

Wettbewerb im Gesundheitswesen und die Investitionsentscheidungen von Krankenhäusern – Gilt die Medical Arms Race Hypothese?

Speaker: Petra Riemer-Hommel
Authors: Petra Riemer-Hommel
Universität Trier

Contact: Petra Riemer-Hommel, PhD
Universität Trier
FB IV BWL-SAM
54286 Trier
Phone 0651-201-2622
Fax 0651-201-2627

Abstract:

Immer wieder wird von Fehlplanung und Überkapazitäten im stationären Sektor des deutschen Gesundheitswesens gesprochen. Ziel dieses Beitrags ist es die Investitionsentscheidungen von Krankenhäusern in die Vorhaltung spezialisierter medizinischer Leistungen zu untersuchen. Dazu wird ein Modell entwickelt, das ein weitgehend pauschaliertes Preissystem unterstellt. Es wird weiterhin angenommen, dass die Art und Menge der getätigten Investitionen der Krankenhäuser Signalwirkung für die Versicherten hat und zusammen mit der Attraktivität der anderen Kassen die Bereitschaft der Versicherten die Kasse zu wechseln beeinflusst.

Was die Art der Investitionen angeht, so lassen sich diese entweder als sogenannte *Hightech* oder *High-Touch* Leistungen kategorisieren (siehe dazu auch Dranove/Shanley 1995). Als *Hightech* Leistungen werden demnach solche Leistungen definiert, die hohe Kapitalinvestitionen voraussetzen und mit denen sich Skalenerträge erzielen lassen (z.B. Magnetic resonance imaging, Herzchirurgie, therapeutische Radiologie). *High-Touch* Leistungen hingegen sind weniger mit Kapitalinvestitionen assoziiert, dafür aber mit Humankapitalinvestitionen in sogenannte „Soft-Skills“ verbunden (Dranove/Shanley (1995) nennen in diesem Zusammenhang alternative Geburtsmethoden, Suchtberatung, Kinderheilkunde und Pflegeabteilungen).

Es ist möglich, dass bei den verschiedenen getätigten Investitionen zu Interaktionseffekten kommt. So können diese entweder miteinander konkurrieren (d.h. eine Investition in eine Art von Leistung verdrängt die andere), oder komplementär sein und positive spill-over Effekte (d.h. Kostenersparnisse) für das Krankenhaus generieren, oder auch völlig unabhängig voneinander sein.

Betrachten wir die Investitionen, die zur Erbringung medizinischer Leistungen erbracht werden, so dürften diese größtenteils komplementär sein – eine Investition, die von Kasse A gewünscht wird, wird in einem System universeller Verträge, wie es in Deutschland vorherrscht, auch den Kunden von Kasse B zur Verfügung stehen und umgekehrt. Sind die Kundenprofile der Kassen aber sehr unterschiedlich, dann kann es durchaus sein, dass die von Kasse A gewünschten Investitionen für die Kunden von Kasse B uninteressant sind (d.h. die Investitionen sind unabhängig). Die Investitionen könnten in diesem Fall auch konkurrieren,

wenn der Einfluss unterschiedlicher Profile der Kassen nicht wie in Deutschland durch einen Risikostrukturausgleich abgemildert werden würde.

Folgende Verhaltensimplikationen lassen sich ableiten:

Je größer der Wettbewerb unter den Anbietern ist, desto größer sollte der Anreiz sein sich durch Investitionen in spezialisierte Leistungen am Markt zu positionieren, um sich in ein positives Licht für die Käufer zu stellen und damit höhere Zahlungen zu erhalten. Hypothese 1 entspricht der sogenannten „medical arms race“- Hypothese (MAR) (siehe u.a. Luft 1985; Dranove et. al 1992). Diese besagt:

Hypothese 1: *Das Investitionsniveau der Krankenhäuser in spezialisierte Leistungen („high-tech“ oder „high touch“) steigt, je stärker der Wettbewerb im Markt ist.*

Je ausgeprägter die spill-over Effekte sind, desto größer ist der Anreiz die Interessen aller beteiligten Kassen bei den Investitionen zu beachten. Bei unabhängigen Investitionen werden die Interessen der zahlungskräftigeren Klientel bevorzugt behandelt.

Hypothese 2: *In Märkten mit einer unterschiedlichen Machtverteilung zwischen den Kassen mit unterschiedlichen Kundenprofilen sollte ein unterschiedliches Investitionsverhalten der Krankenhäuser beobachtbar sein.*

Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich mit der Operationalisierung dieser Hypothesen am Beispiel von Niedersachsen.