaus- und Arzneimittelmarkt - Band 2: Arzneimittel, Januar 2013.
- 37 Herr, Annika (Hrsg.), Beiträge zum Wettbewerb im Krankenhaus- und Arzneimittelmarkt - Band 1: Krankenhäuser, Januar 2013.
- 36 Dewenter, Ralf und Haucap, Justus, Ökonomische Auswirkungen der Einführung eines Leistungsschutzrechts für Presseinhalte im Internet (Leistungsschutzrecht für Presseverleger), Januar 2013.
- 35 Coenen, Michael und Haucap, Justus, Ökonomische Grundlagen der Anreizregulierung, November 2012.
Erschienen in: Holznapel, Bernd und Schütz, Rainer (Hrsg.), AregV, Anreizregulierungsverordnung, Kommentar, Beck: München 2013, S. 48-67.
- 34 Coenen, Michael und Haucap, Justus, Stellungnahme zum Entwurf des Gesetzes zur Förderung des Mittelstandes in Nordrhein-Westfalen (Mittelstandsförderungsgesetz), November 2012.
- 33 Haucap, Justus und Kühling, Jürgen, Zeit für eine grundlegende Reform der EEG-Förderung - das Quotenmodell, November 2012.
Erscheint in: Energiewirtschaftliche Tagesfragen, 63/3 (2013).
- 32 Haucap, Justus, Wie lange hält Googles Monopol?, November 2012.
Erschienen in: MedienWirtschaft: Zeitschrift für Medienmanagement und Kommunikationsökonomie, 9 (2012), S. 40-43.
- 31 Herr, Annika, Rationalisierung und Wettbewerb im Arzneimittelmarkt, Oktober 2012.
- 30 Smeets, Heinz-Dieter, Zum Stand der Staatsschuldenkrise in Europa, Oktober 2012.
Erschienen in: Jahrbuch für Wirtschaftswissenschaften, 63 (2012), S.125-169.
- 29 Barth, Anne-Kathrin und Heimeshoff, Ulrich, Der angemessene Kostenmaßstab für Terminierungsentgelte - „Pure LRIC“ vs. „KeL“, September 2012.
- 28 Haucap, Justus, Eine ökonomische Analyse der Überwälzbarkeit der Kernbrennstoffsteuer, September 2012.
Erschienen in: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 61 (2012), S. 267-283.
- 27 Haucap, Justus, Lange, Mirjam R. J. und Wey, Christian, Nemo Omnibus Placet: Exzessive Regulierung und staatliche Willkür, Juli 2012.
Erscheint in: T. Theurl (Hrsg.), Akzeptanzprobleme der Marktwirtschaft: Ursachen und wirtschaftspolitische Konsequenzen, Duncker & Humblot: Berlin 2013.
- 26 Bataille, Marc, Die Anwendung theoretischer Wettbewerbskonzepte auf den Busliniennahverkehr, Mai 2012.
Erschienen in: List-Forum für Wirtschafts- und Finanzpolitik, 38 (2012), S. 56-99.
- 25 Haucap, Justus, Tarifeinheit nicht durch Gesetz verankern, Mai 2012.
Erschienen in: Wirtschaftsdienst, 92 (2012), S. 299-303.
- 24 Böckers, Veit, Giessing, Leonie, Haucap, Justus, Heimeshoff, Ulrich und Rösch, Jürgen, Braucht Deutschland einen Kapazitätsmarkt für Kraftwerke? Eine Analyse des deutschen Marktes für Stromerzeugung, Januar 2012.
Erschienen in: Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung, 81 (2012), S. 73-90.

- 23 Haucap, Justus und Heimeshoff, Ulrich, Sind Moscheen in Deutschland NIMBY-Güter?, Januar 2012.
Erschienen in: R. Schomaker, C. Müller, A. Knorr (Hrsg.), Migration und Integration als wirtschaftliche und gesellschaftliche Ordnungsprobleme, Lucius & Lucius: Stuttgart 2012, S. 163-184.
- 22 Haucap, Justus und Klein, Gordon J., Einschränkungen der Preisgestaltung im Einzelhandel aus wettbewerbsökonomischer Perspektive, Januar 2012.
Erschienen in: D. Ahlert (Hrsg.), Vertikale Preis- und Markenpflege im Kreuzfeuer des Kartellrechts, Gabler Verlag: Wiesbaden 2012, S. 169-186.
- 21 Wey, Christian, Nachfragemacht im Handel, Dezember 2011.
Erschienen in: FIW (Hrsg.), Schwerpunkte des Kartellrechts 2009/2010: Referate des 37. und 38. FIW-Seminars, Carl Heymanns Verlag: Köln 2011, S. 149-160.
- 20 Smeets, Heinz-Dieter, Staatschuldenkrise in Europa - Ist die Finanzierung der Schuldnerländer alternativlos?, November 2011.
Erschienen in: Dialog Handwerk, Nordrhein-Westfälischer Handwerkstag, 2 (2011).
- 19 Haucap, Justus, Steuern, Wettbewerb und Wettbewerbsneutralität, Oktober 2011.
Erschienen in: Perspektiven der Wirtschaftspolitik, 13 (2012), S. 103-115.
- 18 Bräuninger, Michael, Haucap, Justus und Muck, Johannes, Was lesen und schätzen Ökonomen im Jahr 2011?, August 2011.
Erschienen in: Perspektiven der Wirtschaftspolitik, 12 (2011), S. 339-371.
- 17 Coenen, Michael, Haucap, Justus, Herr, Annika und Kuchinke, Björn A., Wettbewerbspotenziale im deutschen Apothekenmarkt, Juli 2011.
Erschienen in: ORDO – Jahrbuch für die Ordnung von Wirtschaft und Gesellschaft, 62 (2011), S. 205-229.
- 16 Haucap, Justus und Wenzel, Tobias, Wettbewerb im Internet: Was ist online anders als offline?, Juli 2011.
Erschienen in: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 60 (2011), S. 200-211.
- 15 Gersdorf, Hubertus, Netzneutralität: Regulierungsbedarf?, Juli 2011.
Erschienen in: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 60 (2011), S. 187-199.
- 14 Kruse, Jörn, Ökonomische Grundlagen des Wettbewerbs im Internet, Juli 2011.
Erschienen in: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 60 (2011), S. 175-186.
- 13 Coenen, Michael, Haucap, Justus und Herr, Annika, Regionalität: Wettbewerbliche Überlegungen zum Krankenhausmarkt, Juni 2011.
Erschienen in: J. Klauber et al. (Hrsg.), Krankenhausreport 2012, Schattauer: Stuttgart 2012, S. 149-163.
- 12 Stühmeier, Torben, Das Leistungsschutzrecht für Presseverleger: Eine ordnungspolitische Analyse, Juni 2011.
Erschienen in: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 61 (2012), S. 82-102.
- 11 Haucap, Justus und Coenen, Michael, Mehr Plan- als Marktwirtschaft in der energiepolitischen Strategie 2020 der Europäischen Kommission, April 2011.
Erschienen in: D. Joost, H. Oetker, M. Paschke (Hrsg.), Festschrift für Franz Jürgen Säcker zum 70. Geburtstag, Verlag C. H. Beck: München 2011, S. 721-736.
- 10 Göddeke, Anna, Haucap, Justus, Herr, Annika und Wey, Christian, Stabilität und Wandel von Arbeitsmarktinstitutionen aus wettbewerbsökonomischer Sicht, März 2011.
Erschienen in: Zeitschrift für Arbeitsmarktforschung, 44 (2011), S. 143-154.

- 09 Haucap, Justus, Steuerharmonisierung oder Steuerwettbewerb in Europa?,
Dezember 2010.
Erschienen in: Zeitschrift für das gesamte Kreditwesen, 64 (2011), S. 25-28.
- 08 Haucap, Justus, Eingeschränkte Rationalität in der Wettbewerbsökonomie,
Dezember 2010.
Erschienen in: H. Michael Piper (Hrsg.), Neues aus Wissenschaft und Lehre. Jahrbuch der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf 2010, Düsseldorf University Press: Düsseldorf 2011,
S. 495-507.
- 07 Bataille, Marc und Coenen, Michael, Zugangsentgelte zur Infrastruktur der Deutsche
Bahn AG: Fluch oder Segen durch vertikale Separierung?, Dezember 2010.
Erschienen in: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 60 (2011), S. 370-388.
- 06 Normann, Hans-Theo, Experimentelle Ökonomik für die Wettbewerbspolitik,
Dezember 2010.
Erschienen in: H. Michael Piper (Hrsg.), Neues aus Wissenschaft und Lehre. Jahrbuch der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf 2010, Düsseldorf University Press: Düsseldorf 2011,
S. 509-522.
- 05 Baake, Pio, Kuchinke, Björn A. und Wey, Christian, Wettbewerb und
Wettbewerbsvorschriften im Gesundheitswesen, November 2010.
Erschienen in: Björn A. Kuchinke, Thorsten Sundmacher, Jürgen Zerth (Hrsg.), Wettbewerb
und Gesundheitskapital, DIBOGS-Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Sozialpolitik,
Universitätsverlag Ilmenau: Ilmenau 2010, S. 10-22.
- 04 Haucap, Justus, Heimeshoff, Ulrich und Stühmeier, Torben, Wettbewerb im
deutschen Mobilfunkmarkt, September 2010.
Erschienen in: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 60 (2011), S. 240-267.
- 03 Haucap, Justus und Coenen, Michael, Industriepolitische Konsequenzen der
Wirtschaftskrise, September 2010.
Erschienen in: Theresia Theurl (Hrsg.), Wirtschaftspolitische Konsequenzen der Finanz- und
Wirtschaftskrise, Schriften des Vereins für Socialpolitik, Band 329, Duncker & Humboldt:
Berlin 2010, S. 57-84.
- 02 Haucap, Justus, Heimeshoff, Ulrich und Uhde, Andre, Zur Neuregulierung des
Bankensektors nach der Finanzkrise: Bewertung der Reformvorhaben der EU aus
ordnungspolitischer Sicht, September 2010.
Erschienen in: Albrecht Michler, Heinz-Dieter Smeets (Hrsg.), Die aktuelle Finanzkrise:
Bestandsaufnahme und Lehren für die Zukunft, Lucius & Lucius: Stuttgart 2011, S. 185 -207.
- 01 Haucap, Justus und Coenen, Michael, Regulierung und Deregulierung in
Telekommunikationsmärkten: Theorie und Praxis, September 2010.
Erschienen in: Stefan Bechtold, Joachim Jickeli, Mathias Rohe (Hrsg.), Recht, Ordnung und
Wettbewerb: Festschrift zum 70. Geburtstag von Wernhard Möschel,
Nomos Verlag: Baden-Baden 2011, S. 1005-1026.

Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

**Düsseldorfer Institut für
Wettbewerbsökonomie (DICE)**

Universitätsstraße 1_ 40225 Düsseldorf
www.dice.hhu.de