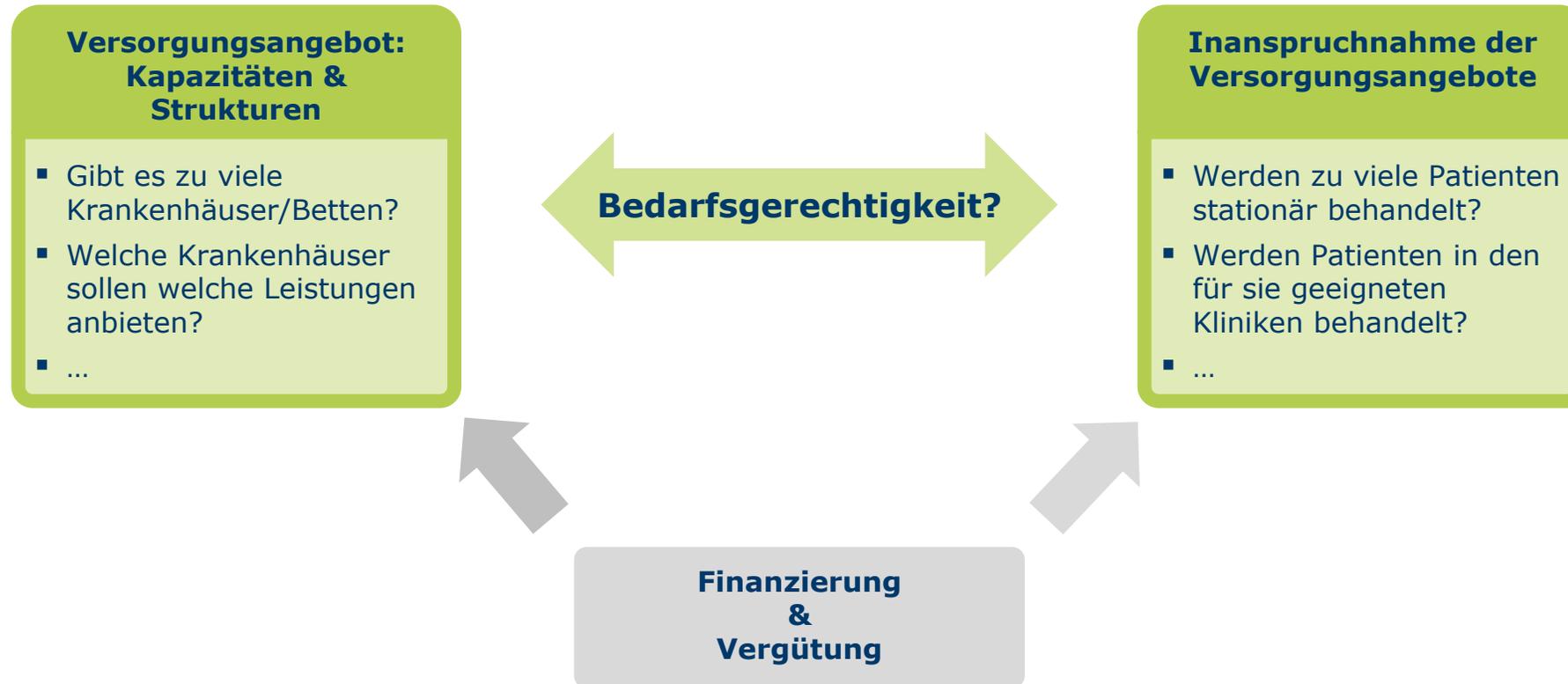


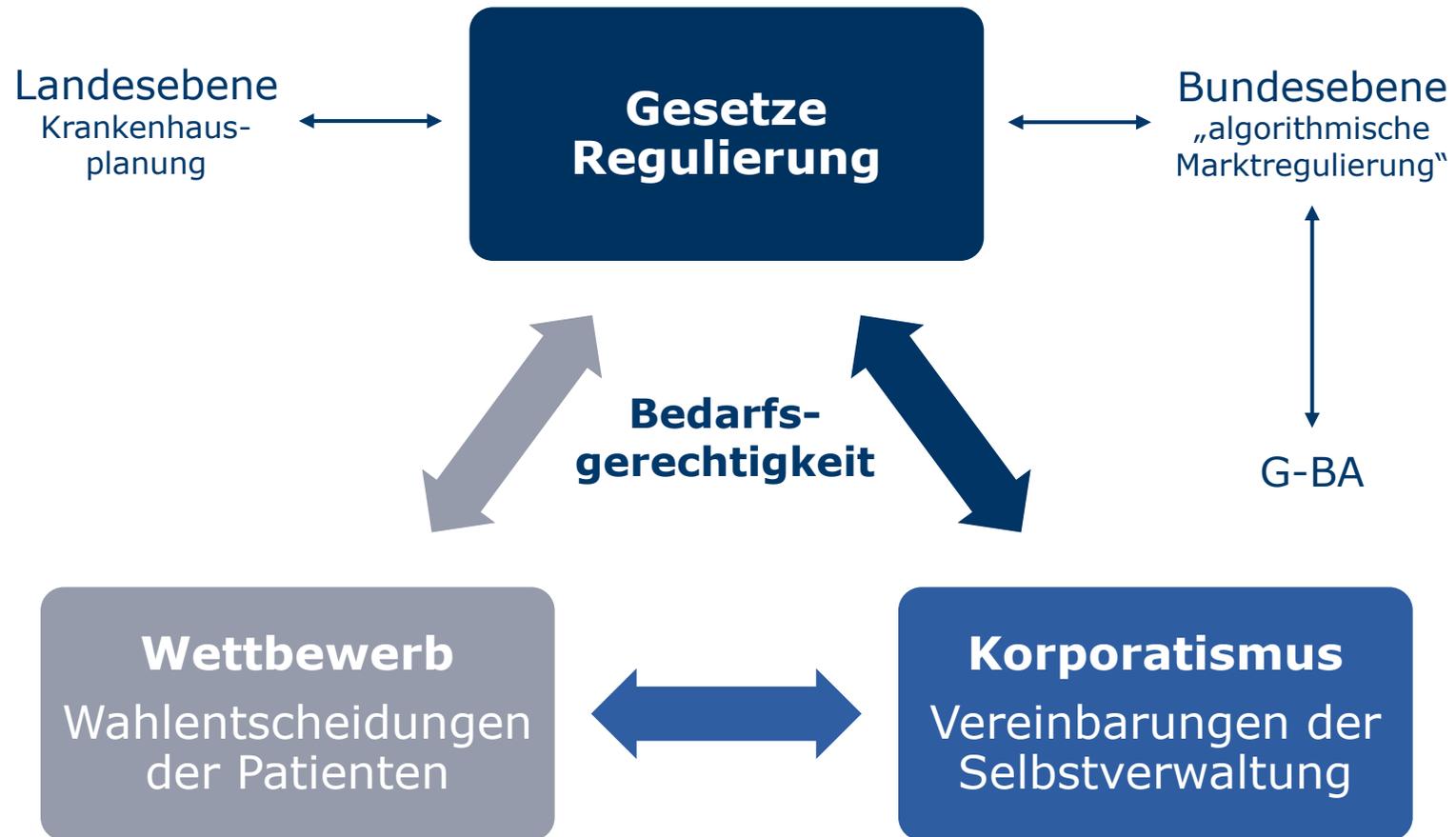
Verbessert Wettbewerb die Qualität? Wettbewerbsökonomie

Dr. Martin Albrecht, IGES Institut

5. QMR-Kongress - Versorgungsqualität gestalten
Berlin, 11. Mai 2022



Wettbewerb als Teil eines komplexen Steuerungssystems der Krankenhausversorgung



Quelle: IGES

(Nur?) Wettbewerb sichert Qualität

„Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern sichert die hohe Qualität und effiziente Nutzung knapper Ressourcen: Reduzieren Krankenhäuser ihre Leistungen bzw. ihre Qualität, müssen sie nur in einem wettbewerblichen Umfeld mit Patientenabwanderungen zu konkurrierenden Krankenhäusern sowie Umsatzverlusten und Gewinneinbußen rechnen.“ (S.6)

Fusionskontrolle sichert Wettbewerb und damit Qualität

„Die Fusionskontrolle sichert Auswahlmöglichkeiten der Patienten unter verschiedenen Trägern und gewährleistet damit den wirtschaftlichen Anreiz der Krankenhäuser zu einem gesundheitspolitisch gewünschten, möglichst weit über dem Mindeststandard liegenden Leistungs- und Qualitätsangebot und einen effizienten Ressourceneinsatz.“ (S.254 f.)

Quelle: Bundeskartellamt (2021), S.6, 254 f.

Wettbewerbsparameter: Leistungsangebot vs. Qualität

Abbildung 19: Anteil der Antworten nach Kategorien zur wichtigsten strategischen Maßnahme für den Gesamterfolg des Krankenhauses (N=482)

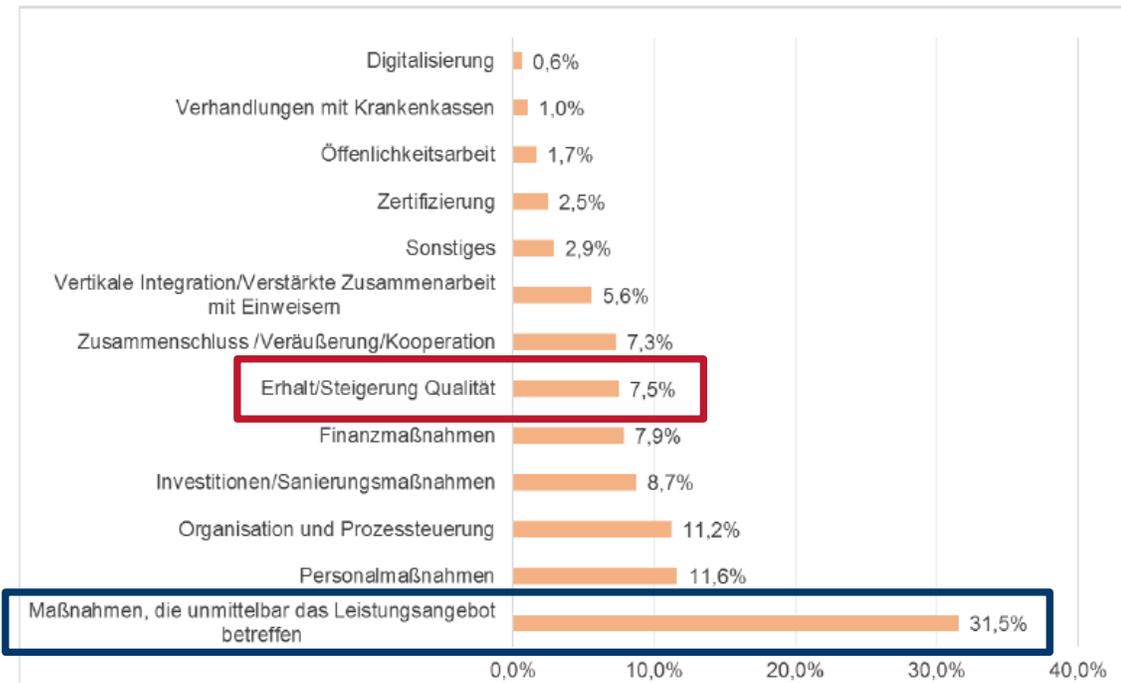
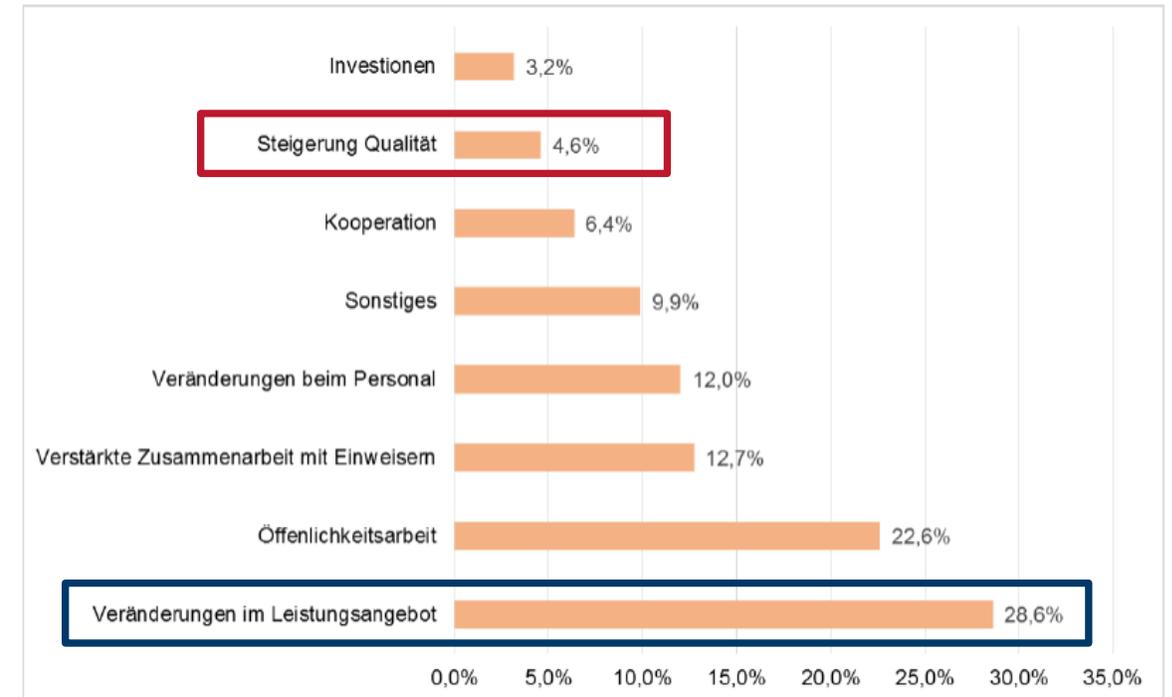


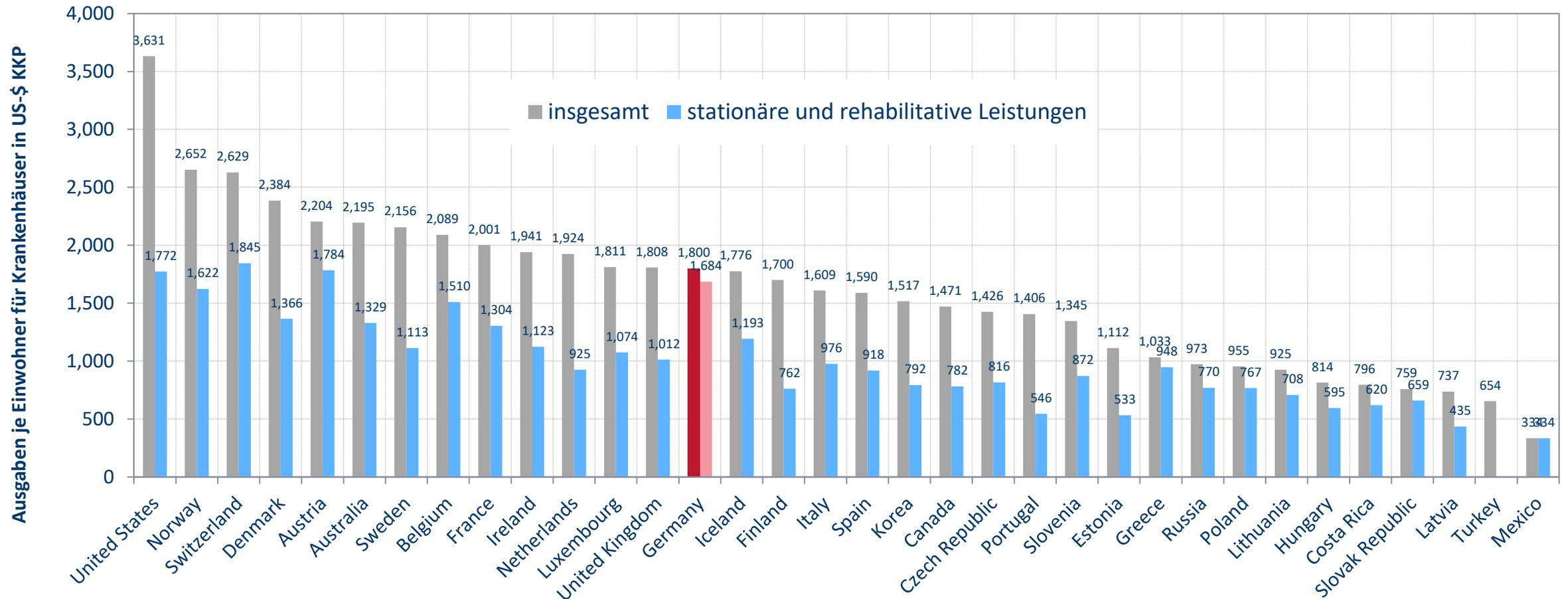
Abbildung 30: Anteil der Reaktionen der Krankenhäuser auf Vorstöße konkurrierender Krankenhäuser und Fallzahlverluste (N=283)



Quelle: Bundeskartellamt (2021), S.137, 155

Leistungswettbewerb: effizienter Ressourceneinsatz?

Pro-Kopf-Krankenhausausgaben: Deutschland nur vermeintlich im Mittelfeld

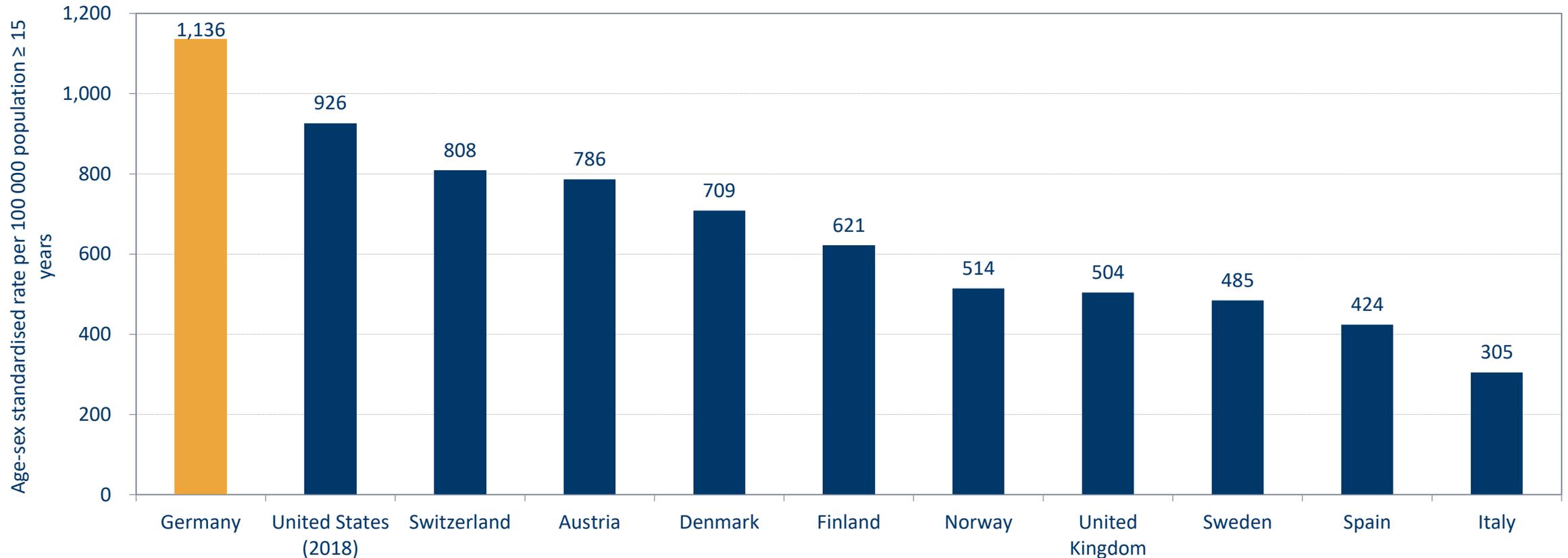


Quelle: IGES auf Basis von Daten der OECD (health statistics), Datenjahr: 2019 (Australien: 2018)

Hohes Ambulantisierungspotenzial in Deutschland

Ambulant-sensitive Krankenhausfälle (2019)

Krankenhausentlassungen bei 5 ausgewählten ASK (Asthma, COPD, Heart failure, Hypertension, Diabetes)

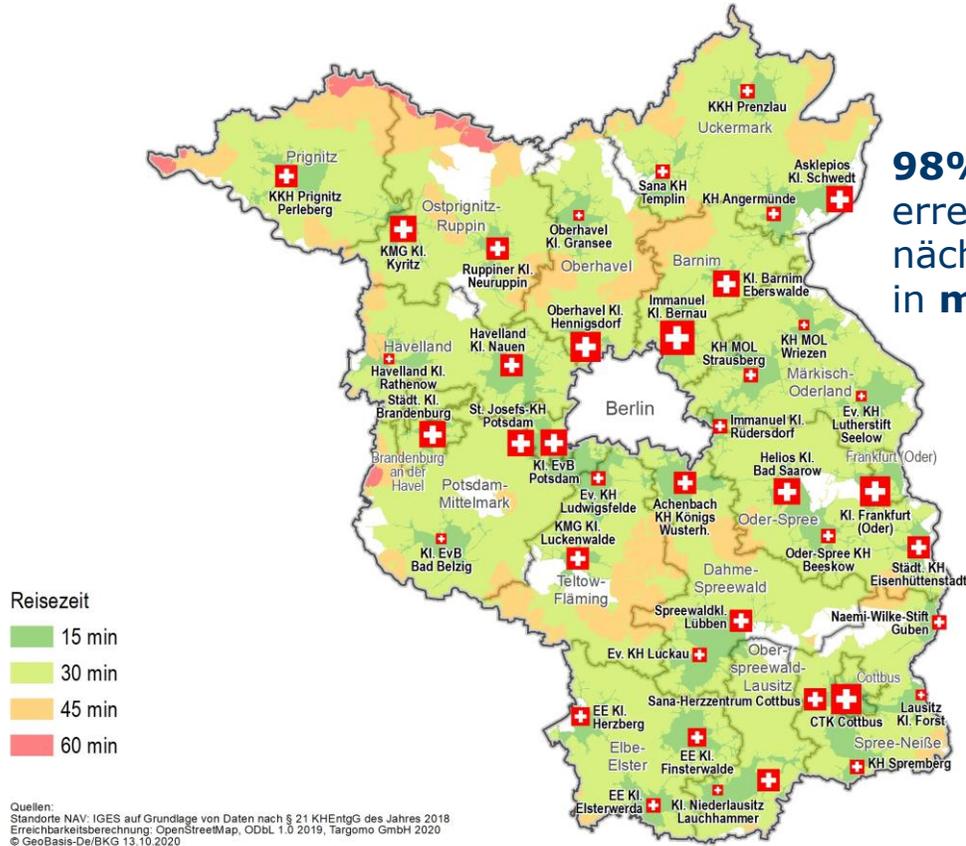


Quelle: IGES auf Basis von Daten der OECD health statistics

Auswahlmöglichkeiten und Erreichbarkeit: qualitätsadjustierte Betrachtung

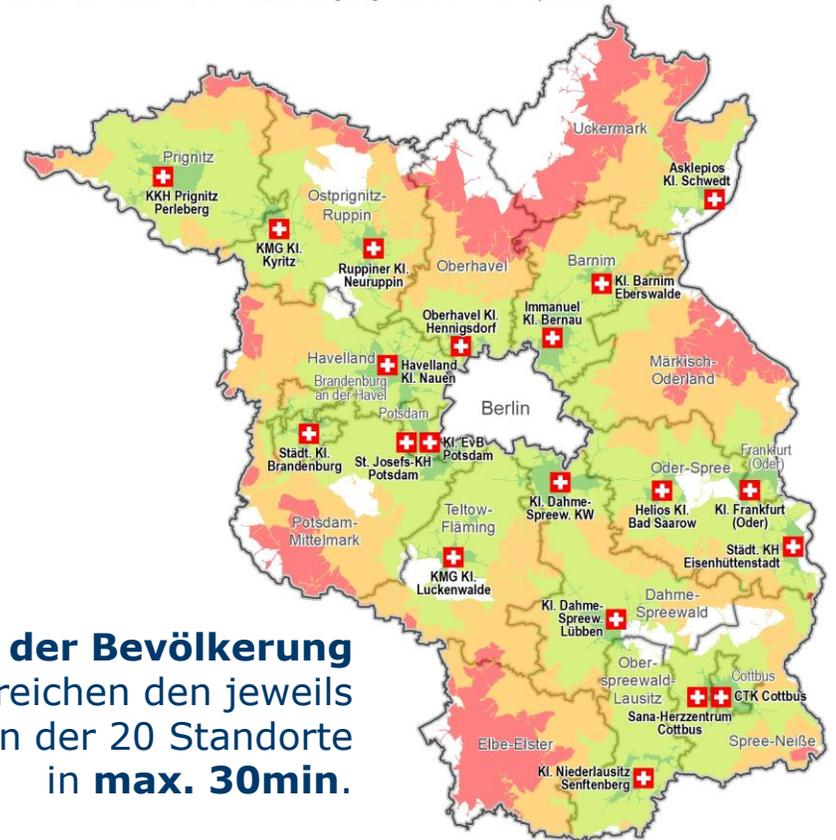
48 Krankenhausstandorte in Brandenburg
mit Herzinfarkt-Notfallaufnahmen

98% der Bevölkerung
erreichen den jeweils
nächsten der 48 Standorte
in **max. 30min.**



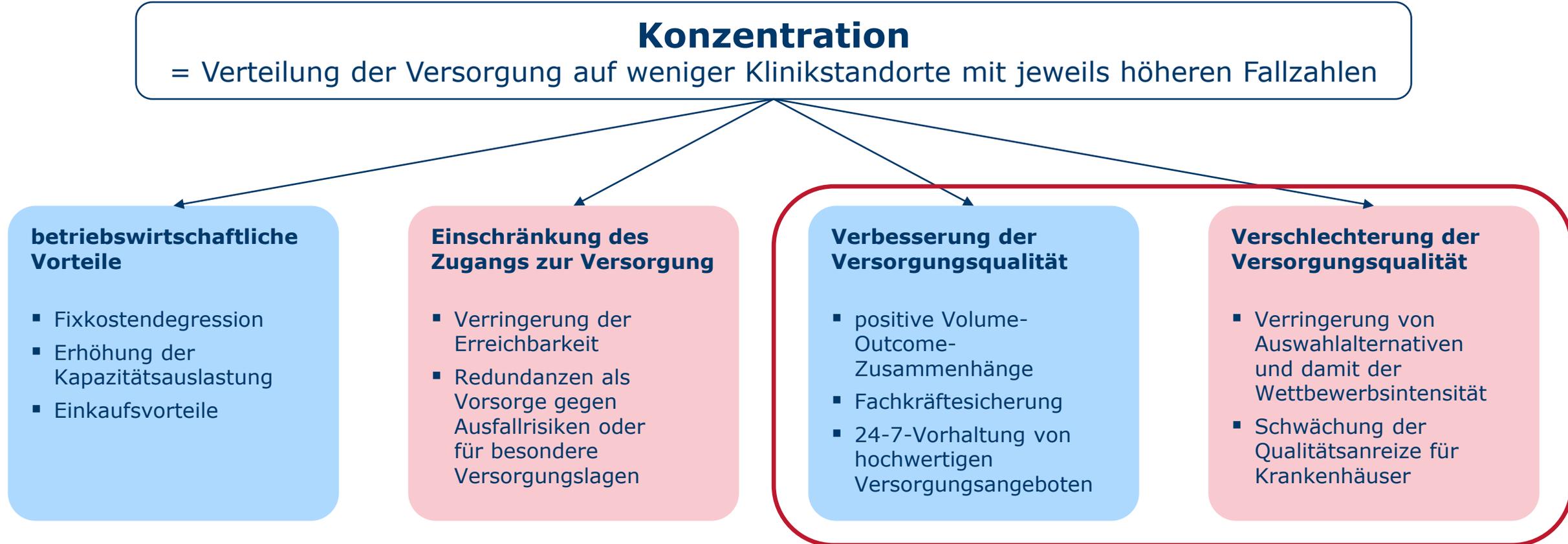
20 Krankenhausstandorte in Brandenburg
mit mind. 100 Herzinfarkt-Notfallaufnahmen

83% der Bevölkerung
erreichen den jeweils
nächsten der 20 Standorte
in **max. 30min.**



Quelle: LGB und IGES auf Basis von Daten gemäß § 21 KHEntG des MSGIV, Bezugsjahr 2018

Stärkere Konzentration der Krankenhausversorgung – bessere Versorgung?



Quelle: IGES

Entwicklung der Leistungskonzentration (2010 → 2018)

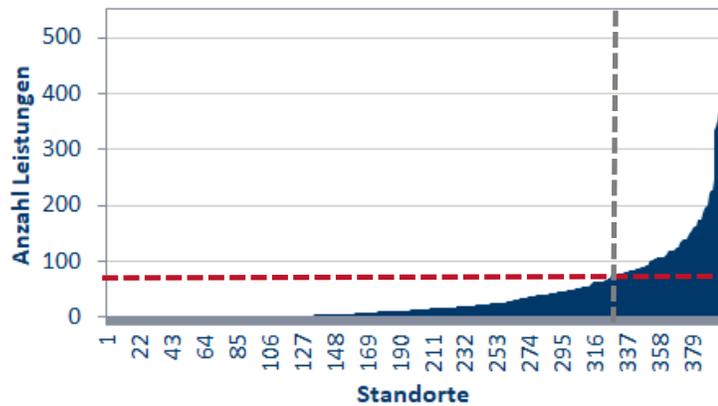
für 3 Leistungsbereiche mit positiven Volume-Outcome-Zusammenhängen

	Anatomische Lungenresektion	Minimalinvasive Aortenklappen-implantation (TAVI)	Implantation von Hüft-Totalendoprothesen (Hüft-TEP)
Anzahl Klinikstandorte	398 → 398	86 → 87	1.174 → 1.210
Veränderung Fallzahlen	+24%	+257%	+15%
Ø Fallzahl je Standort (Median >3 Fälle)	26 → 32,5	54,5 → 225	129 → 150
Veränderung Konzentrationsindex (HHI normalisiert)	-30%	-52%	+1%

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Qualitätsberichte der Krankenhäuser (2010, 2018)

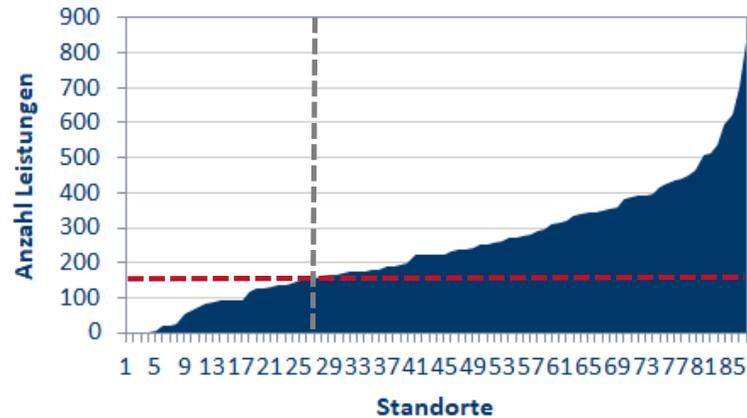
Unterschreitung von Mindestfallzahlen (2018): in den 3 Leistungsbereichen

Anatomische Lungenresektion



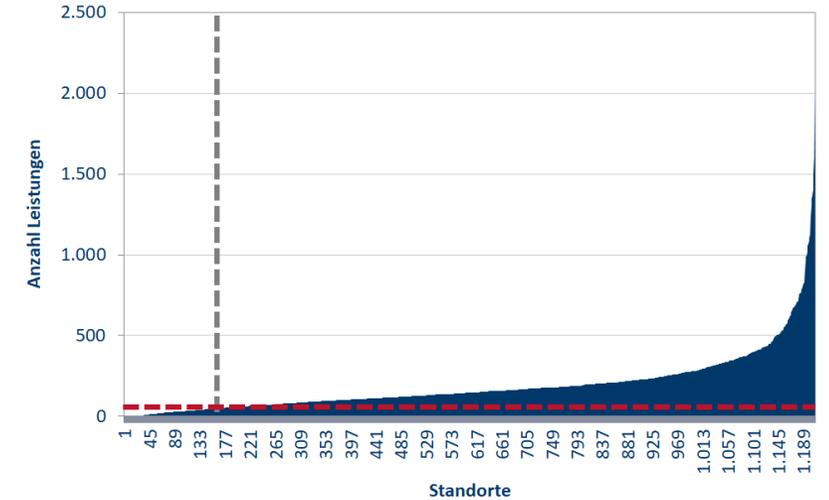
<75 Fälle p.a.¹
206 Standorte
32% der Fälle

Minimalinvasive Aortenklappen- implantation (TAVI)



<157 Fälle p.a.²
23 Standorte
10% der Fälle

Implantation von Hüft- Totalendoprothesen (Hüft-TEP)



<50 Fälle p.a.³
132 Standorte
1,6% der Fälle

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Qualitätsberichte der Krankenhäuser (2018);
1 = gemäß Zertifizierung als Lungenzentrum nach Vorgaben der DKG, 2 = gemäß Nimptsch/Mansky (2017), 3 = Zertifizierung als Endoprothetikzentrum gemäß der DGOOC;
Standorte mit Fallzahlen <3 wurden nicht gezählt.

Ansatzpunkte für qualitätsfördernde Leistungskonzentration

Bundesgesetzliche Rahmenbedingungen

- **Qualitätsvorgaben** durch G-BA-Richtlinien (Bsp. TAVI)
- Stärkung der **Mindestmengenregulierung**
 - kontinuierliche Prüfung der Evidenz
 - Fokus: fallzahlschwache Regionen (→ digitale Kooperationen)
 - Qualitätspotenziale oberhalb von Schwellenwerten

→ **GVWG**
(teilweise adressiert)

Krankenhausplanung der Länder

- **Voraussetzungen für aktivere Planung** schaffen: organisatorische und personelle Stärkung
- **Investitionskostenförderung** zur Strukturentwicklung
- frühzeitige und strukturierte **Einbeziehung** von Krankenhasträgern und Krankenkassen

→ Beispiel **NRW**

Krankenhasträger und Wettbewerb

- **Qualitätstransparenz** für Patienten stärken
 - faktenorientierte Befragungen zu Patientenerfahrung
- **Erweiterung kartellrechtlicher Bewertung** von Klinikkooperationen und -fusionen
 - stärkere Einbeziehung möglicher **Qualitätseffekte**
 - Konzentrationsmessung für **spezifische Leistungsmärkte**

→ **GWB-Digitalisierungsgesetz** (Zielkonflikt bleibt)

Quelle: IGES

IGES Institut

www.iges.com