

Krankenhaus-Report 2012

„Regionalität“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /
Jörg Friedrich / Jürgen Wasem (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2012

Auszug Seite 149-163



10	Regionalität – wettbewerbliche Überlegungen zum Krankenhausmarkt	149
	<i>Michael Coenen, Justus Haucap und Annika Herr</i>	
10.1	Problemstellung	150
10.2	Qualitäts- und Preiswettbewerb auf dem Krankenhausmarkt	151
10.3	Marktzutrittsschranken durch Dualistik.....	152
10.4	Krankenhausmärkte in der Fusionskontrolle	154
10.4.1	Räumliche Marktabgrenzung	154
10.4.2	Sachliche Marktabgrenzung	158
10.4.3	Aufgreifschwellen in der Fusionskontrolle.....	160
10.5	Selektivverträge als Mittel zur Steigerung des Krankenhauswettbewerbs	161
10.6	Fazit	162
	Literatur.....	163

10 Regionalität – wettbewerbliche Überlegungen zum Krankenhausmarkt*

Michael Coenen, Justus Haucap und Annika Herr

Abstract

In den letzten Jahren haben die durch das Bundeskartellamt behandelten Fusionskontrollverfahren im Krankenhaussektor zu einer anhaltenden wettbewerbsökonomischen Debatte geführt. Als eine wichtige Erkenntnis hat sich hierbei ergeben, dass für den überwiegenden Bereich der akutstationären Krankenhausversorgung von einer vergleichsweise engen räumlichen Marktabgrenzung auszugehen ist, der Wettbewerb zwischen Krankenhäusern daher „in der Region“ ausgetragen wird. Das vorliegende Papier untersucht Regionalität und Krankenhauswettbewerb unter verschiedenen Aspekten: Insbesondere beleuchten wir die marktverschließenden Wirkungen der dualistischen Krankenhausfinanzierung, gehen auf die besondere Problematik von Krankenhäusern in der Fusionskontrolle ein und arbeiten das Ob und Wie wesentlicher Konsequenzen von Regionalität in der Versorgung mit Krankenhausleistungen heraus. Zudem greifen wir den Vorschlag der Monopolkommission auf, die Fusionskontrolle im Krankenhausbereich zu verschärfen, um der Regionalität der Krankenhausmärkte gerecht zu werden.

The increasing number of hospital mergers over the last few years has led to some debate over form and degree of competition between hospitals. An important conclusion was that the geographic definition of the relevant market should be rather narrow when considering inpatient care units. Thus, competition between hospitals takes place “in the region”. This paper analyses regionalism and hospital competition, highlighting several aspects: We shed light on the market-foreclosing effects of the dual financing system, discuss the special features of hospitals within the German merger control regime and underline the consequences of regionalism for the provision of hospital care. In addition, we follow the proposal made by the German Monopolies Commission to strengthen the merger control regime in order to subject more regional mergers to merger control.

10

* Wir möchten Jürgen Wasem für die hilfreichen Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge zu unserem Beitrag danken.

10.1 Problemstellung

Der deutsche Krankenhausmarkt ist stark reguliert. Die Gründe liegen zum einen darin, dass der sensible Gesundheitsbereich besonders hohe Qualitätserfordernisse stellt und Patienten die Qualität nur schwer beurteilen können. Zum anderen ist durch das Versicherungsprinzip bei Krankenhausleistungen die Gruppe der Leistungsempfänger, also die Patienten im Krankenhaus, zum Leistungszeitpunkt nicht identisch mit der Gruppe der Kostenträger, der Gemeinschaft der Versicherten also. Hieraus resultiert eine Reihe von Anreizproblemen, welche die Regulierung beherrschen soll: Zu nennen ist beispielsweise das Problem der Negativauslese bei der Krankenversicherungswahl oder unerwünscht angebotsinduzierte Nachfrage durch die Leistungserbringer im Gesundheitswesen, hier im Speziellen durch die Krankenhäuser.

Hinzu kommt, dass die ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärzte auf der einen Seite und die stationäre Versorgung in Krankenhäusern auf der anderen Seite in Deutschland voneinander getrennt sind und inkonsistent finanziert werden. Während sich der ambulante Sektor vollständig aus den Mitteln der Krankenversicherungen trägt, herrscht im stationären Sektor eine dualistische Finanzierung vor, in der lediglich die Betriebskosten der Krankenhäuser durch die Krankenversicherungen abgedeckt, die Investitionskosten derselben jedoch prinzipiell durch die Bundesländer getragen werden. Hierbei ist zwar zu konstatieren, dass die Bundesländer sich zunehmend aus der Investitionsfinanzierung zurückziehen. Nichtsdestotrotz ist in den Landeskrankenhausgesetzen eine Sicherstellungsverantwortung der Bundesländer (und der Kommunen) für die Krankenhausversorgung auch in strukturschwachen Regionen festgeschrieben.

Die vielfältigen Regulierungseingriffe auf dem Krankenhausmarkt werfen die Frage auf, welche Rolle Wettbewerb auf diesem überhaupt spielen kann und soll. In den letzten Jahren haben die durch das Bundeskartellamt geprüften Fusionen im Krankenhausesektor zu einer anhaltenden wettbewerbsökonomischen Debatte über den Wettbewerb im Krankenhauswesen geführt. Als eine wichtige Erkenntnis hat sich hierbei ergeben, dass für den überwiegenden, im Einzelfall jedoch nicht unbedingt maßgeblichen Bereich der akutstationären Krankenhausversorgung von einer vergleichsweise engen räumlichen Marktabgrenzung auszugehen ist, der Wettbewerb zwischen Krankenhäusern daher „in der Region“ ausgetragen wird. Abschnitt 10.2 bietet einen Überblick über die für diesen Wettbewerb zentralen Rahmenbedingungen und Regulierungen für deutsche Krankenhäuser. Abschnitt 10.3 befasst sich mit den marktverschließenden Wirkungen der dualistischen Krankenhausfinanzierung. Abschnitt 10.4 geht auf die besondere Problematik von Krankenhäusern in der Fusionskontrolle ein und arbeitet das Ob und Wie wesentlicher Konsequenzen von Regionalität in der Versorgung mit Krankenhausleistungen heraus. Abschnitt 10.5 kommentiert kurz die Probleme des Wettbewerbs mit Hilfe von Selektivverträgen im Krankenhauswesen, und Abschnitt 10.6 fasst die wesentlichen Befunde zusammen.

10.2 Qualitäts- und Preiswettbewerb auf dem Krankenhausmarkt

Wettbewerb ist kein wirtschaftspolitisches Ziel an sich, sondern ein Instrument zur Erreichung wirtschaftlicher Ziele. In der Debatte um die geeignete Ausgestaltung der Rahmenbedingungen des Krankenhausmarktes wird mit Verweis auf die spezifischen Charakteristika von Krankenhausleistungen teilweise bestritten, dass Wettbewerb hier ein zielführendes Instrument sein kann. Über die wirtschaftlichen Ziele auf dem Krankenhausmarkt gibt es weit weniger Streit: Erwünscht ist der effiziente Einsatz knapper Mittel in der Krankenhausversorgung, eine hohe Versorgungsqualität, die anhaltende Gesundheitssicherung der Bevölkerung und die Schaffung von Strukturen im Krankenhausesektor für Innovation und Fortschritt. Diese sollen sich entlang der Präferenzen der Bürger entwickeln, für die der Krankenhausesektor betrieben wird und die ihn finanzieren (vgl. Bataille und Coenen 2009, 119; Monopolkommission 2008a, Tz. 872).

Allerdings wird auch die Sicherstellungsverantwortung der Bundesländer und Gemeinden betont, welche die besondere Form der dualistischen Finanzierung im Krankenhausesektor begründet. Die Systematik sieht vor, dass die laufenden Krankenhausbetriebskosten aus den Mitteln der Krankenversicherer finanziert werden, wogegen die Krankenhausinvestitionskosten von den jeweiligen Bundesländern zu decken sind.

Auf dem deutschen Krankenhausmarkt findet der Wettbewerb zwischen Anbietern unter sehr speziellen Rahmenbedingungen statt. Preiswettbewerb ist aufgrund der Preisregulierung auf dem Krankenhausmarkt – von ganz wenigen Ausnahmen abgesehen – bedeutungslos. Stationäre Krankenhausleistungen werden durch die Krankenversicherer über DRG-Fallpauschalen bundeslandeseinheitlich vergütet. Regionaler Preiswettbewerb innerhalb eines Bundeslandes ist damit ausgeschlossen. Eine etwaige Preisdifferenzierung der Krankenhäuser gegenüber unterschiedlichen Krankenversicherungen ist dadurch weitestgehend ausgeschlossen. Ein geringfügiger Preiswettbewerb findet zwischen den Krankenhäusern ausschließlich im Bereich der integrierten Versorgung, bei freiwilligen Leistungen und Wahlleistungen statt. Aufgrund der weitreichenden Regulierung der Krankenhausergelte durch das DRG-System können Krankenhäuser ihre Marktmacht nicht dazu einsetzen, Preise missbräuchlich anzuheben (vgl. Monopolkommission 2008a, Tz. 817 f.).

Obgleich daher die ansonsten durch Marktmacht induzierten allokativen Effizienzverluste ausgeschlossen werden können, ist gleichwohl damit zu rechnen, dass Marktmacht den Qualitätswettbewerb zwischen den Kliniken unter den gegebenen Rahmenbedingungen beeinträchtigen kann. Durch gesetzliche Qualitätsvorgaben ist die Wahrung eines einheitlichen Qualitätsniveaus wegen der Heterogenität des Leistungsspektrums von Krankenhäusern faktisch nicht möglich. Neben dem Heilungserfolg, der für sich bereits sehr schwer zu beurteilen ist, erstreckt sich der Qualitätsbegriff zudem auf Wartezeiten, Hotelqualitäten der Krankenhäuser, die Ausstattung der Zimmer, die Freundlichkeit des Personals oder die Güte der Verpflegung. Jedoch ist auch der Qualitätswettbewerb bei Krankenhausleistungen durch Regulierung eingeschränkt. Insbesondere wäre Transparenz über das Leistungsgeschehen eine wichtige Voraussetzung für sein Funktionieren. Eine wirkliche Qualitätstransparenz ist jedoch

weder für Fachleute noch für Patienten und selbst für die Krankenkassen kaum gegeben (vgl. Monopolkommission 2008a, Tz. 819–23).

Die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser sind seit 2005 zur Erstellung eines Qualitätsberichts verpflichtet, der gemäß § 137 SGB V durch die Krankenkassen veröffentlicht wird. Erhoben werden in erster Linie Daten, die eine externe vergleichende Qualitätssicherung zulassen und den Krankenhäusern für bestimmte Leistungsbereiche ein Benchmarking ihrer eigenen Ergebnisqualität ermöglichen. Für Patienten, die einweisenden Mediziner und die Krankenkassen schaffen diese Verfahren jedoch nur wenig Transparenz, da die Ergebnisse für die einzelnen Krankenhäuser weitgehend anonymisiert werden. Zur Beteiligung der Patienten wäre daher vor allen Dingen gefordert, leicht verständliche und für Vergleiche geeignete Informationsangebote zur Qualität von Krankenhausleistungen vorzuhalten. Ohne eine hinlängliche Qualitätstransparenz sind die Patienten bei ihrer Wahlentscheidung jedoch auf den Rat der einweisenden Ärzte und die individuellen subjektiven Erfahrungen Dritter angewiesen (Mund-zu-Mund-Propaganda).¹

Viele Krankenhäuser hegen Vorbehalte gegenüber Qualitätstransparenz, da Krankenhausleistungen hochkomplex sind, die Einschätzung von Qualität der subjektiven Wahrnehmung in einem hohen Maße ausgesetzt ist, der Heilerfolg stark von der Komplexität und Schwere der konkret behandelten Fälle abhängt und dies eine an Zahlen gemessene objektive Beurteilung selten erlaubt. Diese Feststellung gilt jedoch für einen weiten Bereich von Dienstleistungen mit langfristigen vertraglichen Beziehungen. Fortschritte ließen sich schon dadurch erzielen, dass Krankenhäuser gezielter als bisher mit Qualitätsindikatoren und Behandlungsmethoden werben und so Qualitätsindikatoren als Signale im Wettbewerb um Patienten einsetzen könnten. Dem Einsatz von Werbung durch Krankenhäuser im Wettbewerb um Patienten setzen gegenwärtig jedoch das Heilmittelwerbegesetz und die Berufsordnung der Ärzte enge Grenzen (vgl. Monopolkommission 2008a, Tz. 821).

10

10.3 Marktzutrittsschranken durch Dualistik

Neben regulierungsbedingten Wettbewerbshemmnissen sind die deutschen Krankenhausmärkte zudem durch erhebliche administrative Marktzutrittsschranken abgeschottet. Zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung nehmen die Bundesländer gemäß § 6 Abs. 1 KHG die Krankenhausplanung vor und legen Investitionsprogramme auf. Diese sollen die Krankenhausversorgung wirtschaftlich sichern, eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beitragen. Die Krankenhausplanung eines Bundeslandes ermittelt für

¹ Empirische Untersuchungen belegen zudem, dass Verhaltensänderungen bei den Krankenhausbetreibern, also stetige Anpassungen im Wettbewerb vor allen Dingen in jenen Bereichen auftreten, in denen die Qualität durch die Patienten leicht zu beobachten ist. Hingegen führt Wettbewerbsdruck in allen übrigen Bereichen zu einer Qualitätsreduktion. Diese ist naheliegend, denn die Krankenhäuser leiten ihre Ressourcen vor allen Dingen in jene Bereiche, die für die Nachfrageentscheidungen der Patienten relevant sind (vgl. Propper et al. 2008).

jede Region Zahl und Art der Krankenhausbetten anhand von Kennzahlen wie der Bevölkerungszahl, der Verweildauer im Krankenhaus und der Bettenauslastung. Krankenhäuser müssen nach § 8 Abs. 1 KHG in den Krankenhausplan des jeweiligen Bundeslandes aufgenommen werden, um in den Genuss der staatlichen Förderung zu gelangen. Die Aufnahme in den Krankenhausplan verpflichtet sie zugleich durch einen Versorgungsvertrag der Bundesländer mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen, versicherte Personen zu behandeln. Außer den Plankrankenhäusern besitzen nur sehr wenige Vertragskrankenhäuser einen entsprechenden Versorgungsvertrag, der sie zur Abrechnung von Leistungen gegenüber den Krankenkassen berechtigt. Von der Investitionsförderung sind Nicht-Plankrankenhäuser grundsätzlich ausgenommen (vgl. Monopolkommission 2008a, Tz. 824).

Dem Grundsatz nach tragen in der gegenwärtigen dualistischen Krankenhausfinanzierung die Bundesländer gemäß § 4 KHG in Verbindung mit § 9 KHG mit ihrer Investitionsförderung die Investitionskosten der Krankenhäuser, wogegen der laufende Betrieb der Krankenhäuser gemäß § 17b KHG aus den Leistungsvergütungen der Krankenkassen zu decken sind. Diese duale Form der Finanzierung ist ökonomisch problematisch, denn sie entzieht Krankenhäuser unternehmerischem Denken, das gerade im Rahmen regionaler Wettbewerbsbeziehungen bedeutend ist. Stattdessen wird zentral geplant. Diese zentralistische Planung muss Nachfrageentwicklungen triftig prognostizieren und zutreffende Kenntnisse über die zukünftig gesellschaftlich erwünschte Versorgung mit stationären Krankenhausleistungen haben. Um Krankenhauskapazitäten und technische Ausstattungen in der Fläche festlegen zu können, wird weiterhin Wissen über die zukünftige Bevölkerungsentwicklung, also quantitative Veränderungen *und* qualitative Veränderungen, die die Bevölkerungsstruktur betreffen, benötigt. Da es bei der Investitionsförderung insbesondere um Neubau, Umbau und Erweiterung von Krankenhäusern geht, muss die Planung außerdem über den erwarteten Nutzungszeitraum der Bauten, also etwa mindestens 15 bis 25 Jahre, zutreffende Vorhersagen treffen.

Die Grundsätze zur Investitionsförderung wurden 2009 durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) modifiziert. Die Bundesländer haben hierdurch ab 2012 die Wahl, die einzelfallbezogenen Leistungsvergütungen nach DRG durch einen neuen leistungsorientierten Investitionsaufschlag zu ergänzen oder weiterhin zum Instrument der Einzelförderung von Investitionen zu greifen. Aus wettbewerbspolitischer Sicht ist bedauerlich, dass der Gesetzgeber nicht von vornherein auf diese Wahlmöglichkeit verzichtet hat und die Bundesländer stattdessen dazu verpflichtete, Investitionstätigkeit ausschließlich durch leistungsorientierte Aufschläge auf die DRG-Fallpauschalen zu vergüten. Denn die Abtrennung der Investitionsförderung von den Leistungsvergütungen im Krankenhausbereich verzerrt den Wettbewerb zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten bei den ambulanten Leistungen, verzerrt die Entscheidungen der Krankenhäuser über den Einsatz von Arbeit und Kapital und schwächt schließlich den Leistungswettbewerb der Krankenhäuser untereinander, da das Investitionsrisiko eines Krankenhauses nicht unbedingt durch entsprechende Fallzahlen abgedeckt werden muss. Ungünstig ist weiterhin, dass die Mehr- und Mindererlösausgleiche des § 4 Abs. 9 KHEntG durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz nicht beseitigt wurden. Mit diesen ist im Wesentlichen eine Erlösplanung verbunden, die Fallzahlen fest schreibt

und wettbewerbliche Vorstöße einzelner Krankenhäuser, mithin die Erschließung größerer Marktanteile im Wettbewerb um Patienten sanktioniert (vgl. Bataille und Coenen 2009, 120 und 124f.).

Im Hinblick auf die Regionalität in der Krankenhausversorgung durch DRG-Fallpauschalen ist von einer gewissen Bedeutung, dass die Finanzierung der Krankenhäuser über Fallpauschalen den Krankenhäusern tendenziell Anreize setzt, die Verweildauer der Patienten im Krankenhaus zu begrenzen. Dies hat in den letzten Jahren die Behandlungsbeziehungen zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor ausgeweitet, da Nachsorgeleistungen im Zuge einer Krankenhausbehandlung teilweise im ambulanten Bereich einer Region anfallen. Diese Nachsorgeleistungen werden gelegentlich auch explizit zwischen Krankenhäusern auf der einen und niedergelassenen Ärzten auf der anderen Seite vertraglich geregelt.² Eine starke Abhängigkeit des Krankenhausesektors von der ambulanten Nachsorge kann ggf. in Regionen problematisch werden, in denen eine Unterversorgung mit niedergelassenen Ärzten herrscht. Solche Regionen finden sich typischerweise im ländlichen Raum, in dem Patienten ohnehin bereits überdurchschnittlich lange Wege zu ihrem nächstgelegenen Krankenhaus zurücklegen müssen.

10.4 Krankenhausmärkte in der Fusionskontrolle

10.4.1 Räumliche Marktabgrenzung

Da internes Wachstum von Krankenhäusern durch die öffentliche Krankenhausplanung nur sehr begrenzt möglich ist, spielt das externe Wachstum von Krankenhäusern, insbesondere bei privaten Krankenhausträgern, eine wichtige Rolle. Seit fast zehn Jahren befasst sich daher auch das Bundeskartellamt mit Krankenhausfusionen. Dabei wurde bisher nur für sehr wenige Zusammenschlussvorhaben überhaupt ein sogenanntes Hauptprüfverfahren eingeleitet, in dem etwaige wettbewerbsbeschränkende Wirkungen kritisch untersucht werden. Insgesamt kam es in vier Fällen zu einer Freigabe des Fusionsvorhabens unter Auflagen und in weiteren vier Fällen zu einer Untersagung. In drei der vier Untersagungsfälle, nämlich Rhön Klinikum/Grabfeld, Asklepios Kliniken Hamburg/Krankenhaus Mariahilf und Universitätsklinikum Greifswald/Kreis Krankenhaus Wolgast, wurde im Anschluss an die Untersagung jeweils eine Ministererlaubnis gemäß § 42 GWB beantragt und ein Beschwerdeverfahren vor dem Oberlandesgericht Düsseldorf eingeleitet. Durch diese Fälle wurde ein recht breiter öffentlicher Diskurs über die Rolle der Fusionskontrolle im Krankenhausesektor und die Fusionskontrollpraxis des Bundeskartellamtes ausgelöst (vgl. Monopolkommission 2008a, Tz. 810).

Für die räumliche Marktabgrenzung in der Fusionskontrolle nimmt das Bundeskartellamt eine Betrachtung der tatsächlichen Patientenströme der im Rahmen des Fusionsvorhabens relevanten Krankenhäuser vor, um das aus Nachfragersicht rele-

² Vergleiche zur vertraglichen Struktur dieser Behandlungsbeziehungen genauer Monopolkommission 2008a, Tz. 822.

vante Bild der Austauschbeziehungen zu ermitteln (Bedarfsmarktkonzept).³ Das Bundeskartellamt fragt hierzu in allen potenziellen Wettbewerbskrankenhäusern Anzahl und Herkunft der Patienten nach Postleitzahlengebieten ab. Anschließend werden mehrere Postleitzahlengebiete um die an dem Zusammenschlussvorhaben beteiligten Krankenhäuser zu regionalen Einheiten zusammengefasst. Es ergeben sich dann für jedes Krankenhaus die jeweiligen Patientenanteile nach Postleitzahlengebieten. Sie geben hinsichtlich des Krankenhausangebotes einen Hinweis darauf, ob zwei Krankenhäuser ihre Leistungen im selben Postleitzahlengebiet anbieten. Von größerer Bedeutung ist jedoch die nachfrageseitige Betrachtung. Hierzu erstellt das Bundeskartellamt eine Übersicht der Marktanteile, die die einzelnen Krankenhäuser in jeder Region erzielt haben. Hieraus wird die Eigenversorgungsquote jeder Region als Summe der Marktanteile der in der Region selbst gelegenen Krankenhäuser ermittelt. Eine hohe Eigenversorgungsquote deutet dann auf eine in sich geschlossene Versorgungsregion hin und damit auf einen abgeschlossenen räumlich relevanten Markt. Zunächst wird von der kleinstmöglichen Region um ein Krankenhaus ausgegangen und die Gebietsgrenze dann sukzessive erweitert, wenn die Eigenversorgungsquote zu gering ist. Bei Erweiterung der Regionen werden zusätzliche Krankenhäuser in die Betrachtung aufgenommen, die Eigenversorgungsquote sollte daher tendenziell ansteigen (vgl. Monopolkommission 2008a, Tz. 542–8).

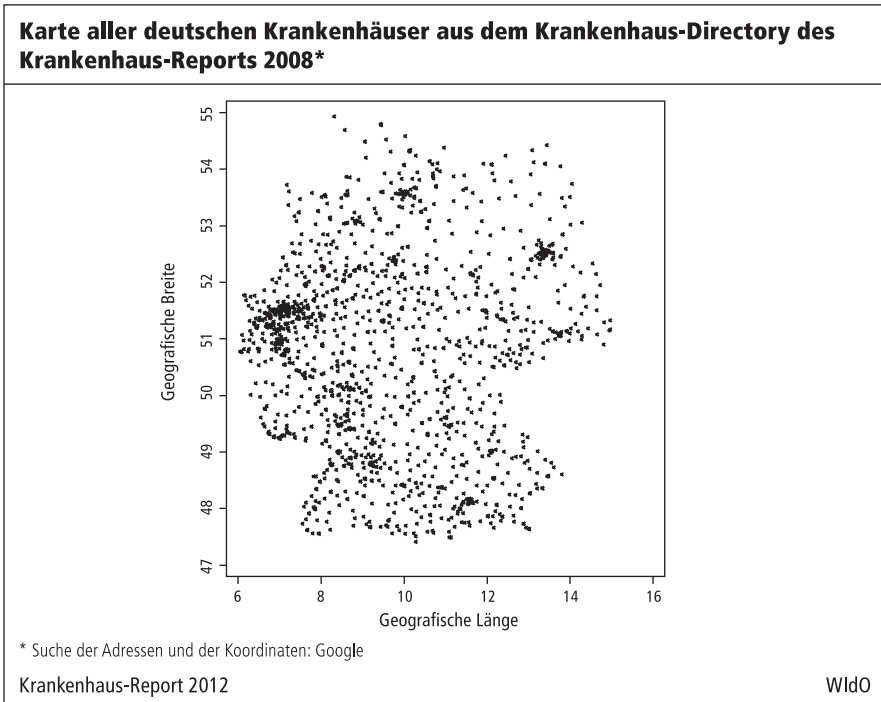
Sowohl Bundeskartellamt als auch Monopolkommission gehen davon aus, dass auf Krankenhausmärkten sachlich und räumlich heterogene Anbieter- und Nachfragergruppen agieren, für die keine jeweils gleichermaßen angemessene Marktabgrenzung gewählt werden kann. Krankenhausleistungen werden vor Ort erbracht, was aus Nachfragersicht den Aufwand von Wegekosten erfordert. Je nach Behandlungsbedarf und Krankheitsbild und den Vorlieben des Einzelnen kann das Gewicht dieser Wegekosten nun sehr unterschiedlich sein. Patienten werden nur bereit sein, ein weiter entferntes Krankenhaus aufzusuchen, wenn der Nutzenmehrwert die zusätzlichen Wegekosten übersteigt. Zu den Wegekosten sind hierbei nicht nur die direkten Transportkosten in die Betrachtung einzubeziehen, sondern sämtliche Wegekosten, also auch die Opportunitätskosten der Zeit sowie ggf. die Häufigkeit von erwünschten Patientenbesuchen durch Verwandte und Bekannte. Es ist nachvollziehbar, dass weitere Entfernungen umso häufiger in Kauf genommen werden, je planbarer ein Eingriff ist und je größer die Bedeutung für Gesundheit und Leben des Patienten ist.

Abbildung 10–1 belegt, dass bevölkerungsreiche Regionen mehr Krankenhäuser vorhalten als bevölkerungsarme Regionen. Dies lässt vermuten, dass es in Ballungszentren, in denen mehrere Krankenhäuser in geringer Distanz zueinander liegen, vor allem bei Wahlleistungen zu mehr Wettbewerb um die Patienten, zu größeren Auswahlmöglichkeiten sowie zu geringeren Wegekosten kommt. Auf der Angebotsseite können zugleich Skalenerträge gehoben werden, Spezialisierungen stattfinden und die Verzahnung mit ambulanten Spezialisten wirkungsvoller ausgestaltet werden.

Eine Berechnung der Zahl der Krankenhäuser in verschiedenen Radien um jedes einzelne der 1 592 deutschen Krankenhäuser, die 2008 im Krankenhaus-Direc-

3 Für eine Analyse der räumlichen Abgrenzung des Krankenhausmarktes durch das Bundeskartellamt und ihre Alternativen vgl. auch Kuchinke und Kallfaß 2007.

Abbildung 10–1



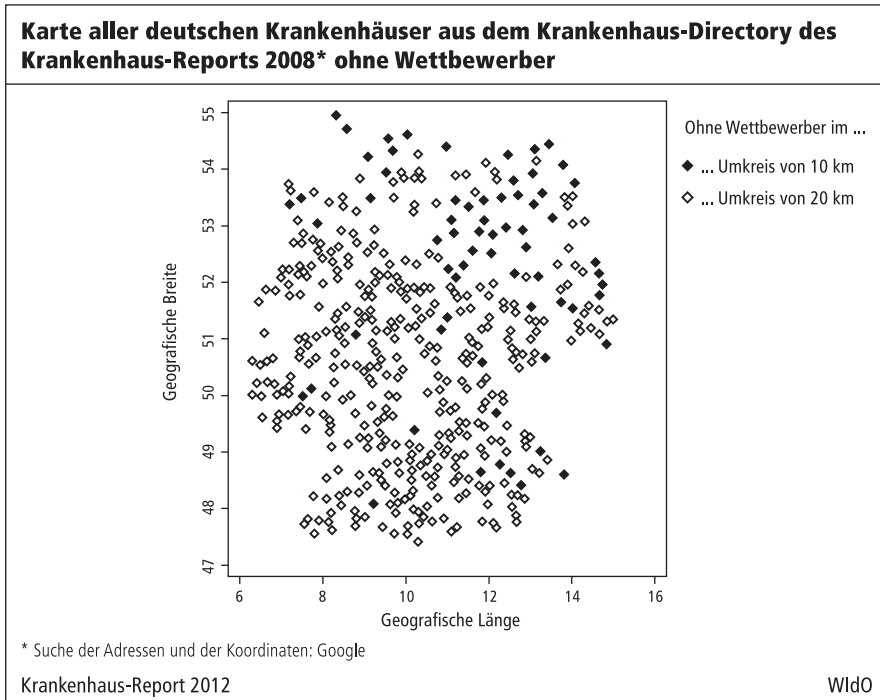
tory des Krankenhaus-Reports verzeichnet waren und deren Adressen identifiziert werden konnten,⁴ zeigt jedoch, dass es für 30% der Krankenhäuser keinen deutschen Nachbarn in einem Umkreis von 10 km (für sechs sogar in einem Umkreis von 30 km) gibt. 40% der öffentlichen, 27% der privaten und nur 20% der freigemeinnützigen Krankenhäuser fallen in diese Kategorie.

In Abbildung 10–2 werden diese durch Karos dargestellt. Gefüllte Karos repräsentieren die 70 Krankenhäuser, die im Umkreis von 20 km keinem Nachbarn gegenüber stehen und hauptsächlich in den neuen Bundesländern zu finden sind. Im Durchschnitt sehen sich Krankenhäuser in einem Umkreis von 10 km fünf Wettbewerbern gegenüber (maximal sind es 39 Wettbewerber). Nach Trägerschaft unterschieden zeigt sich, dass die 512 öffentlichen Krankenhäuser, die im Durchschnitt deutlich größer sind, mit 3,2 Wettbewerbern innerhalb von 10 km regional weniger Wettbewerb ausgesetzt sind als die 667 freigemeinnützigen (6,1 Wettbewerber) und 399 privaten (5,6 Wettbewerber) Krankenhäuser.⁵ Hier fällt auf, dass sich freigemeinnützige Krankenhäuser eher in Ballungsräumen ansiedeln. Welche Auswirkungen unterschiedliche Trägerschaften auf den Wettbewerb zwischen Krankenhäusern haben, wird in der Gesundheitsökonomik diskutiert (vgl. beispielsweise

4 Anm.: Zu 30 Krankenhäusern konnten die Koordinaten nicht ermittelt werden.

5 Die Größe der benachbarten Krankenhäuser geht in diese deskriptiven Erläuterungen nicht ein. Bei zwölf Krankenhäusern ist die Trägerschaft unbekannt.

Abbildung 10–2



Herr 2011). Bei einer Betrachtung der durch das Bundeskartellamt bearbeiteten Fusionskontrollverfahren im Krankenhaussektor fällt auf, dass überwiegend Fusionen, an denen private Krankenhäuser beteiligt waren, untersagt oder lediglich unter Auflagen genehmigt wurden. Diese Beobachtung dürfte auch mit der Tatsache zusammenhängen, dass private Krankenhausketten eher die für Fusionskontrollverfahren kritischen Aufgreifschwelle erreichen. Fusionskontrollrechtlich problematisch waren dabei in erster Linie Krankenhausmärkte im ländlichen Raum mit einer geringeren Wettbewerbsintensität.⁶ In einer der wenigen Studien, die Regionalität im Krankenhausmarkt untersuchen, zeigen Felder und Tauchmann (2009) jedoch, dass die regionalen Unterschiede in der Effizienz der Krankenhausproduktion, die in ihrer Studie durch Mortalitätsraten auf Kreisebene gemessen wird, vor allem durch bundeslandspezifische fixe Effekte erklärt werden können und weniger durch räumliche Abhängigkeiten zwischen den Kreisen. Dieses Ergebnis könnte, wie oben argumentiert, durch die bundeslandspezifische Planung und Finanzierung der Krankenhäuser und fehlende regionale Preiskonkurrenz sowie unvollständigen Qualitätswettbewerb erklärt werden.

Für die Bewertung der Wettbewerbsbedingungen auf dem Krankenhausmarkt ist eine Schwierigkeit, dass die Qualitätstransparenz unvollkommen ist. Durch zu-

⁶ Für Überblicke über die durch das Bundeskartellamt bearbeiteten maßgeblichen Fusionskontrollverfahren im Krankenhaussektor vgl. Kuchinke und Kallfaß 2006; Bangard 2007.

nehmenden Qualitätswettbewerb der Krankenhäuser sollte auch ein zunehmend größerer räumlich relevanter Markt erschlossen werden. Daher bringt das Bundeskartellamt auch keine starren Eigenversorgungsquoten zur Anwendung, sondern versucht den individuellen Gegebenheiten der Krankenhausmärkte vor Ort und den an einem Zusammenschlussvorhaben beteiligten Krankenhäusern bei seiner räumlichen Marktabgrenzung gerecht zu werden. Im Allgemeinen nimmt das Bundeskartellamt für Krankenhausmärkte eine vergleichsweise enge räumliche Marktabgrenzung vor, die dem verbreiteten Nachfragerinteresse nach einer wohnortnahen Versorgung entspricht (vgl. Monopolkommission 2008a, Tz. 548). Allerdings führt dies in Verbindung mit einer tendenziell weiten sachlichen Marktabgrenzung des Bundeskartellamtes zumindest theoretisch nicht unbedingt zu zutreffenden Ergebnissen. Denn eine Krankenhausversorgung in der Region ist vermutlich gerade bei elektiven, planbaren Eingriffen nicht prioritär.

10.4.2 Sachliche Marktabgrenzung

10

Vor der räumlichen Marktabgrenzung steht die sachliche Abgrenzung des Krankenhausmarktes. Das Bundeskartellamt hat seit 2004 sein spezifisches System für die Abgrenzung des sachlich wie räumlich relevanten Krankenhausmarktes sukzessive weiterentwickelt (vgl. Bangard 2007, 192). In sachlicher Hinsicht grenzt das Bundeskartellamt den Krankenhausmarkt überwiegend als Gesamtangebot stationärer Krankenhausleistungen ab. Das Krankenhaus wird gewissermaßen als Sortimentsanbieter betrachtet. Hierbei beschränkt sich das Bundeskartellamt ausdrücklich auf akutstationäre Leistungen, die durch Plankrankenhäuser erbracht werden. Mithin spielen ambulante Krankenhausleistungen ebenso wenig eine Rolle wie medizinische Leistungen, die von Rehabilitationseinrichtungen oder von Anbietern, die ausschließlich privat abrechnen, erbracht werden. Eine Differenzierung findet auch nicht hinsichtlich unterschiedlicher Angebotstiefen statt. Eine Ausnahme hiervon bildete erstmals die sachliche Marktabgrenzung im Zusammenschlussverfahren Klinikum Region Hannover/Landeskrankenhaus Wunstorf. Da das Landeskrankenhaus Wunstorf eine rein psychiatrische Klinik ist, wurde hier erstmals nur der Markt für stationäre psychiatrische Krankenhausleistungen abgegrenzt. Bei der Übernahme von Fachkliniken durch Allgemeinkrankenhäuser wird somit der sachlich relevante Markt durch das Bundeskartellamt durchaus enger abgegrenzt.

Bei Fusionen von Allgemeinkrankenhäusern wird hingegen ein breiter allgemeiner Krankenhausmarkt abgegrenzt, unabhängig von der eventuellen Angebotsheterogenität der beteiligten Kliniken. Diskussionswürdig ist die Frage, ob das Krankenhaus mit allen seinen Angeboten insgesamt den sachlich relevanten Markt festlegt oder vielmehr beispielsweise eine Abgrenzung nach den jeweiligen Fachbereichen der beteiligten Kliniken vorgenommen werden sollte. Letztere wurde vom Oberlandesgericht Düsseldorf in seiner Entscheidung im Fall Rhön Klinikum AG erwogen.⁷ Alternativ ließe sich eine sachliche Marktabgrenzung entlang bestimmter Gruppen von DRG-Fallpauschalen vornehmen.

⁷ OLG Düsseldorf vom 11. April 2007, VI Kart 6/05 (V), WuW/E DE-R 1958.

Die sachliche Abgrenzung eines einheitlichen Marktes für akut stationäre Krankenhausdienstleistungen gründet das Bundeskartellamt auf eine Untersuchung, die es 2006 für den Krankenhausesektor in Bayern vorgenommen hat (vgl. Bangard 2007, 198f.). Die Untersuchung zeige, dass es sowohl hinsichtlich der Tiefe des Angebots als auch hinsichtlich der Versorgungspraxis zwischen unterschiedlichen Fachbereichen erhebliche Verflechtungen gebe (vgl. Monopolkommission 2008a, Tz. 535–41). 82,7 % aller in den untersuchten Krankenhäusern behandelten Fälle können demnach bereits in Krankenhäusern der Regelversorgung behandelt werden und bedürfen keiner spezialisierten Maximalversorgung. Auch die Maximalversorger selbst behandeln zu 68,5 % Fälle der Regelversorgung, stünden mithin mit ihren Angeboten in direkter Konkurrenz zu Allgemeinkrankenhäusern der Regelversorgung. Über die unterschiedlichen Fallgruppenklassifikationen der DRG hinweg ergibt sich eine vergleichbare Überschneidung. Die meisten Fälle nach DRG sind demnach nicht fachabteilungsspezifisch. Das heißt, dass dieselbe DRG in unterschiedlichen Krankenhäusern oder sogar in demselben Krankenhaus in unterschiedlichen Fachabteilungen behandelt wird. Eine Marktabgrenzung nach Fachabteilungen würde dann die Wettbewerbsbeziehungen nicht korrekt reflektieren. Nur in den Abteilungen Augenheilkunde sowie Gynäkologie und Geburtshilfe sind über 90 % der behandelten Fälle überwiegend in den entsprechenden Fachabteilungen behandelt worden. Bei acht weiteren Fachabteilungen hingegen sind unter 10 % der Fälle ausschließlich diesen Fachabteilungen zuzuordnen.

Die meisten Leistungen von Krankenhäusern lassen sich, so die Schlussfolgerung des Bundeskartellamtes, daher nicht trennscharf in Versorgungsstufen oder Fachabteilungen untergliedern. Eine Aufteilung des sachlich relevanten Marktes nach Fachbereichen berücksichtigt dann nicht, dass größere Krankenhäuser spezialisierte Fachabteilungen vorhalten und daher unterschiedliche Fälle spezifischer zuordnen können als kleinere Krankenhäuser, die eine größere Variation von Fällen in allgemeinen Abteilungen behandeln, etwa in der Chirurgie oder in der Inneren Medizin. Die Monopolkommission hat hingegen eingewendet, dass die sachliche Marktabgrenzung von Spezialmärkten nach bestimmten Behandlungsklustern in den DRG, sprich nach bestimmten Krankheitsbildern, als relevant nicht ausgeschlossen werden kann, um eine den tatsächlichen Marktgegebenheiten besser entsprechende sachliche Marktabgrenzung zu erhalten. Nach der Untersuchung des Bundeskartellamtes erscheint dies bislang jedoch nur für die Fachbereiche Augenheilkunde, Psychiatrie sowie Gynäkologie und Geburtshilfe angezeigt (vgl. Monopolkommission 2008a, Tz. 540).

Eine weiter gefasste sachliche Marktabgrenzung kommt tendenziell solchen Fusionsvorhaben entgegen, an denen Spezialkliniken oder Krankenhäuser mit im Vergleich zu anderen regionalen Konkurrenzhäusern herausgehobenen Spezialabteilungen (beispielsweise Maximalversorger) beteiligt sind. Ihren Spezialleistungen fällt dann in einem auf allgemeine akutstationäre Krankenhausleistungen abgegrenzten Markt ein geringeres Marktanteilsgewicht zu.

Die Monopolkommission hat darauf hingewiesen, dass die Untersuchung des Bundeskartellamtes einen Hinweis darauf gibt, dass die sachliche Marktabgrenzung eines einheitlichen Marktes für akutstationäre Krankenhausleistungen hinsichtlich der Versorgungstiefe zu ungenau ist, wenn Zusammenschlussvorhaben betrachtet werden, bei denen sich beispielsweise ein Maximalversorger mit einem Kranken-

haus der Regelversorgung zusammenschließen möchte. So werden bei einem bayrischen Maximalversorger durchschnittlich in etwa einem Drittel der Versorgungsfälle Leistungen erbracht, die über die Regelversorgung hinausgehen (vgl. Monopolkommission 2008a, Tz. 541). Demgegenüber bieten Krankenhäuser der Regelversorgung nur in Einzelfällen Leistungen über ihre Versorgungsstufe hinaus an. Die Monopolkommission hat daher vorgeschlagen, den Markt nach denjenigen DRG-Fallgruppen abzugrenzen, in denen mindestens zwei der an einem Zusammenschluss beteiligten Unternehmen eine Mindestanzahl an Fällen abgerechnet haben.

10.4.3 Aufgreifschwelen in der Fusionskontrolle

Vor dem Hintergrund der Bedeutung einer Marktabgrenzung, die für einen weiten Bereich des Angebotspektrums von Krankenhäusern auf regionale Wirtschaftsräume zu beschränken ist, hat die Monopolkommission vorgeschlagen, die Aufgreifschwelen für Fusionsvorhaben von Krankenhäusern abzusenken. Der Vorschlag wurde insbesondere formuliert, da die Betrachtung von Zusammenschlussvorhaben auf dem Krankenhausmarkt durch das Bundeskartellamt unter Beachtung der regulären Aufgreifschwelen typischerweise nur dann möglich wird, wenn an dem Zusammenschlussvorhaben Krankenhäuser mit weitreichenden Beteiligungen in anderen Regionen oder anderen Branchen beteiligt sind. Diese Beteiligungen haben jedoch bei der vorherrschenden Regionalität der nachfrageorientierten räumlichen Marktabgrenzung des Krankenhausmarktes keinen Einfluss auf die wettbewerbliche Bedeutung des Zusammenschlussvorhabens. Deutlich wurde dies im Fall des Zusammenschlussvorhabens Universitätsklinikum Greifswald/Kreiskrankenhaus Wolgast.⁸

Im Hinblick auf die Verbundklausel des § 36 Abs. 2 Satz 1 GWB und die allgemeine Aufgreifschwelle des § 36 Abs. 1 Ziff. 1 GWB ist festzustellen, dass vornehmlich kritische Fusionsvorhaben von der Notifizierungspflicht für Unternehmenszusammenschlüsse erfasst werden sollen. Im Falle des Universitätsklinikums Greifswald und des Kreiskrankenhauses Wolgast war das Zusammenschlussvorhaben jedoch nur aus dem – mit dem Fall in einem untergeordneten Zusammenhang stehenden – Grund anmeldepflichtig, dass dem Universitätsklinikum die gesamten Umsätze des Landes Mecklenburg-Vorpommern aus unternehmerischer Tätigkeit (inklusive der Umsätze der landeseigenen Lottogesellschaft) zugerechnet wurden. Zwar hat das Oberlandesgericht Düsseldorf in seiner Entscheidung vom Mai 2008 die Berechnung des Bundeskartellamts korrigiert, indem den Umsätzen des Landes Mecklenburg-Vorpommern lediglich die Umsätze der Landeslottogesellschaft abzüglich der Gewinnausschüttungen zuzurechnen sind, diese – umstrittene – Auslegung ändert jedoch nichts an der aus ökonomischer Sicht im Prinzip problematischen Zurechnung der unterschiedlichen Umsatzquellen bei heterogenen Verbundunternehmen. In dem Zusammenschlussverfahren Kliniken Ludwigsburg-Bietigheim/Enzkreis-Kliniken wurden die fusionskontrollrechtlichen Umsatzschwelen nur unter Zurechnung der Umsätze der Sparkasse Ludwigsburg erreicht.⁹

⁸ Vergleiche Monopolkommission 2008a, Tz. 511–5, und für das Sondergutachten der Monopolkommission zu diesem Zusammenschlussvorhaben Monopolkommission 2008b.

⁹ Vergleiche für eine Diskussion der Zurechnung von Konzernumsätzen bei Krankenhauszusammenschlüssen auch Bangard 2007, 206–12.

Die hilfswise Erfassung wettbewerbsökonomisch relevanter Krankenhauszusammenschlüsse durch Zurechnung des Umsatzes von mit den Antragstellern verbundenen, gegebenenfalls branchenfremden Unternehmen ist auf dem Krankenhausmarkt aus zweierlei Gründen problematisch: Zum einen lässt sich argumentieren, dass im Falle einer kommunalen Krankenhausträgerschaft Zusammenschlussvorhaben zwar häufiger kartellrechtlich geprüft werden sollten, weil hier erstens stärkere politisch beeinflusste Quersubventionierungspotenziale zu befürchten sind, und zweitens die besonders problematische gewinnsteigernde Fusion zur Vorbereitung einer anstehenden Privatisierung der öffentlichen Krankenhäuser vorgenommen werden kann (vgl. Kuchinke und Kallfaß 2006, 1001f.). Allerdings muss diese Untersuchung prinzipiell bei allen relevanten Krankenhauszusammenschlüssen mit kommunaler Beteiligung vorgenommen werden können, und zwar unabhängig davon, ob die betroffene Kommune oder das betroffene Bundesland nun zufällig noch Umsätze aus dem Betrieb von Sparkassen, Müllverbrennungsanlagen oder Lotteriegesellschaften erzielt. Zum anderen ist besonders vor dem Hintergrund einer auf Krankenhausmärkten tendenziell auf einen engen regionalen Raum vorzunehmenden räumlichen Marktabgrenzung eine stärkere Beteiligung der Fusionskontrolle bei Krankenhauszusammenschlüssen anzuraten. Bei systematisch auf regionale Räume beschränkten Wettbewerbsbeziehungen greifen hohe Aufgreifschwelle in der Fusionskontrolle nicht früh genug und lassen daher Krankenhauszusammenschlüsse unbeachtet, die zur Vermachtung regional eng begrenzter Krankenhausmärkte führen können. Die in § 36 GWB festgelegten Aufgreifschwelle gehen implizit von einer überregionalen Marktabgrenzung aus. Fusionen, bei denen die Umsätze der beteiligten Unternehmen die Aufgreifschwelle nicht erreichen, werden (im Sinne einer Heuristik) pauschal als unkritisch eingestuft und daher nicht aufgegriffen. Bei Märkten, die systematisch regional abzugrenzen sind (wie z. B. auch der Markt für regionale Tagespresse) sind die Aufgreifschwelle dann systematisch zu hoch. Die Monopolkommission hat deswegen vorgeschlagen, die Aufgreifschwelle für Krankenhauszusammenschlüsse abzusenken (wie dies auch bei der Pressefusionskontrolle der Fall ist). Zur Bestimmung der Umsätze von Krankenhausunternehmen soll demnach das Dreifache der Umsatzerlöse zum Ansatz gebracht werden, mithin die Aufgreifschwelle auf ein Drittel des im GWB ansonsten üblichen Maßes abgesenkt werden (vgl. Monopolkommission 2008a, Tz. 515).

10.5 Selektivverträge als Mittel zur Steigerung des Krankenhauswettbewerbs

Die Monopolkommission hat in ihrem 17. Hauptgutachten zudem die Einführung spezieller Optionstarife für die Krankenhausversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung vorgeschlagen (vgl. Monopolkommission 2008a, Tz. 855ff.). Diese Optionstarife sollen die Steuerungsmöglichkeiten der Krankenkassen ausweiten. Genauer gesagt sollen die Krankenkassen für Optionstarife mit einzelnen Krankenhäusern selektive Versorgungsverträge abschließen, die den Versicherten die Möglichkeit eröffnen, durch ein freiwilliges Opting-out zwar nicht auf den Leistungsumfang des Vollversicherungsschutzes zu verzichten, wohl aber auf die freie Aus-

wahl des Krankenhauses, in dem eine Behandlung erbracht werden soll. Für die Krankenkassen würde dies bedeuten, dass sie zur Sicherstellung der Behandlung ihrer Versicherten im Optionstarif selektive Versorgungsverträge mit geeigneten Krankenhäusern über das gesamte Leistungsangebot des gesetzlichen Standardtarifs, mithin über die Behandlung sämtlicher Diagnosen des DRG-Katalogs, abschließen müssen. Anzumerken ist jedoch – gerade im Hinblick auf die Regionalität – dass diese Art des Wettbewerbs mit Hilfe von Selektivverträgen vor allem in städtischen Bereichen gut funktionieren kann, während seine Wirksamkeit im ländlichen Bereich aufgrund der relativ geringen Krankenhausdichte nur sehr begrenzt zum Einsatz kommen kann.

10.6 Fazit

In den vergangenen acht Jahren haben die durch das Bundeskartellamt durchgeführten Fusionskontrollverfahren im Krankenhaussektor zu einer anhaltenden wettbewerbsökonomischen Debatte geführt. Als eine wichtige Erkenntnis hat sich hierbei ergeben, dass für den überwiegenden Bereich der akutstationären Krankenhausversorgung von einer vergleichsweise engen räumlichen Marktabgrenzung auszugehen ist. Der Wettbewerb zwischen Krankenhäusern wird „in der Region“ ausgeglichen.

Der Zusammenhang von Regionalität und Wettbewerb auf dem Krankenhausmarkt ist in der Literatur jedoch bislang wenig untersucht. Der vorliegende Beitrag zeigt, dass weiterhin diskussionswürdig bleibt, ob und wie Wettbewerb in dem vorliegenden Regulierungsrahmen eine Rolle spielen kann. Die bundeslandeseinheitliche Vergütung von Krankenhausleistungen durch DRG-Fallpauschalen unterbindet den Preiswettbewerb zwischen Krankenhäusern. Wettbewerb zwischen Kliniken kann jedoch die Qualität des heterogenen Leistungsspektrums von Krankenhäusern beeinflussen. Bei der Abschätzung von Wettbewerbseffekten stellen sich auf Krankenhausmärkten jedoch mehrschichtige Probleme: Erstens ist die Qualität des Krankenhausoutputs selbst schwer messbar, wobei zudem eine Vielzahl regionaler, aber auch überregionaler Faktoren Qualitätsunterschiede erklären könnte. Zweitens ist die Krankenhauslandschaft in Deutschland historisch und demografisch bedingt heterogen. Hierdurch unterscheiden sich die Wettbewerbsbedingungen in den unterschiedlichen Regionen stark.

Erste deskriptive Ergebnisse belegen diese regional bedingten Wettbewerbsunterschiede. Vor allem in ländlichen Regionen sind die Entfernungen zwischen Krankenhäusern hoch und damit der Wettbewerb schwächer als in Ballungsräumen. Diese Aspekte sollten allerdings empirisch weiter fundiert und hierbei der Effekt des Wettbewerbs von den Einflüssen umgebender Rahmenbedingungen und demografischer Entwicklungen isoliert werden.

Schließlich ist aus wettbewerbspolitischer Sicht anzumerken, dass bei systematisch auf regionale Räume beschränkten Wettbewerbsbeziehungen die hohen Aufgreifschwelle in der Fusionskontrolle nicht früh genug greifen und daher Krankenhauszusammenschlüsse unbeachtet bleiben, die zur Vermachtung regional eng begrenzter Krankenhausmärkte führen können. Die Monopolkommission hat deswe-

gen vorgeschlagen, die Aufgreifschwelle für Krankenhauszusammenschlüsse abzusenken. Zur Bestimmung der Umsätze von Krankenhausunternehmen soll das Dreifache der Umsatzerlöse zum Ansatz gebracht werden, mithin die Aufgreifschwelle auf ein Drittel des im GWB ansonsten üblichen Maßes abgesenkt werden, um auch regionale Monopol- bzw. Oligopolbildungen unterbinden zu können.

Literatur

- Bangard A. Krankenhausfusionskontrolle. *ZWeR* 2007; 2: 183–238.
- Bataille M, Coenen M. Monistik in der Krankenhausfinanzierung – Ist der Anfang gemacht?, *Wirtschaftsdienst* 2009; 89 (2), 119–27.
- Felder S, Tauchmann H. Regional Differences in the Efficiency of Health Production: an Artefact of Spatial Dependence? *Ruhr Economic Papers* 2009; 112.
- Herr A. Quality and Welfare in a Mixed Duopoly with Regulated Prices: The Case of a Public and a Private Hospital, *German Economic Review* 2011; 12.
- Kuchinke BA, Kallfaß HH. Aktuelle Kontroversen bezüglich der ökonomischen Beurteilung von Krankenhauszusammenschlüssen in Deutschland, *WuW* 2006, 10: 991–1003.
- Kuchinke BA, Kallfaß HH. Die Praxis der räumlichen Marktabgrenzung bei Krankenhauszusammenschlüssen in den USA und in Deutschland: Eine wettbewerbsökonomische Analyse, *ZWeR* 2007, 3: 319–37.
- Monopolkommission. Weniger Staat, Mehr Wettbewerb, Siebzehntes Hauptgutachten. Bundestagsdrucksache 16/10140, 2008a.
- Monopolkommission. Zusammenschlussvorhaben der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH mit der Krankenhaus Mariahilf gGmbH/Zusammenschlussvorhaben des Universitätsklinikums Greifswald mit der Kreiskrankenhaus Wolgast gGmbH. Sondergutachten 52 und 53. Baden-Baden: Nomos 2008b.
- Propper C, Burgess S, Gossage D. Competition and Quality: Evidence from the NHS Internal Market 1991–9. *Economic Journal* 2008; 118: 138–70.