

# Mehr Freiheit wagen – auch im Klinikmarkt

**Derzeit haben wir keinen Marktwettbewerb, sondern ein Regulierungsregime**

**Die deutschen Krankenhäuser müssen sich auf einen zunehmenden Wettbewerb einstellen. Darin sind sich die Experten, die Verbände im Gesundheitswesen, die großen Parteien und auch die neue Regierungskoalition einig. Aber was bedeutet das genau? Bewegen wir uns tatsächlich auf ein Wettbewerbssystem zu oder wird, ganz im Gegenteil, immer mehr reguliert? Und worauf müssen sich Klinikträger tatsächlich einstellen? Das **ku**-Interview mit dem „Herrn der Tabellen und Statistiken“, mit Dr. Ernst Bruckenberger, Leitender Ministerialrat a. D.**

**ku:** Herr Dr. Bruckenberger, die Krankenhausszene lässt Sie offenbar nicht los. Gemeinsam mit zwei weiteren Autoren, Prof. Dr. Siegfried Klau und Prof. Dr. Hans-Peter Schwintowski – beide Experten für Wettbewerbs- und Kartellrecht –, haben Sie ein Buch geschrieben, das es in sich hat: „Krankenhausmärkte zwischen Regulierung und Wettbewerb“. Was



Dr. Ernst Bruckenberger

unterscheidet dieses Buch von den vielen anderen, die schon zu Markt und Wettbewerb im Klinikmarkt erschienen sind?

**Dr. Ernst Bruckenberger:** Das Buch ist ein umfassender Versuch, europäisches und nationales Wettbewerbsrecht einschließlich der zu vermutenden Wirkungen eines freien Wettbewerbs in einen Zusammenhang zum nationalen öffentlich-rechtlichen Gesundheitssystem zu stellen. Es belegt auf der einen Seite mit Hilfe umfangreicher kreisbezogener Informationen den Wandel auf den deutschen Krankenhausmärkten und zeigt andererseits, dass die auf diesen Märkten

verbliebenen Handlungsmöglichkeiten nicht etwa Ausdruck eines freien unverfälschten Marktwettbewerbs, sondern Folge eines komplexen und hoch differenzierter sozialrechtlicher Regulierungsregimes sind. Im Ergebnis zeigt sich, dass auf Krankenhausmärkten ein öffentlich-rechtlich gesteuerter Regulierungswettbewerb („solidarischer Wettbewerb“) stattfindet, der eigenständigen sozialrechtlichen Gesetzmäßigkeiten unterworfen ist.

**ku:** Bleiben wir vielleicht beim Grundsätzlichen: Ist in unserem Gesundheitssystem, speziell im Krankenhausbereich, so, wie es ist bzw. wie es sich die Regierungskoalition künftig vorstellt, tatsächlich Wettbewerb möglich?

**Dr. Ernst Bruckenberger:** Einigkeit besteht doch derzeit, soweit öffentlich erkennbar, nur darüber, dass man, öffentlich höchst engagiert und mit der besten Absicht, unterschiedlicher Meinung ist. Überdies kann ja wohl nicht von einer „Gesundheitsreform“ gesprochen werden, wenn dabei der Krankenhaussektor mit rund 33 Prozent der Gesamtausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgeklammert würde. Bei der Frage Beitragsfinanzierung oder Steuerfinanzierung sei darauf hingewiesen, dass im Krankenhausbereich die beitragsfinanzierten Be-

triebskosten seit 1973 um rund 700 Prozent und die steuerfinanzierten Investitionsmittel um rund 80 Prozent angestiegen sind. Soviel zum „Vorteil“ einer Steuerfinanzierung.

Der inzwischen inflationäre und manchmal reflexartige Gebrauch der Vokabel „Wettbewerb“ im deutschen Gesundheitswesen, noch dazu von Vertretern formal unterschiedlicher Ordnungsprinzipien, schafft doch keinen echten Marktwettbewerb. Die Stunde der Wahrheit für einen derartigen Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern kommt beispielsweise, wenn die künftige Rolle der Krankenhausplanung und -finanzierung geklärt wird. Solange die Planungsinhalte immer mehr vertieft, die

**Man kann weder von einer „Gesundheitsreform“ noch von echtem „Wettbewerb“ sprechen**

monistische Finanzierung abgelehnt und die Mengenregelung ab 2009 mit einer Deckelung der Ausgaben verbunden wird, kann doch ernsthaft niemand im Krankenhausbereich von einem echten Marktwettbewerb sprechen. Nicht übersehen werden sollte bei dieser Auseinandersetzung, dass sich der Krankenhausbegriff in den nächsten Jahren immer stärker wandeln wird, da

sich aus den traditionellen Einzelkrankenhäusern, gesundheitspolitisch gewollt, immer mehr Sektor übergreifende Gesundheitszentren bzw. Krankenhausketten bilden werden.

**ku:** Was wären die Voraussetzungen für Wettbewerb?

**Dr. Ernst Bruckenberger:** Wettbewerb ist frei nach dem Brockhaus (19. Aufl.) „eine Veranstaltung, an der mehrere Personen, Gruppen oder Organisationen in Rahmen einer bestimmten Aufgabenstellung oder Zielsetzung in dem Bestreben teilnehmen, die jeweils beste Lösung bzw. den größten Erfolg zu erzielen“. Ein echter Marktwettbewerb zwischen den Krankenhäusern würde einen freien Zugang zum Markt, die Ab-

## Die bisherige Krankenhausplanung ist ein Auslaufmodell

schaffung des Sachleistungsprinzips, der Krankenhausplanung, des Kontrahierungszwanges und der Ausgabenbegrenzung, eine freie Preisbildung und die Einführung einer monistischen Finanzierung, um die wichtigsten Gesichtspunkte zu erwähnen, erfordern. Es ist als unwahrscheinlich anzusehen, dass es dazu kommt.

**ku:** Wie bewerten Sie die jüngsten Eingriffe des Bundeskartellamtes in diesem Bereich? Verhindern sie Wettbewerb oder sichern sie vielleicht eine notwendige Trägervielfalt? Was sagen Ihre Zahlen aus?

**Dr. Ernst Bruckenberger:** Das Bundeskartellamt unterstellt offensichtlich einen echten Marktwettbewerb, den es in dieser Form zwischen den Krankenhäusern nicht gibt. Mit der Fusionskontrolle werden präventive Clusterbildungen zur Erzielung von Synergieeffekten im Interesse der Patienten (Qualität) und Versicherten (Wirtschaftlichkeit) noch während der Konvergenzphase verhindert bzw. gefährdet. Dies gilt übrigens für alle Arten der Trägerschaft. Auch eine Sicherung der Trägervielfalt

ist mit den Fusionskontrollen nicht verbunden, wie beispielsweise die Schließung des von einer Untersagung betroffenen Krankenhauses in Mellrichstadt beweist („Operation gelungen, Patient tot“). Die Relativität der Trägervielfalt ist überdies bereits daraus erkennbar, dass der Anteil der privaten Träger in den Bundesländern von 0 Prozent in Saarland bis zu 42 Prozent in Berlin und der Anteil der privaten Betten von 0 Prozent im Saarland bis zu 47 Prozent in Hamburg und Thüringen reicht. Dies wirft unter anderem die bisher vernachlässigte Frage nach dem räumlichen Bezug der Trägervielfalt auf. Von 1973 bis 1990 war übrigens der Anteil der privaten Krankenhäuser und -betten laufend zurückgegangen.

**ku:** Die Rolle der Länder in der Krankenhausplanung ist umstritten. Sie ziehen sich von Jahr zu Jahr mehr aus der Krankenhausfinanzierung zurück. Nordrhein-Westfalen hat inzwischen die Mittel eingefroren. Bleiben die Länder dennoch die Wächter der Flächen deckenden Versorgung? Was wäre aus Ihrer Sicht des langjährigen Krankenhausplaners die Aufgabe der Planungsbehörden in der Zukunft?

**Dr. Ernst Bruckenberger:** Es gibt einen eindeutigen rechtlichen Zusammenhang zwischen der Krankenhausplanung (Anspruch) und der Krankenhausfinanzierung (Verpflichtung) zur Verhinderung eines enteignungsgleichen Tatbestandes (Bachof, Scheuing). Die zunehmende „verdeckte“ monistische Finanzierung und eine Investitionsquote von rund 5 Prozent stellen diesen Zusammenhang immer mehr in Frage. Die bisherige Krankenhausplanung ist ein Auslaufmodell. Sie müsste im Hinblick auf die sich immer mehr abzeichnenden künftigen Angebotsstrukturen, der Rechtsprechung (Konkurrentenschutz) und der an Bedeutung gewinnenden Berufsfreiheit völlig neu geordnet werden. Die Steuerung und Sicherung der dringend notwendigen Sektor übergreifenden integrierten Angebotsstrukturen kann erfolgreich nicht mit den bisherigen Rechtsgrundlagen, Mitteln und Methoden erfolgen.

*Dr. Ernst Bruckenberger war bis vor etwa zwei Jahren im Niedersächsischen Sozialministerium für die Krankenhausplanung, -finanzierung und -bauplanung zuständig. Er hat die Grundlage für das nach wie vor aktuelle Konzept zur künftigen Krankenhausstruktur in Niedersachsen geschaffen. Legendär ist seine sachbezogene Arbeit mit Tabellen und Grafiken zu den verschiedensten Bereichen der stationären Versorgung, die oft wesentlich mehr aussagten als pauschale Bewertungen und diese nicht selten auch widerlegten. Visionen und Weitblick hatte er schon immer. Dies beweisen ein weiteres Mal seine umfangreichen Krankenhausanalysen in dem aktuell beim Springer Verlag erschienenen Buch „Krankhausmärkte zwischen Regulierung und Wettbewerb“ (232 S., ISBN 3-540-30064-3, 89,95 Euro)*

**ku:** Unbestritten ist der Vormarsch der privaten Klinikketten. Ihr Anteil an den Kliniken insgesamt nimmt rasch zu. In jüngster Zeit gab es zwei Kartellamtsentscheidungen, die Käufe durch eine private Klinik-kette verhindert haben. Aber auch einem kommunalen Großklinikum wurde der Ankauf einer anderen Klinik untersagt. Sie haben sich auch mit Monopolstellungen beschäftigt und festgestellt, dass es bereits eine Fülle von „Alleinherrschern“ im Krankenhausbereich gibt.

**Dr. Ernst Bruckenberger:** Die dreizehn größten Krankenhausketten haben von 1992 bis Mitte 2005 die Zahl ihrer Krankenhäuser von 50 auf 191 und die Zahl ihrer Betten von 8509 auf 49460 erhöht. In allen 439 Landkreisen bzw. kreisfreien Städten verfügen bereits heute die öffentlichen, freigemeinnützigen oder privaten Träger über mehr als 50 Prozent der Betten. In 144 Kreisen sind es sogar 100 Prozent und in 95 der insgesamt 439 Landkreise bzw. kreisfreien Städte gibt es bereits jetzt ein Trägermonopol. Da mit Ausnahme von zwölf in allen Kreisen Deutschlands Betten für Innere Medizin, Chirurgie und Gynäkologie/Geburtshilfe vorgehalten werden und damit erfahrungsgemäß bis zu 80 Prozent der Gesamtnachfrage der krankenhaushnahen Bevölkerung nach stationären Krankenhausleistungen erfüllt wird, ist bei einer engen räumlichen Markt-abgrenzung bereits jetzt beinahe ▶

überall der Tatbestand einer Marktbeherrschung gegeben (mehr als ein Drittel des Marktes). Unterstellt man in den nächsten Jahren in den Ländern einen Bettenabbau von 20 bis 40 Prozent und eine entsprechende Reduzierung der Krankenhäuser um 10 bis 20 Prozent, verbunden mit den entsprechenden Trägerwechseln, dann müssten sich die Krankenhäuser künftig mehr mit den Planungsbehörden und der Kartellbehörde auseinandersetzen als mit ihren eigentlichen Aufgaben, nämlich einer wirtschaftlichen und qualitätsgesicherten Patientenversorgung.

**KU:** Das Kartellamt geht davon aus, dass Patienten allgemeine medizinische Dienstleistungen nachfragen, dass also zwischen ihnen und den Krankenhäusern echte Marktbeziehungen herrschen. Das entspricht offensichtlich nicht der Lebensrealität. Sie haben z. B. aufgelistet, wie die einzelnen Kreise mit Krankenhäusern versorgt sind, wo welche Bettenabteilungen vorhanden sind, welche Krankenhausfälle behandelt werden, wie viele Herzpatienten, AHB-Patienten etc. zwischen den Ländern „wandern“. Ihre Ansicht dazu?

**Dr. Ernst Bruckenberger:** Die Patienten haben keinen freien Zugang zu den Krankenhäusern. Sie müs-

## Alte und neue Regelungen nebeneinander erzeugen Chaos

sen in der Regel von einem Vertragsarzt eingewiesen werden. Zwischen den Patienten und den Krankenhäusern gibt es grundsätzlich keine echten Marktbeziehungen. Die teilweise praktizierte, aber formell bereits jetzt nicht bestehende Wahlfreiheit der Patienten wird durch den Ausbau der integrierten Versorgung, sei es durch freiwilligen Verzicht oder gesetzliche Vorgaben, immer mehr eingeengt werden. Die demographische Entwicklung erfordert immer mehr die diagnostischen Informationen und nicht die Patienten über weite Entfernungen zu transportieren, um die Therapie soweit möglich

wohnnah durchzuführen zu können (Teleportalkrankenhaus).

**KU:** Was bedeuten Ihre Erkenntnisse z. B. auch für die Mindestmengenregelungen – die Kassen behaupten hier, eine Flächen deckende Versorgung wäre auch gesichert, wenn ein Großteil der Kliniken als Anbieter wegfielen.

**Dr. Ernst Bruckenberger:** Es ist in der Tat so, dass unter der Annahme einer vertretbaren durchschnittlichen Entfernung zum nächsten Krankenhaus von 20 bis 30 km für die häufigsten Behandlungen als Folge der Doppel-, Dreifach- und Mehrfachvorhaltungen der Wegfall von Krankenhäusern in etlichen Regionen zu keiner Gefährdung der Flächen deckenden Versorgung führen würde. Die Schließung von Abteilungen und Krankenhäusern würde zudem die Überlebenschance der verbleibenden verbessern. Eine derartige radikale Marktberäumung verbessert auch die Systemeffizienz. Diese zwingend notwendige Neugestaltung der Angebotsstruktur der Krankenhäuser ist allerdings nur vertretbar, wenn sie mit einer entsprechenden, die demographische Entwicklung berücksichtigenden Anpassung der ambulanten, rehabilitativen und pflegerischen Angebotsstrukturen einhergeht. Außerdem sind schon aus rechtlichen Gründen mehrjährige Übergangslösungen unabdingbar. Aus all diesen Gründen müsste diese schwierige und konfliktreiche Aufgabe unverzüglich in Angriff genommen werden.

**KU:** Sie haben die neuen Versorgungsformen immer mit kritischem Blick begleitet. Wie ist Ihr Resümee heute, nachdem es z. B. weit über 1000 Verträge zur Integrierten Versorgung gibt und sich viele chronisch Kranke in die DMPs eingeschrieben haben?

**Dr. Ernst Bruckenberger:** Die jeweils neuen gesetzlichen Regelungen zur besseren „Verzahnung“ des stationären und ambulanten Sektors in den letzten Jahrzehnten kamen immer additiv dazu, ohne dass die bereits bestehenden beseitigt wurden. Die daraus resultierende parallele zeitliche und örtliche Gül-

tigkeit der Regelungen erzeugt eine Komplexität des deutschen Gesundheitswesens, die selbst mit Hilfe der „Chaostheorie“ nicht mehr überschau- und steuerbar ist. Die bisherigen Bemühungen zur Verzahnung sind jedenfalls, gemessen am tatsächlichen Umfang der eingetretenen Veränderungen, bei kritischer Betrachtung marginale, verwaltungsaufwändige, aber öffentlichkeitswirksame Versuche, eine „Verzahnung“ mit Hilfe einer aufwändigen Bürokratie bei Aufrechterhaltung der bisherigen Versorgungssektoren herbeizuführen. Die additiven leistungs- und ausgabemäßigen Auswirkungen waren jedenfalls grundsätzlich größer als die substitutiven. Möglicherweise wird erst der sich immer stärker abzeichnende Ärztemangel die Bereitschaft zum Beschreiten neuer Wege mit Hilfe eines eingeleiteten an Stelle des doppelt besetzten Facharztsystems in Deutschland öffnen.

**KU:** Um im Wettbewerb die Nase vorn zu haben, sollen die Krankenhäuser vieles neu organisieren, sich zusammenschließen, integriert versorgen und so weiter. Das ist sicher wichtig, doch was entscheidet aus Ihrer Sicht (und angesichts der von Ihnen zusammengetragenen Zahlen, Fakten, Vergleiche) außerdem wesentlich über Erfolg oder Misserfolg?

**Dr. Ernst Bruckenberger:** Was nützen Führungsqualität, Durchsetzungskraft, Kreativität und Engagement der Beschäftigten in den Krankenhäusern, wenn die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen nicht stimmen. Für die Krankenhäuser wird es deshalb entscheidend darauf ankommen, ob mit der zwingend erforderlichen Neuordnung der Krankenhausfinanzierung mehr oder weniger Reglementierung verbunden wird. Weniger Reglementierung und mehr Selbststeuerung mit Hilfe von Transparenz im Sinne von „mehr Freiheit wagen“ würden auch einen besseren Zugriff auf privates Kapital ermöglichen.

**KU:** Herr Dr. Bruckenberger, vielen Dank für das Gespräch ■

Angelika Beyer-Rehfeld