

Konsolidierung im Krankenhausmarkt

Auswirkungen auf die Wettbewerbsintensität im baden-württembergischen Krankenhaussektor

Patrick Bremer, Marcel Nesensohn

Dipl.-Ökonom Dr. Patrick Bremer ist Referent im Referat „Wirtschaftswissenschaftliche Analysen, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen“ des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg.

Dipl.-Volkswirt Marcel Nesensohn ist Referent im selben Referat.

Seit nunmehr über 20 Jahren lässt sich im deutschen Krankenhausmarkt ein bis heute anhaltender Konsolidierungsprozess beobachten, aus dem bereits eine Reihe struktureller Veränderungen hervorgegangen sind. So hat sich die bundesweite Anzahl der Krankenhäuser allein in den letzten 10 Jahren aufgrund von Schließungen und Fusionen von 2 139 auf 1 956 Einrichtungen (– 8,6 %) reduziert. In Baden-Württemberg verringerte sich die Gesamtzahl der Krankenhäuser von 305 im Jahr 2005 auf 268 im Jahr 2015 (– 12,1 %).

Diese Konzentrationstendenzen sind nicht per se negativ zu bewerten, denn wenn sich einzelne Krankenhäuser zu einer größeren wirtschaftlichen Einheit zusammenschließen, birgt dies grundsätzlich das Potenzial für Kosteneinsparungen und zur Erschließung von Effizienzreserven. Demgegenüber steht jedoch aus Patientenperspektive die Gefahr, dass hierdurch einzelne Krankenhausträger eine marktbeherrschende Stellung erlangen, was sich negativ auf die Qualität und Preise von Gesundheitsleistungen auswirken könnte.

Vor diesem Hintergrund ist es das Ziel des vorliegenden Beitrags, das Ausmaß der Markt-

konzentration im baden-württembergischen Krankenhaussektor zu messen. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf der Betrachtung des Konsolidierungstrends im Zeitverlauf anhand geeigneter Konzentrationskennziffern. Datenbasis für die Analyse bilden die Mikrodaten des Forschungsdatenzentrums (FDZ) der Länder (siehe i-Punkt „Das Forschungsdatenzentrum als Datenquelle“).

Fusionen und Standortschließungen im Krankenhaussektor...

Die Wechselwirkung zwischen den Faktoren demografische Alterung und medizinisch technischer Fortschritt hat über Jahre hinweg zu einer zunehmenden Diskrepanz zwischen Einnahmen und Ausgaben im Gesundheitswesen geführt. Um die daraus resultierende Finanzierungslücke zu schließen, wurde daher im Krankenhaussektor – ebenso wie in anderen Bereichen des Gesundheitswesens – zunehmend versucht, wettbewerbliche Elemente zu etablieren. In diesem Zusammenhang ist insbesondere die im Jahr 2004 erfolgte Umstellung auf ein fallpauschalisiertes Vergütungssystem (DRG-System)



Das Forschungsdatenzentrum (FDZ) als Datenquelle

Die Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder wurden mit dem Ziel gegründet, die amtliche Statistik und die Wissenschaft stärker zu vernetzen. Das Forschungsdatenzentrum des Statistischen Bundesamtes weist derzeit vier Standorte, das der Statistischen Landesämter 16 Standorte und vier Außenstellen in wissenschaftlichen Instituten auf. An diesen Standorten kann, entweder direkt vor Ort, per kontrollierter Datenfernverarbeitung oder durch Übermittlung an den eigenen Arbeitsplatz, auf Mikrodaten von über 100 amtlichen Statistiken zugegriffen werden. Je nach Nutzungsweg werden die Daten mehr oder weniger stark anonymisiert. Grundsätzlich sind die Daten

bei direkter Nutzung in einem der Standorte („on-site“) weniger stark anonymisiert als bei einer Nutzung am eigenen Arbeitsplatz („off-site“). Je stärker die Daten anonymisiert sind, desto weniger Informationsgehalt besitzen diese. 13 FDZ-Standorte haben spezielle fachliche Zuständigkeiten übernommen. So sind beispielsweise beim Statistischen Landesamt Baden-Württemberg die Statistikbereiche „Umwelt“ und „Baugewerbe“ angesiedelt. Die in diesem Artikel verwendete Krankenhausstatistik liegt im Zuständigkeitsbereich des Statistischen Amtes in Sachsen. Näheres zum Thema Forschungsdatenzentrum findet sich in den Statistischen Monatsheftbeiträgen „10 Jahre Forschungsdatenzentrum der Länder“ von Kristin Nowak (7/2012), sowie „Das Forschungsdatenzentrum – ein Gewinn für die Wissenschaft“ von Joachim Werner (9/2016).

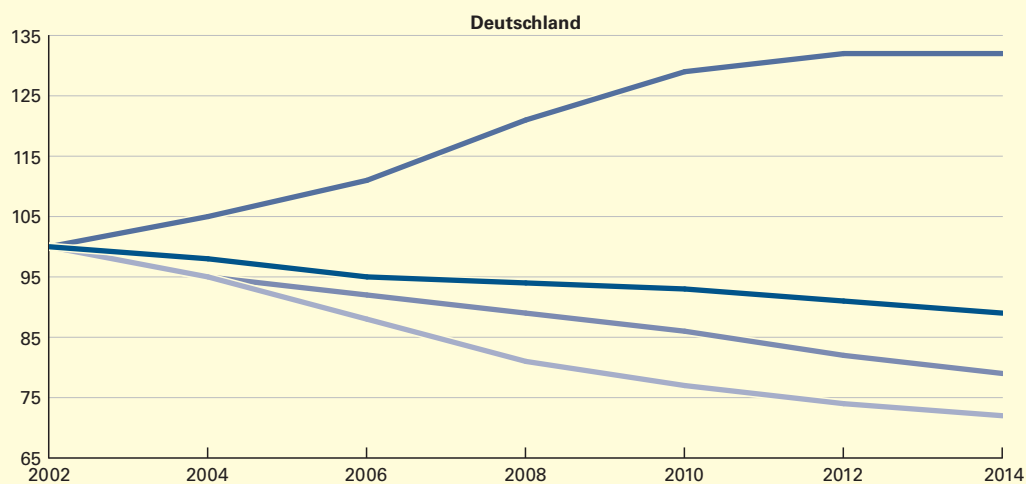
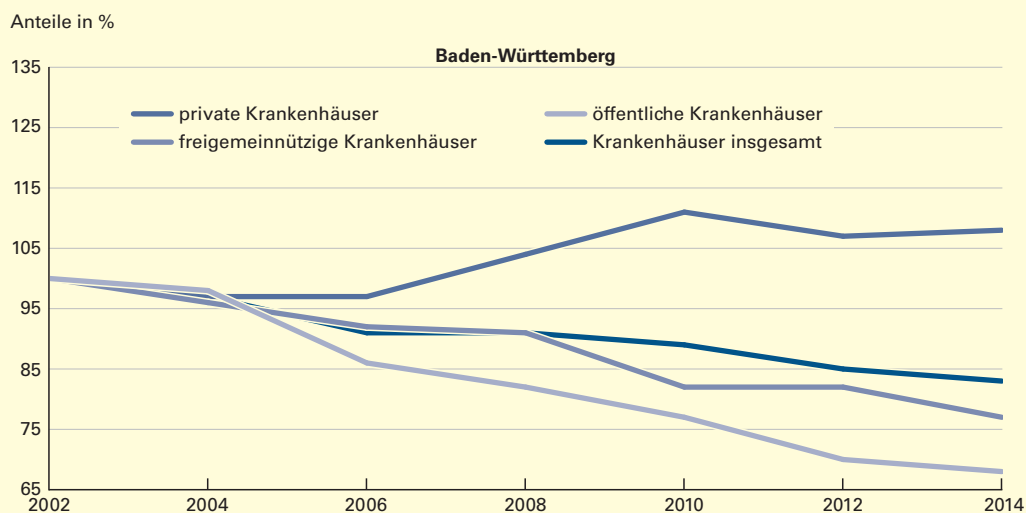
zu nennen, infolge derer insbesondere Krankenhäuser mit überdurchschnittlichen Ausgaben zum Teil unter erheblichen Kostendruck gerieten.¹

Insgesamt hat sich die wirtschaftliche Lage der deutschen Krankenhäuser im Zeitverlauf rapide verschlechtert. So attestierte beispielsweise eine Studie des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung dem deutschen Krankenhausmarkt zuletzt erhebliche Strukturdefizite: Jedes sechste Krankenhaus sei demnach von der Insolvenz bedroht, jede dritte Einrichtung schreibe rote Zahlen und lediglich knapp die Hälfte der Krankenhäuser seien in ausreichendem Maße investitionsfähig.² Ein Grund für die wirtschaftliche Schieflage wird oftmals in der stellenweise ungünstigen Versorgungsstruktur der deutschen Krankenhauslandschaft gesehen. Denn diese zeichnet sich durch eine

Vielzahl vergleichsweise kleiner Einrichtungen mit gleichzeitig geringer Spezialisierung sowie einer im internationalen Vergleich hohen Versorgungsdichte aus.³ Vor diesem Hintergrund bieten Zusammenschlüsse zwischen Krankenhäusern durch das Erzielen von Skalen- und Verbundeffekten das Potenzial für deutliche Kosteneinsparungen und somit zur Entwicklung einer effizienteren Organisationsstruktur.

Auf der anderen Seite ist mit der steigenden Zahl an Krankenhausfusionen jedoch die Gefahr verbunden, dass am Ende mächtige Marktakteure entstehen, woraus sich ein allgemeines Absenken des Qualitätsniveaus ergeben könnte. Denn grundsätzlich geht eine geringere Wettbewerbsintensität mit verringerten Anreizen zur Qualitätssicherung einher, da infolge der Marktberreinigung nunmehr eine niedrigere Abwan-

S1 Veränderung des Krankenhausmarkts zwischen 2002 und 2014



Datenquellen: Krankenhausstatistik; eigene Berechnungen.

¹ Hilgers, Sina (2011): DRG-Vergütung in deutschen Krankenhäusern. Auswirkungen auf Verweildauer und Behandlungsqualität, Springer Gabler, Wiesbaden.

² Augurzky, Boris/Krolop, Sebastian/Hentscher, Corinna/Pilny, Adam/Schmidt, Christoph M. (2015): Krankenhaus Rating Report 2015: Bad Bank für Krankenhäuser – Krankenhausausstieg vor der Tür?, medhochzwei Verlag, Heidelberg.

³ Dies zeigt sich beispielsweise beim Blick auf den Indikator „Betten-dichte“, der die Anzahl der Krankenhausbetten pro 1 000 Einwohner abbildet. Trotz der eingangs beschriebenen Konsolidierungstendenzen, liegt diese Kennziffer mit 8,2 bzw. 7,7 Betten in Deutschland und Baden-Württemberg noch immer deutlich über dem EU-Durchschnitt, welcher sich auf lediglich 4,9 Betten pro 1 000 Einwohner beläuft (OECD, Eurostat 2017).

4 Schmid, Andreas/Ulrich, Volker (2012): Konzentration und Marktmacht bei Krankenhäusern, Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, Nr. 17, S. 18 – 22.

5 Da sich bei einem Teil der in der Krankenhausstatistik enthaltenen Merkmale die Ausprägungen vor dem Jahr 2002 von jenen nach 2002 unterscheiden, wurde in der vorliegenden Auswertung der Beginn des Beobachtungszeitraums ab dem Jahr 2002 gewählt.

6 Allerdings ist davon auszugehen, dass vollständige Schließungen hierbei eine eher geringe Rolle spielen. So kam eine Studie der Preusker Health Care OY zum Ergebnis, dass bundesweit lediglich 36,3 % und in Baden-Württemberg 28,6 % der 2012 gegenüber 2003 nicht mehr in der Krankenhausstatistik aufgeführten Krankenhäuser auf vollständige Marktaustritte zurückzuführen sind (Preusker Uwe K./Müschel, Markus/Preusker, Sven (2014): Darstellung und Typologie der Marktaustritte von Krankenhäusern in Deutschland 2003 – 2013. Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes, Preusker Health Care OY).

7 So wird etwa in der Studie Schmid, Andreas (2012): Konsolidierung und Konzentration im Krankenhaussektor. Eine empirische Analyse der Marktstruktur unter Berücksichtigung des Krankenhausträgers, Beiträge zum Gesundheitsmanagement, Band 36, Nomos, Baden-Baden anschaulich dargelegt, dass die Messung der Marktkonzentration auf Krankenhausenebene nicht zielführend ist, da diese das Ausmaß der tatsächlichen Konzentration erheblich unterschätzt.

8 Gaynor, Martin/Vogt, William B. (1999): Antitrust and Competition in Health Care Markets, Working Paper 7112, National Bureau of Economic Research, Cambridge.

9 Einrichtungen mit weniger als zehn Betten wurden in der Berechnung des HHI nicht berücksichtigt. Insgesamt wurden somit für das Jahr 2014 81,1 % bzw. für 2002 85,5 % aller Krankenhäuser in Baden-Württemberg in die Berechnung mit einbezogen.

derungswahrscheinlichkeit der Patienten besteht. So ist etwa schon heute insbesondere in ländlichen Gebieten beobachtbar, dass Patienten im näheren Umkreis zwar oftmals die Wahl zwischen zwei Krankenhausstandorten, nicht aber zwischen unterschiedlichen Krankenhausträgern haben.⁴

... führten zu einem deutlichen Anstieg privater Einrichtungen...

Bereits seit über 2 Jahrzehnten ist die deutsche Krankenhauslandschaft durch einen stetigen Rückgang an Krankenhäusern gekennzeichnet. So ist die bundesweite Anzahl der Einrichtungen alleine im Zeitraum zwischen 2002⁵ und 2014 von 2 221 auf 1 980 und somit um 10,9 % gesunken (*Schaubild 1*). In Baden-Württemberg nahm der Kapazitätsabbau sogar ein noch größeres Ausmaß an. Von 325 Krankenhäusern im Jahr 2002 verblieben bis zum Jahr 2014 nur noch 270 Einrichtungen – das waren 55 Einrichtungen bzw. 16,9 % weniger als noch vor 12 Jahren.

Der Wandel des stationären Sektors spiegelt sich ebenfalls in der Verschiebung der Eigentümerstruktur der Krankenhäuser wider. Hierbei lässt sich ein eindeutiger Trend zu immer mehr Einrichtungen in privater Trägerschaft erkennen. So gab es etwa im Jahr 2014 bundesweit insgesamt 695 private Häuser und somit knapp ein Drittel mehr als im Jahr 2002. In Baden-Württemberg erhöhte sich die Anzahl privater Kliniken im selben Zeitraum von 104 auf 112 (+ 7,7 %). Der Rückgang der Gesamtzahl der Kliniken traf folglich allein die freigemeinnützigen und die öffentlichen Einrichtungen. Dabei nahm die Zahl der öffentlichen Krankenhäuser im gesamten Bundesgebiet um 228 (– 27,9 %) und die der freigemeinnützigen um 181 (– 20,6 %) ab. Mit einem Rückgang um 45 Häuser (– 31,7 %) bzw. um 18 Häuser (– 22,8 %) reduzierte sich die Anzahl an öffentlichen und freigemeinnützigen Einrichtungen in Baden-Württemberg in einem ähnlichen Ausmaß. Die überdurchschnittliche Abnahme der Gesamtzahl der baden-württembergischen Einrichtungen lässt sich somit primär auf die unterdurchschnittliche Zunahme von Krankenhäusern in privater Trägerschaft zurückführen.

Allerdings muss bei der in *Schaubild 1* dargestellten Entwicklung berücksichtigt werden, dass diese die strukturellen Veränderungen im Krankenhaussektor nur unzureichend widerspiegelt. Denn allein durch die Betrachtung der in der amtlichen Statistik ausgewiesenen Anzahl an Krankenhäusern kann nicht beurteilt werden, zu welchem Anteil der beobachtbare Rückgang

auf ersatzlose Schließungen und zu welchem Anteil dieser auf Fusionen oder Übernahmen zurückzuführen ist.⁶ Hinzu kommt, dass aus wettbewerbsökonomischer Perspektive nicht einzelne Krankenhäuser die relevante Einheit darstellen, sondern vielmehr die einzelnen Krankenhausträger. Denn letztendlich konkurrieren unterschiedliche Krankenhausträger miteinander und nicht verschiedene Krankenhausstandorte, sofern diese zum selben Träger gehören.⁷ Um diesen Aspekten Rechnung zu tragen, wurden die nachfolgend dargestellten Konzentrationsindizes auf Trägerebene berechnet.

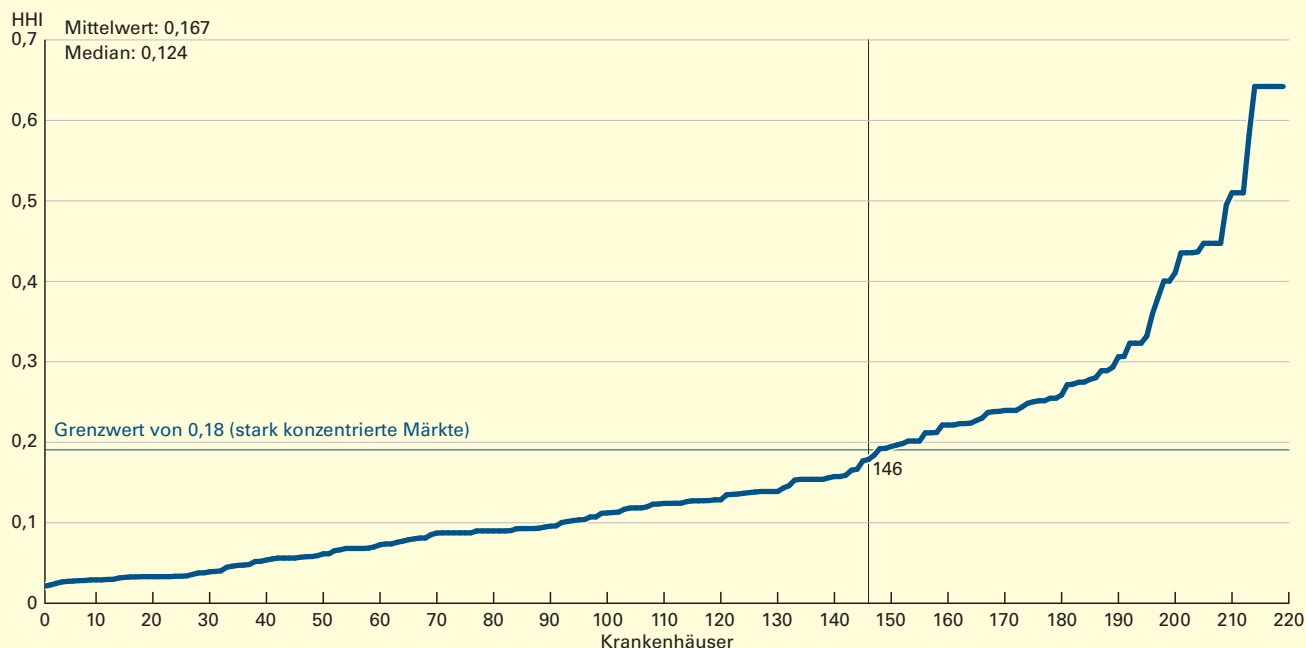
... sowie erhöhter Marktkonzentration im Zeitverlauf

Zur Erfassung der Marktkonzentration wurde der im Krankenhausmarkt häufig verwendete Herfindahl-Hirschman-Index (HHI) herangezogen. Der HHI ergibt sich als Summe der quadrierten Marktanteile der einzelnen Krankenhäuser und liegt im Intervall zwischen 0 und 1 (*siehe i-Punkt „Methodische Vorgehensweise“*). Größere Werte stehen somit für einen höheren Konzentrationsgrad, wobei ab einem Wert von 0,18 von stark konzentrierten Märkten ausgegangen wird.⁸ Bei Zusammenschlüssen über diese Grenze hinaus wird eine potenziell wettbewerbs-schädliche Auswirkung befürchtet.

Um zu berücksichtigen, dass die einzelnen Krankenhausträger zum Teil eine unterschiedliche Anzahl an Krankenhäusern umfassen, erfolgt die Darstellung der auf Trägerebene berechneten HHIs auf Ebene der Krankenhäuser. Betreibt ein Träger beispielsweise vier Krankenhäuser, so fließt dessen HHI viermal in die Kalkulation des Mittelwerts bzw. des Medians ein.

Für das Jahr 2014 basiert der auf diese Weise ermittelte Herfindahl-Hirschman-Index auf insgesamt 156 Krankenhausträgern, zu denen 219 Krankenhäuser⁹ gehören. Der Mittelwert des HHI lag auf Krankenhausebene bei 0,167, wobei der Median mit einem Wert von 0,124 deutlich geringer ausfiel (*Schaubild 2*). Dies bedeutet, dass die Häufigkeitsverteilung der Konzentrationskennziffern einer rechtsschiefen Verteilung folgt, welche darauf schließen lässt, dass sich der Großteil der Einrichtungen auf Märkten mit ausreichender Wettbewerbsintensität (also einem relativ niedrigen HHI) befindet. Auch wenn der HHI 2014 im Mittel knapp unter der kritischen Grenze von 0,18 lag, so agierten doch immerhin 73 Kliniken und somit ein Drittel aller hier untersuchten Einrichtungen auf Märkten, die als stark konzentriert bezeichnet werden können. Davon wiesen sogar 30 Krankenhäuser (bzw.

S2 Verteilung des Herfindahl-Hirschmann-Index der Krankenhäuser in Baden-Württemberg 2014



Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

313 17

14 % aller Kliniken) einen HHI von über 0,3 auf. Ein HHI in Höhe von 0,3 ergibt sich beispielsweise dann, wenn sich auf den jeweiligen Märkten durchschnittlich 3,3 konkurrierende Krankenhausträger mit jeweils identischen Marktanteilen befinden.¹⁰ Für das Jahr 2002 wurde der Herfindahl-Hirschmann-Index für 278 Krankenhäuser, welche 188 Trägern zugeordnet waren, berechnet. Der HHI belief sich hier im Mittelwert auf 0,172. Der Median lag mit 0,138 erneut unter dem Mittelwert. 39 % bzw. 108 Kliniken befanden sich in diesem Jahr auf hoch konzentrierten Märkten. Den Grenzwert von 0,3 überschritten noch 48 Einrichtungen, bzw. 17 % aller Krankenhäuser.

Wird ausschließlich der Mittelwert des HHI auf Ebene der Krankenhäuser im Zeitverlauf betrachtet, kann, wie oben gezeigt, zwischen 2002 und 2014 keine Erhöhung dieser Kenngröße festgestellt werden. Allerdings berücksichtigen die lediglich nach Anzahl der Krankenhäuser gewichteten Kennziffern die zum Teil beträchtlichen Größenunterschiede der verschiedenen Krankenhausträger immer noch unzureichend. So umfassen etwa im Jahr 2014 die fünf kleinsten in dieser Analyse mit einbezogenen Träger im Durchschnitt nur rund zwölf Betten, wohingegen die fünf größten Träger mit 1 819 Betten eine mehr als 154-fach so große Kapazität aufweisen. Um diese Unterschiede entsprechend zu beachten, wurde daher ein anhand der Bettenanzahl jedes Trägers gewichteter Mittelwert

berechnet (*Schaubild 3*). Der auf diese Weise ermittelte durchschnittliche Konzentrationswert erhöhte sich von 2002 bis 2014 um knapp 9 % von 0,177 auf 0,192. Somit lässt sich im baden-württembergischen Krankenhaussektor eine deutliche Zunahme der Marktkonzentration sowie eine Überschreitung des kritischen HHI-Werts während des Beobachtungszeitraums erkennen.

Kleine und private Kliniken agieren auf Märkten mit höherer Wettbewerbsintensität

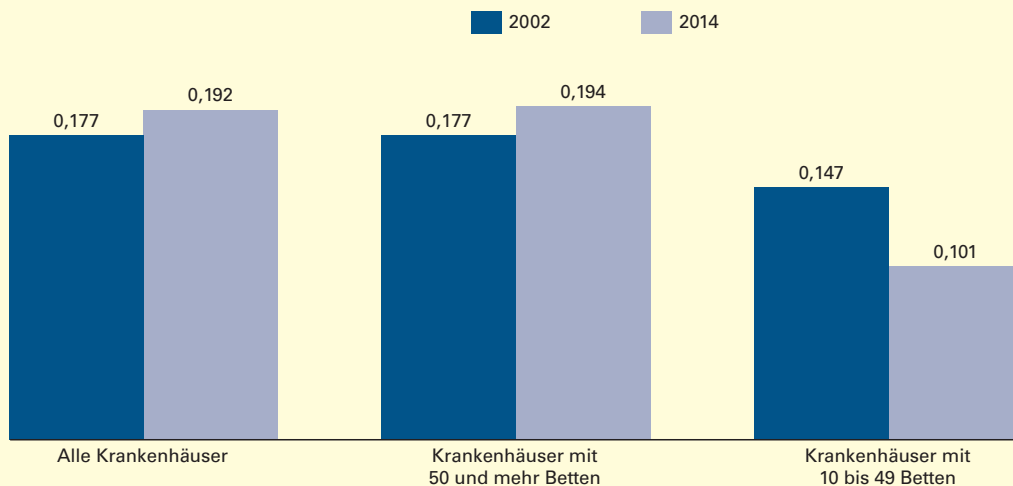
Der Konzentrationsindex für sehr kleine Krankenhäuser (unter 50 Betten) ist dabei generell niedriger, was daran liegen dürfte, dass es sich bei diesen Einrichtungen in der Regel um Fachkliniken handelt, welche oft nur wenige, aber dafür sehr spezielle Gesundheitsleistungen, beispielsweise im Bereich der Augenheilkunde oder der plastischen Chirurgie, anbieten und Patienten diese Einrichtungen daher auch von weiter entfernten Wohnorten aufsuchen (müssen). So lag der nach Anzahl der Krankenhausbetten gewichtete HHI für Kliniken mit weniger als 50 Betten 2002 bei 0,147 und im Jahr 2014 bei lediglich 0,101. Bei größeren Einrichtungen (50 und mehr Betten) stieg der Mittelwert des gewichteten HHI hingegen um 9,4 % von 0,177 im Jahr 2002 auf 0,194 im Jahr 2014. In diesem Fall zeigt sich somit eine relativ starke Zunahme der Marktkonzentration im Bereich der mittleren und großen Krankenhäuser.

¹⁰ Allgemein entspricht der Kehrwert des HHI der Anzahl der relevanten Wettbewerber mit gleichen Marktanteilen.

S3

Herfindahl-Hirschman-Index der Krankenhäuser in Baden-Württemberg 2002 und 2014 nach Krankenhausgröße

nach Bettenzahl gewichteter HHI



Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

314 17

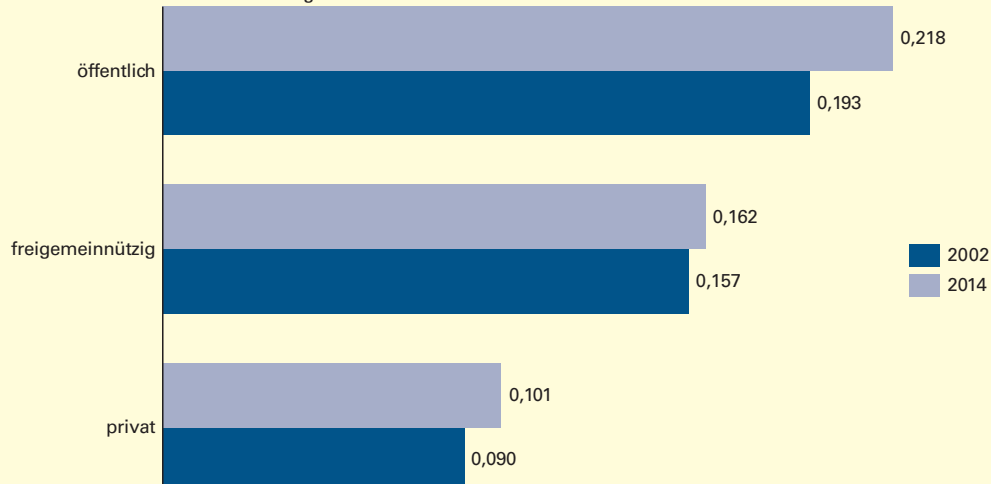
Differenziert man den Wert der durchschnittlichen Marktkonzentration nach den verschiedenen Trägerarten – öffentliche, freigemeinnützige und private Träger –, lassen sich noch weitere Erkenntnisse gewinnen. Zum einen ist mehr Dynamik zwischen den beiden Beobachtungszeitpunkten zu erkennen, zum anderen werden klare Unterschiede bezüglich der Marktstruktur zwischen den drei Trägerarten deutlich. Bei der Auswertung ist festzustellen, dass Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft eine jeweils deutlich höhere Anzahl an Betten aufweisen als Krankenhäuser in freigemeinnütziger

Trägerschaft, welche wiederum eine höhere durchschnittliche Bettenanzahl aufweisen als Kliniken in privater Hand. Dies prägt dementsprechend den nach Bettenanzahl gewichteten Mittelwert des Herfindahl-Hirschmann-Index. So ist für die Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft im Jahr 2002 ein gewichteter HHI von durchschnittlich 0,193 festzustellen (*Schaubild 4*). Bis 2014 erhöhte sich dieser Wert um rund 13 % auf 0,218. Es zeigt sich also, dass Krankenhäuser, die von einem öffentlichen Träger betrieben werden, bereits vor 12 Jahren auf Märkten agierten, die als stark konzentriert

S4

Herfindahl-Hirschmann-Index der Krankenhäuser in Baden-Württemberg 2002 und 2014 nach Trägerart

nach Bettenzahl gewichteter HHI



Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

315 17



Methodische Vorgehensweise

Datengrundlage für die vorliegende Auswertung bilden die Grunddaten sowie die Diagnosedaten der Krankenhausstatistik, welche jährliche Informationen zu rund 2 Mill. in Baden-Württemberg vollstationär behandelten Patienten beinhalten. Diesen Daten wurde zusätzlich eine anhand des deutschen Krankenhausverzeichnisses generierte anonyme Identifikationsnummer für die einzelnen Krankenhausträger zugespielt.¹ Die Berechnung des Herfindahl-Hirschman-Index (HHI) erfolgte daraufhin in drei Schritten:

1. Abgrenzung des relevanten geografischen Marktes

Aufgrund der unterschiedlichen Einzugsgebiete der verschiedenen Krankenhausträger wurde auf Basis der Gemeindekennziffern (GKZ) aller innerhalb eines Jahres vollstationär behandelten Patienten für jeden Krankenhausträger ein eigener relevanter Markt definiert. Hierfür wurde die von Zwanziger et al. (1990) entworfene 60/01-Regel angewendet², nach der zunächst alle GKZ-Bereiche absteigend anhand des Anteils sortiert werden, den sie zur Gesamtzahl der Behandlungsfälle des jeweils betrachteten Trägers beitragen. Daraufhin werden zur Bestimmung des relevanten Marktes solange alle GKZ-

Bereiche berücksichtigt, bis kumuliert 60 % der Behandlungsfälle des Trägers erreicht sind. Darüber hinaus werden nur noch jene GKZ-Bereiche berücksichtigt, die mindestens 1 % des gesamten Fallvolumens ausmachen.

2. Berechnung der Marktanteile aller relevanten Wettbewerber

In Anlehnung an die Vorgehensweise von Schmid und Ulrich (2013)³, werden im nächsten Schritt für alle trägerspezifischen Märkte die Marktanteile des jeweiligen Trägers sowie seiner Wettbewerber ermittelt. Die Marktanteile lassen sich dabei berechnen, indem die Anzahl der Patienten eines Trägers im betrachteten Markt durch die Gesamtzahl der Patienten in diesem Markt dividiert wird.

3. Generierung des Herfindahl-Hirschman-Index (HHI)

Der HHI eines jeden Trägers ergibt sich daraufhin als Summe der quadrierten Marktanteile aller im Markt agierenden Wettbewerber. Um ein Konzentrationsmaß für den gesamten Krankenhaussektor zu erhalten, wird im letzten Schritt aus allen trägerspezifischen HHIs der (nach Anzahl der Krankenhäuser bzw. nach Bettenanzahl) gewichtete Mittelwert gebildet.

¹ Im deutschen Krankenhausverzeichnis sind nur Einrichtungen aufgeführt, die einer Veröffentlichung zugestimmt haben. Für die Jahre 2002 und 2014 war dies in Baden-Württemberg bei 94,2 % bzw. 97,4 % der Krankenhäuser der Fall.

² Zwanziger, Jack/Melnick, Glenn A./Mann, Joyce M. (1990): Measures of Hospital Market Structure: a Review of the Alternatives and a Proposed Approach, *Socio-economic Planning Sciences*, Vol. 24, No. 2, S. 81 – 95.

³ Schmid, Andreas/Ulrich, Volker (2013): Consolidation and concentration in the German hospital market: the two sides of the coin, *Health Policy*, Vol. 109, No. 3, S. 301 – 310.

bezeichnet werden können und dass zudem das Ausmaß der Konzentration während des Beobachtungszeitraums nochmals merklich angestiegen ist. Bei freigemeinnützigen Krankenhäusern stieg der HHI in derselben Zeitspanne von 0,157 auf 0,162 nur geringfügig an (+ 3,6 %). Für Krankenhäuser in privater Trägerschaft wurden jeweils die niedrigsten Werte ermittelt. Dies dürfte der Tatsache geschuldet sein, dass die kleinen Kliniken (unter 50 Betten) – wie oben beschrieben – generell einen niedrigeren HHI aufweisen und die privaten Krankenhäuser in dieser Auswertung zu 42 % (im Jahr 2002) bzw. 36 % (im Jahr 2014) in diese Kategorie fielen. Für das Jahr 2002 ergab sich so ein gewichteter HHI der Krankenhäuser in privater Trägerschaft von im Mittel 0,090 und für 2014 ein Wert von 0,101 (+ 12,2 %). Deutliche Konzentrationstendenzen waren demnach insbesondere bei den öffentlichen und privaten Trägern zu erkennen,

wobei sich wiederum nur die öffentlichen Einrichtungen im Durchschnitt auf hoch konzentrierten Märkten befanden.

Fazit

Die vorangegangenen Auswertungen zeigen, dass im Jahr 2014 über ein Drittel der in Baden-Württemberg ansässigen Krankenhäuser auf stark konzentrierten Märkten agierten. Seit 2002 erhöhte sich die Marktkonzentration im baden-württembergischen Krankenhaussektor insgesamt um knapp 9 %. Dabei wurde der Grenzwert des Herfindahl-Hirschman-Index in Höhe von 0,18 – bei dessen Überschreitung von stark konzentrierten Märkten ausgegangen wird – zuletzt sogar leicht übertroffen. Zu berücksichtigen ist hierbei jedoch, dass die in diesem Beitrag ermittelten Kennziffern die tatsächliche Markt-

- 11 Umfangreiche Sensitivitätsanalysen über die Auswirkungen unterschiedlicher Regeln zur Marktabgrenzung auf das Ausmaß der Marktkonzentration finden sich in: Hentschker, Corinna/Mennicken, Roman/Schmid, Andreas (2014): Defining hospital markets – an application to the German hospital sector, Health Economics Review, Vol. 4, No. 28.
- 12 Clade, Harald (2012): Mehr Spezialisierung und mehr Konzentration, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 109, Heft 40, S. A 1998.
- 13 Halm, Ethan A./Lee, Clara/Chassin, Mark R. (2002): Is volume related to outcome in health care? A systematic review and methodologic critique of the literature, Annals of Internal Medicine, Vol. 137, No. 6; S. 511 – 520.

konzentration tendenziell eher unter- als überschätzen dürften. Denn zum einen wurde durch die Anwendung der 60/01-Regel (*siehe i-Punkt „Methodische Vorgehensweise“*) eine vergleichsweise breite Abgrenzung des relevanten geografischen Marktes vorgenommen¹¹ und zum anderen wurde in dieser Untersuchung auf eine Differenzierung des Produktmarkts (stationäre Krankenhausdienstleistungen im Allgemeinen) in verschiedene Fachbereiche verzichtet. Die Tatsache, dass innerhalb des Beobachtungszeitraums trotzdem deutlich erhöhte Konzentrationsgrade festgestellt wurden, dürfte die Relevanz des Themas unterstreichen.

Nach Einschätzung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) wird sich der Prozess der Konzentration auf immer weniger, aber dafür größere Kliniken in den nächsten Jahren weiter fortsetzen.¹² Somit zeigt sich, dass die zunehmende Marktkonsolidierung nicht nur eine Folge der eingangs erwähnten Wettbewerbsorientierung im stationären Sektor darstellt, sondern deren zukünftige Aufrechterhaltung zugleich potenziell bedroht. Umso wichtiger wären vor diesem Hintergrund daher Erkenntnisse, ob und ggf. wie sich die zunehmende Marktkonzentration auf die Qualität der medizinischen Versorgung auswirkt. Allerdings ist die eindeutige Identifizierung dieses Zusammenhangs komplex, denn wie unter anderem die aktuelle Debatte um gesetzlich vorgeschriebene OP-Mindestmengen zeigt, sind es einerseits zwar insbesondere kleinere Kliniken, die Qualitätsmängel aufweisen.¹³ Andererseits würden aber weitere Zusammenschlüsse, die das Potenzial haben, derartigen Einrichtungen zu einer aus Qualitätsgesichtspunkten optimierten Betriebsgröße zu verhelfen, zugleich auch zu einer weiteren Einschränkung der Wettbewerbsintensität führen. Dies wiederum birgt jedoch insbesondere auf längere Sicht die Gefahr einer Absenkung des allgemeinen Qualitätsniveaus und impliziert somit einen möglichen Zielkonflikt zwischen kurzfristiger und langfristiger Optimierung der Versorgung mit Gesundheitsleistungen. ■

Weitere Auskünfte erteilen
Patrick Bremer, Telefon 0711/641-29 70,
Patrick.Bremer@stala.bwl.de
Marcel Nesensohn, Telefon 0711/641-29 58,
Marcel.Nesensohn@stala.bwl.de

kurz notiert ...

Faltblatt „Straßenverkehrsunfälle – Fahrrad“

2017 feiert eine der brilliantesten Erfindungen aus Baden-Württemberg ihr 200-jähriges Jubiläum: Die Laufmaschine – als Urform des heutigen Fahrrades – wurde 1817 von Karl Drais entwickelt und zum Patent angemeldet. Heute ist das Fahrrad ein vielseitiges modernes Fortbewegungsmittel, das sich seit Jahren zunehmender Beliebtheit erfreut. Dies spiegelt sich allerdings auch in der Straßenverkehrsunfallstatistik wider. Die aktuelle Ausgabe des Faltblattes Straßenverkehrsunfälle bietet zahlreiche Fakten zum Unfallgeschehen von Fahrradfahrern.

Das Faltblatt steht als PDF-Datei im Internet unter www.statistik-bw.de zum kostenlosen Download bereit.

Statistisches Landesamt
Baden-Württemberg
Böblinger Straße 68
70199 Stuttgart
www.statistik-bw.de

Telefon: 0711/641-28 66
Fax: 0711/641-13 40 62
vertrieb@stala.bwl.de



Straßenverkehrsunfälle in Baden-Württemberg Fahrrad


Baden-Württemberg
STATISTISCHES LANDESAMT


Baden-Württemberg
MINISTERIUM FÜR INNERES, GLEICHBEREICHUNG UND MIGRATION

Artikel-Nr.: 8038 17005