

Fünf Fragen an Andreas Schmid



PD Dr. Andreas Schmid ist Privatdozent für Gesundheitsmanagement und Gesundheitsökonomie an der Universität Bayreuth und Projektleiter der Oberender AG, die Unternehmen des Gesundheitssektors berät. Schmid hat über die Konsolidierung der Krankenhauslandschaft promoviert und ist Experte für Versorgungs- und Vergütungsstrukturen im Gesundheitswesen. Mehrere Forschungsaufenthalte führten ihn in die USA. 2013 wurde er mit dem Fürther Ludwig-Erhard-Preis ausgezeichnet.

Im Rahmen der 10. GWB-Novelle wird diskutiert, Krankenhäuser von der Fusionskontrolle auszunehmen. Dahinter steckt, dass das Bundeskartellamt nach wie vor intensiv Zusammenschlüsse von Krankenhäusern prüft – und auch mal untersagt.

Vielen erscheint das Vorgehen des BKartA paradox, wo doch gesundheitspolitisch massiver Druck auf die Krankenhäuser ausgeübt wird zu konsolidieren. Die Gesundheitspolitik spielt hier „über die Bande“, da von den eigentlich für die Krankenhausplanung zuständigen Ländern vielfach notwendige Strukturreformen nicht angegangen wurden. Bei Kliniken entsteht der Eindruck, sich nur durch eine Fusion langfristig behaupten zu können. Obwohl das BKartA in den letzten Jahren eher großzügig agierte und nur wenige Fusionen untersagte, bietet es Angriffsfläche: Es fehlt jegliche wissenschaftliche empirische Evidenz zur Auswirkung von Marktmacht im deutschen Krankenhausesektor, die Methodik der Markttabgrenzung und zur Abschätzung der Konzentration ist zwar „gerichtsfest“, entspricht aber nicht mehr den methodischen Standards der Wettbewerbsökonomik. Hinzu kommen nach wie vor nicht zufriedenstellend gelöste Probleme im Detail, wie bei der Behandlung öffentlicher Träger.

Ist im Gesundheitswesen überhaupt Raum für Wettbewerb und freie Marktkräfte?

Definitiv! Ich würde sogar so weit gehen, zu sagen, dass er notwendig ist, da in einem derart komplexen System technokratische Planungsansätze an Grenzen stoßen und die mit Wettbewerb einhergehende Heterogenität ein wichtiges Korrektiv bietet. Man muss jedoch auch kritisch hinterfragen, was Wettbewerb im Gesundheitswesen leisten kann und wie Rahmenbedingungen geschaffen werden können, um – ein funktionales Wettbewerbsverständnis voraussetzend – die gewünschten Ziele (Förderung von Qualität und Effizienz) zu erreichen.

Offenbar gibt es ja Konsolidierungsbedarf. Gibt es zu viele Krankenhäuser in Deutschland?

Ja, es gibt zu viele und insbesondere zu viele zu kleine Krankenhäuser. Diese stehen derzeit aus vielen Richtungen unter Druck: Sie sind für Ärzte weniger attraktiv und damit noch härter vom Fachkräftemangel getroffen; die strukturellen Anforderungen komplexe Leistungen erbringen zu dürfen werden immer weiter erhöht; einfache Leistungen werden vermehrt im ambulanten Sektor erbracht. Diese Kontextfaktoren sowie Entwicklungen in der Medizin und auch der Erwartungshaltung der Patienten stellen insbesondere kleine Grund- und Regelversorger vor kaum lösbare Probleme.

Was sollte der Gesetzgeber also tun?

Der Gesetzgeber sollte mit Bedacht handeln: Eine völlige Ausnahme des Krankenhausesektors würde deutlich zu weit gehen und wäre nicht zielführend. Die bereits angesprochenen methodischen und inhaltlichen Kritikpunkte sollten jedoch angegangen werden. Ferner muss eine solide wissenschaftliche Basis zu den Konsequenzen eines Fehlens von Wettbewerb im deutschen Krankenhausesektor geschaffen werden – eine tiefere empirische Analyse fehlt derzeit komplett, was die Argumentation gegenüber Befürwortern einer radikalen Zentralisierung erschwert. Auch ist dem Fakt Rechnung zu tragen, dass in vielen ländlichen Regionen kein Wettbewerb zwischen Krankenhäusern stattfindet und nie stattfinden wird. Hier sind Surrogate zu schaffen. Ein möglicher Ansatz wäre beispielsweise eine schärfere Form des öffentlichen Qualitätsbenchmarks. Eng damit verbunden ist die Frage nach den implementierten Vergütungssystemen, die sich erheblich auf das Verhalten der Krankenhäuser auswirken – dieser Hebel darf nicht getrennt vom Thema Wettbewerb diskutiert werden. Der akut spürbare Handlungsdruck im Bereich der Fusionskontrolle ist in meinen Augen zum Teil darauf zurückzuführen, dass in der Fusionskontrolle zu lange der Status quo fortgeschrieben wurde. Dennoch würde ich mir Eingriffe mit Augenmaß wünschen, da einmal konsolidierte Strukturen nur schwer wieder aufzubrechen sind.

Schließlich: Was lehrt uns die Corona-Krise?

Sie zeigt auf, weshalb wir in gewissem Ausmaß redundante Strukturen und Reservekapazitäten benötigen. Die Lage macht aber auch deutlich, dass wir nach wie vor einen im internationalen Vergleich sehr leistungsfähigen Krankenhausesektor haben. Sicherlich wird die Nachbereitung der Krise zu weiteren Einsichten führen.

Die Fragen stellte Prof. Dr. Rupprecht Podszun, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.