

Kallfaß, Hermann H.; Kuchinke, Björn A.

Working Paper

Die räumliche Marktabgrenzung bei Zusammenschlüssen von Krankenhäusern in den USA und in Deutschland: eine wettbewerbsökonomische Analyse

Diskussionspapier, No. 52

Provided in Cooperation with:

Ilmenau University of Technology, Institute of Economics

Suggested Citation: Kallfaß, Hermann H.; Kuchinke, Björn A. (2006) : Die räumliche Marktabgrenzung bei Zusammenschlüssen von Krankenhäusern in den USA und in Deutschland: eine wettbewerbsökonomische Analyse, Diskussionspapier, No. 52, Technische Universität Ilmenau, Institut für Volkswirtschaftslehre, Ilmenau

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/27984>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Diskussionspapier Nr. 52

**Die räumliche Marktabgrenzung bei Zusammenschlüssen
von Krankenhäusern in den USA und in Deutschland:
Eine wettbewerbsökonomische Analyse**

Hermann H. Kallfass, Björn A. Kuchinke

April 2006

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Inhaltsverzeichnis	I
Abbildungsverzeichnis	I
Tabellenverzeichnis	I
1 Einführung und Problemstellung.....	1
2 Der institutionelle Rahmen, die Grundbedingungen und die Merkmale der Märkte in Deutschland.....	3
3 Die Abgrenzung der Märkte für Krankenhausdienstleistungen.....	6
3.1 Die sachliche Abgrenzung	6
3.2 Die Differenzierungen im Angebot und die heterogenen Präferenzen der Patienten	9
3.3 Die räumliche Abgrenzung der Märkte in der Entscheidungspraxis.....	12
3.3.1 Einführende Erläuterungen	12
3.3.2 Die angewendeten Verfahren und Methoden in den USA.....	12
3.3.2.1 Der Test der Patientenströme	12
3.3.2.2 Die Kritik an der us-amerikanischen Praxis.....	16
3.3.3 Die angewendeten Verfahren und Methoden des Bundeskartellamt	19
3.3.3.1 Die Analyse der Patientenströme in der angebotsorientierten Einzugsstatistik und in der nachfrageorientierten Anteilsbetrachtung	19
3.3.3.2 Anmerkungen zur Vorgehensweise.....	24
4 Schlussbemerkungen	26
Anhang.....	28
Literaturverzeichnis	33

Abbildungsverzeichnis

	Seite
Abbildung 1: Tauschbeziehung auf einfachen Güter- und Dienstleistungsmärkten.....	3
Abbildung 2: Tauschbeziehung auf Märkten für Krankenhausdienstleistungen	4

Tabellenverzeichnis

	Seite
Tabelle 1: Patienten des Krankenhauses der Stadt Eisenhüttenstadt im Jahr 2003	21
Tabelle 2: Anteile der Krankenhäuser an Patienten der Gebiete im Jahr 2003	22

1 Einführung und Problemstellung

Im Jahr 2005 sind die Märkte, auf denen Krankenhäuser ihre Dienstleistungen anbieten, durch diverse Entscheidungen des Bundeskartellamtes über beantragte Zusammenschlüsse bzw. Privatisierungen von Krankenhäusern¹ sehr nachdrücklich in das Blickfeld der Wettbewerbspolitik in Deutschland gerückt.²

Der Grund für diese Entwicklungen ist offensichtlich, dass sich der Bereich der Krankenhäuser in einem intensiven Prozess der Umstrukturierung befindet, der gegenwärtig durch verschiedene Zwänge zur wirtschaftlicheren Leistungserstellung getrieben wird.

Erstens stehen Krankenhäuser unter dem Druck zunehmender Kosten. Die Personalkosten, auf die zwei Drittel der Kosten entfällt,³ steigen auf Grund ansteigender Löhne, Gehälter und Qualifikationsanforderungen an das Personal. Die Sachkosten werden durch den Einsatz aufwändiger medizintechnischer Geräte, die Nachfrage der Patienten nach komfortabler Unterbringung sowie durch zunehmende rechtliche Vorschriften beeinflusst.

Zweitens hat sich bezüglich erforderlicher Investitionen zur Verbesserung der Abläufe, zur Rationalisierung und zur Sanierung der veralteten Bau- und Anlagensubstanz eine wachsende Lücke aufgetan, da die hoch verschuldeten Bundesländer die Mittel zur Förderung der Investitionen im Rahmen des Systems der dualen Finanzierung der Krankenhäuser nur mit steigendem zeitlichen Verzug bereit stellen.⁴

Drittens können die Krankenhäuser ihre Betriebskosten nicht mehr wie in früheren Jahrzehnten einfach in höhere Entgelte überwälzen, da das neue Fallpauschalensystem nach und nach die Kostenbedingungen der einzelnen Krankenhäuser vernachlässigt. So werden seit dem Jahre 2005 die zu berechnenden Entgelte der Krankenhäuser in den Bundesländern, d.h. die bis dahin gültigen individuellen Basisfallwerte der Krankenhäuser, per gesetzlicher Vorgaben⁵ bis Ende 2008 durch landesweit einheitliche Basisfallwerte ersetzt.

¹ Darunter haben drei Entscheidungen in der Öffentlichkeit besondere Aufmerksamkeit erregt. Vgl. BKAR-TA (BUNDESKARTELLAMT, 2005a, b, c).

² Zu einer kurzen Einschätzung vgl. KUCHINKE (2005a).

³ Vgl. SPECKE (2005), S. 272.

⁴ Vgl. NEUBAUER (2003), S. 77 u. SPECKE (2005), S. 270.

⁵ Vgl. § 17 b Abs. 3 Satz 5 KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz) i. V. m. § 4 KHEntgG (Krankenhausentgeltgesetz).

Viertens sind die Träger öffentlicher Krankenhäuser auf Grund eigener Finanzierungsprobleme nicht mehr in der Lage, die Defizite in den Betriebskosten der Krankenhäuser auszugleichen.⁶ Stattdessen gliedern Bundesländer, Städte und Kreise ihre defizitären Häuser um oder sie bieten diese privaten Investoren zum Kauf an. In diesem Zuge kam es dazu, dass geplante Konzentrationsprozesse die Aufgreifkriterien des Wettbewerbsrechts⁷ erfüllten und das Bundeskartellamt im Jahr 2005 erste Zusammenschlussvorhaben im Bereich der Krankenhäuser untersagte.⁸

Die wirtschaftspolitische Beurteilung der Strukturen und des Wandels der Märkte für die Dienstleistungen der Krankenhäuser wirft wegen spezifischer Regulierungen, technischer und medizinischer Grundbedingungen, spezifischer vertraglicher Beziehungen und wegen der Merkmale der Dienste sowie wegen der Verhaltensweisen der Anbieter und Nachfrager diverse Fragen auf, zu denen bisher wegen weitgehend fehlender industrieökonomischer Analysen nur geringe Kenntnisse vorliegen oder kaum eindeutige Antworten möglich sind.⁹ Im Mittelpunkt der folgenden Betrachtungen stehen Erfahrungen, die in den USA bei der Abgrenzung räumlicher Märkte gewonnen wurden. Dort trafen die Kartellbehörden bereits vor mehr als zwei Jahrzehnten erste Entscheidungen über Zusammenschlüsse,¹⁰ erstellten Ökonomen zahlreiche Studien zu den Märkten für Krankenhausdienstleistungen,¹¹ fanden umfangreiche Hearings zur Antitrustpolitik im Gesundheitswesen statt¹² und die Wettbewerbsbehörden legten umfangreiche Reports zur Wettbewerbspolitik im Gesundheitswesen vor.¹³ Dabei ist aber zu beachten, dass sich die Bedingungen der dortigen Märkte für Krankenhausdienstleistungen in diversen Punkten von den hiesigen Verhältnissen unterscheiden und zentrale Fragen auch in den USA noch nicht geklärt sind.

⁶ Zum Defizitproblem vgl. KUCHINKE/SCHUBERT (2005b), S. 18 ff. u. KUCHINKE/SCHUBERT (2005c), S. 19 ff.

⁷ Zu den Aufgreifkriterien der nationalen Zusammenschlusskontrolle siehe § 35 GWB (Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen).

⁸ Die Vorhaben Rhön-Klinikum AG/Landkreis Rhön-Grabfeld und Rhön-Klinikum AG/Krankenhaus Eisenhüttenstadt wurden vom BKARTa untersagt. Vgl. die in FN 1 angegebenen Quellen. Die Rhön-Klinikum AG hat gegen die erstgenannte Entscheidung das OLG Düsseldorf angerufen.

⁹ Eine Ausnahme bildet die Schrift von KUCHINKE (2004).

¹⁰ Die erste Analyse eines Zusammenschlusses von Krankenhäusern in den USA durch die Federal Trade Commission datiert aus dem Jahr 1981. Zum Überblick über die Untersagungen in den 80er und 90er Jahren vgl. GAYNOR/VOGT (2000), S. 1421 f. u. siehe die Aufstellung im Anhang 1.

¹¹ Vgl. hierzu insbesondere die Überblicksartikel von DRANOVE/SATTERHWAITE (2000) u. GAYNOR/VOGT (2000).

¹² Zum Überblick vgl. U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE/FEDERAL TRADE COMMISSION (U.S.DJ/FTC, August 1996) u. AMERICAN BAR ASSOCIATION (ABA, 2003).

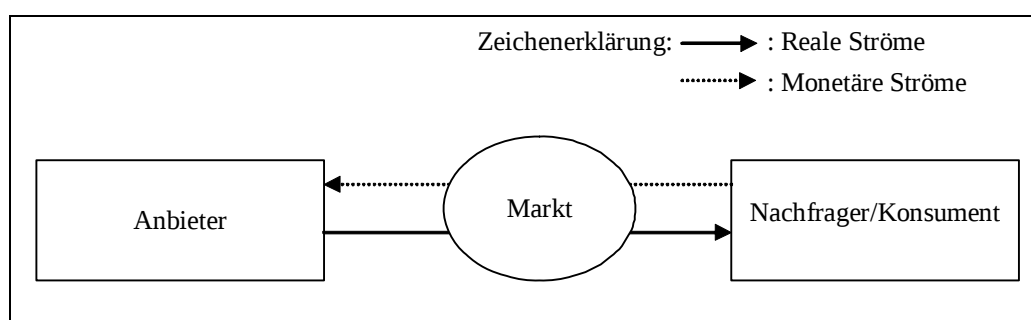
¹³ Vgl. z. B. U.S.DJ/FTC (July 2004).

Im Folgenden wird nach einer kurzen Beschreibung der Rahmenbedingung das Vorgehen zur Abgrenzung sachlicher und räumlicher Märkte in den USA dargestellt, das dort trotz langjähriger Erfahrungen umstritten ist, sowie das Vorgehen des Bundeskartellamtes in Deutschland beschrieben und problematisiert. Die Betrachtung zeigt deutlich, dass die Patientenströme zwar zentrale Daten für das Verfahren der räumlichen Abgrenzung der Märkte liefern, aber eine mechanistische Anwendung der Kennzahlen aus dem Tests der Handelsströme zu Fehltritten führen kann.

2 Der institutionelle Rahmen, die Grundbedingungen und die Merkmale der Märkte in Deutschland

Die Märkte für Krankenhausdienstleistungen unterscheiden sich grundlegend von typischen Märkten für Güter und Dienstleistungen, auf denen die Anbieter und Nachfrager nach dem in Abbildung 1 dargestellten Muster direkt in eine Tauschbeziehung treten.

Abbildung 1: Tauschbeziehung auf einfachen Güter- und Dienstleistungsmärkten



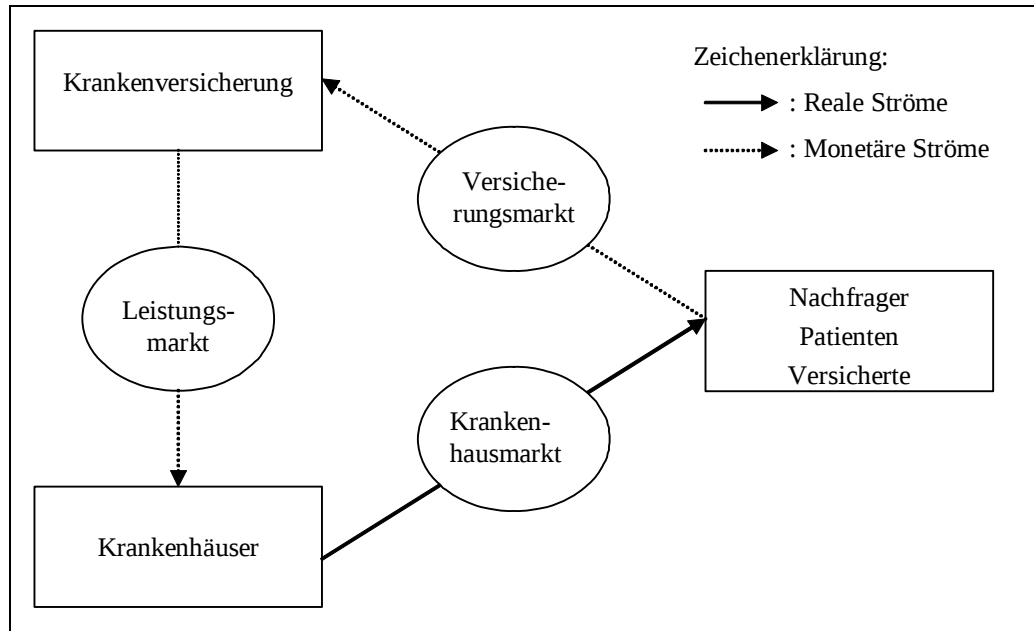
Quelle: *Eigene Darstellung.*

Wie Abbildung 1 grafisch veranschaulicht, konkurrieren auf diesen typischen Märkten die Anbieter mit den Aktionsparametern Preis und Qualität um einen Vertragsabschluß mit den Nachfragern. Die Nachfrager erwerben angebotene Güter mit dem Kaufvertrag gegen ein Entgelt direkt vom Anbieter. Im Tauschprozess fließt mit der Dienstleistung ein realer Güterstrom vom Anbieter zum Nachfrager. In umgekehrter Richtung zu den realen Diensten ergibt sich ein monetärer Strom von den Nachfragern zu dem Anbieter.

Demgegenüber sind die in Abbildung 2 dargestellten Tauschbeziehungen auf Märkten für Krankenhausdienstleistungen erheblich komplexer, da die Bevölkerung in Deutschland für

den Krankheitsfall gesetzlich oder privat versichert ist und diese bei Krankheit das Entgelt für die Krankenhausdienstleistungen tragen.¹⁴

Abbildung 2: Tauschbeziehung auf Märkten für Krankenhausdienstleistungen



Quelle: *Eigene Darstellung* in Anlehnung an ECKER/OBERENDER (2001), S. 767.

Auf dem Versicherungsmarkt schließen potenzielle Nachfrager der Dienstleistungen von Krankenhäusern einen Vertrag über eine Krankenversicherung ab. Die Versicherten verpflichten sich, regelmäßig eine vereinbarte monetäre Versicherungsprämie an die Versicherung zu leisten. Die Versicherung übernimmt als Gegenleistung für die Versicherten im Krankheitsfall die Kosten für ambulante und stationäre Behandlungen.¹⁵

Auf dem Leistungsmarkt schließen die Krankenversicherungen globale Versorgungsverträge mit den Krankenhäusern ab, damit diese bei Bedarf die stationäre Behandlung der Versicherten in Krankenhäusern gewährleisten. Auf Grund gesetzlicher Vorgaben werden

¹⁴ In Deutschland sind aktuell nahezu 100 % der Bevölkerung krankenvollversichert. Vgl. StBA (STATISTISCHES BUNDESAMT, 2006).

¹⁵ Der Anspruch auf eine allgemeine Krankenhausdienstleistung als Versicherungsleistung besteht dann, wenn die Aufnahme nach einer Entscheidung des behandelnden Arztes medizinisch notwendig ist (§ 73 (4) SGB V (Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch) und dieser eine begründete Einweisung verordnet (eingewiesener Patient), der Patient von sich aus das Krankenhaus aufsucht (Selbsteinweiser) oder der Notfalldienst den Patient in das Krankenhaus transportiert (Notfallpatient) und dieses nach Prüfung eine Aufnahme für erforderlich hält, weil das Behandlungsziel nur durch eine vollstationäre, nicht aber durch eine teilstationäre oder ambulante Behandlung erreicht werden kann.

in den Versorgungsverträgen für die diversen versicherten Dienstleistungen¹⁶ der Krankenhäuser jeweils Festpreise in Form von Fallpauschalen für die kommende Periode festgelegt.¹⁷

Auf dem Markt für Krankenhausdienstleistungen bieten Krankenhäuser den versicherten Patienten ihre realen Dienste an. Die Krankenhäuser erhalten für die erforderlichen Behandlungen der Patienten die auf dem Leistungsmarkt vereinbarten Fallpauschalen von den Versicherungen der Patienten. Für versicherte Patienten ist die Höhe der Preise bzw. der Fallpauschalen ohne direkte Bedeutung, da nicht der Patient, sondern die Versicherung den Preis bzw. die Fallpauschalen an das Krankenhaus zahlt.¹⁸ Zwar sind die Kosten für zusätzliche Wahlleistungen, die medizinisch nicht erforderlich sind und auf Wunsch des Patienten neben den medizinisch erforderlichen Leistungen erbracht werden, wie die Unterbringung in Zimmern mit gehobener Ausstattung oder die Behandlung durch den Chefarzt, von Patienten selbst oder von Versicherungen auf Grund von zusätzlichen vertraglichen Vereinbarungen zu tragen. Dennoch sind die Preise kein Aktionsparameter im Wettbewerb der Krankenhäuser um Patienten.¹⁹ Die Entscheidungen der Patienten für ein Krankenhaus werden von den im Rahmen der Marktabgrenzung näher zu diskutierenden Faktoren wie der Nähe zu den Wohnorten, der Art und Breite der angebotenen Behandlungen, den Hinweisen behandelnder Ärzte, der Qualität der angebotenen Leistungen und der Ausstattung mit medizinischen Großgeräten sowie von den Präferenzen der Nachfrager bestimmt.

Allgemeine Krankenhäuser benötigen für die kostengünstige Produktion eine mindestoptimale Kapazität mit ca. 300 Betten,²⁰ d.h. einerseits sind bei einer geringeren Kapazität höhere Stückkosten zu erwarten und andererseits ermöglicht eine noch größere Kapazität keine weitere Reduktion der Stückkosten. Im Wettbewerb um Patienten können Krankenhäuser, wenn die Preise für ihre Dienstleistungen vertraglich fixiert sind, nur die angebote-

¹⁶ Die versicherten Krankenhausbehandlungen umfassen alle Dienstleistungen, die im konkreten Fall nach Art und Schwere der jeweiligen Krankheit für die medizinische Versorgung des Patienten notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlungen, usw. (§ 39 (1) SGB V u. § 2 KHEntG).

¹⁷ Die Dienstleistungen der Krankenhäuser werden (nach Art. 2 FPG (Fallpauschalengesetz) bzw. nach § 17 b Absatz 6 KHG) seit dem 1.1.1004 generell an Hand von Fallpauschalen abgerechnet. Fallpauschalen werden auf Grundlage des Klassifikationsverfahrens der *Diagnosis Related Groups (DRG)* berechnet. Für jede definierte Dienstleistung wird die Fallpauschale nach den Durchschnittskosten der Krankenhäuser für diesen Dienst auf der Landesebene fixiert. Vgl. hierzu auch Fallpauschalenvereinbarung 2006 (FPV 2006). Zu einer grundsätzlichen Darstellung zu einer volkswirtschaftlichen Bewertung vgl. ausführlich KUCHINKE (2004).

¹⁸ Hierbei kann vernachlässigt werden, dass die Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, für längstens 28 Tage einen Betrag von 10 EUR pro Tag unabhängig von der Höhe der anfallenden Kosten aus der vollstationären Unterkunft und Behandlung selbst tragen. Vgl. § 39 (4) SGB V u. § 61 SGB V.

¹⁹ Zumindest gilt dies aktuell.

²⁰ Vgl. KUCHINKE (2004), S. 103 f. u. BKARTA (2005a), Tz. 195 u. Tz. 219.

nen Qualitäten und Mengen variieren.²¹ Der Wettbewerb um die Kapazitäten und deren optimale Auslastung wird dadurch beeinflusst, dass

- a) die Ärzte in der Einweisung in ein Krankenhaus nach § 73 Absatz 4 Satz 3 SGB V auch die beiden nächsterreichbaren für die Behandlung geeigneten Krankenhäuser anzugeben haben und die Krankenkassen den Versicherten nach § 39 Absatz 2 SGB V die Mehrkosten der Behandlung in einem anderen als den beiden nächstgelegenen Krankenhäusern auferlegt werden können,
- b) die räumlich verteilt wohnenden Patienten eine hohe Präferenz für die nächstgelegenen Anbieter haben, wodurch ein auf die Region begrenzter räumlicher Wettbewerb entsteht und dass
- c) die Patienten in der Regel eine unverzügliche Bereitstellung der Dienstleistung ohne lange Wartezeit wünschen.²²

Diese Grundbedingungen haben näher zu untersuchende Konsequenzen für die sachliche und räumliche Abgrenzung der Märkte von Krankenhausdienstleistungen.

3 Die Abgrenzung der Märkte für Krankenhausdienstleistungen

3.1 Die sachliche Abgrenzung

Für die sachliche Abgrenzung der Märkte, auf denen Krankenhäuser ihre Dienste anbieten, sind diverse Alternativen denkbar. Jedoch kommen die Literatur und die Entscheidungsträger der Wettbewerbsbehörden bisher nahezu unstrittig zu dem im Folgenden kurz abgeleiteten Ergebnis. Wählt man als Ausgangspunkt einen sehr weiten Untersuchungsbereich, so ist im ersten Schritt zu klären, ob alle von den Ärzten angebotenen medizinischen Leistungen miteinander konkurrieren oder ob die vollstationäre²³ und die ambulante Versorgung von Patienten getrennte Märkte bilden.

In den letzten Jahrzehnten fand eine gewisse Auslagerung von Dienstleistungen aus den Sortimenten der Krankenhäuser statt, da ambulante Praxen diverse Diagnosen und Behandlungen übernahmen, die früher eine vollstationäre Unterbringung in Krankenhäusern erfor-

²¹ Zu einer ersten Einschätzung des Qualitätswettbewerb vgl. z.B. KUCHINKE (2005d).

²² Orientiert sich das Krankenhaus an der maximal möglichen Nachfrage, um jederzeit alle Patienten aus dem Einzugsgebiet sofort behandeln zu können, so muss es eine erhebliche Reservekapazität vorhalten und es realisiert im Jahresdurchschnitt nur eine geringe Kapazitätsauslastung.

²³ Eine vollstationäre Dienstleistung wird üblicherweise zeichnet sich durch einen 24-stündigen Aufenthalt mit Übernachtung in einem Klinikum aus.

derden.²⁴ Ursächlich hierfür waren der medizinisch-technische Fortschritt, der neue ambulante Verfahren der Diagnose und Behandlungen ermöglichte, und der Sachverhalt, dass eine ambulante Behandlung die zusätzlichen Kosten und Beschwerden einer vollstationären Unterbringung vermeidet. Trotz des langfristigen Trends zur Verlagerung von Diensten in den ambulanten Bereich sind die Märkte, auf denen Krankenhäuser aktuell ihre Dienstleistungen anbieten, von der ambulanten Versorgung zu trennen. Dies gilt für die Märkte in den USA²⁵ und in Deutschland gleichermaßen. Denn den Krankenhäusern verbleiben zu jedem Zeitpunkt in der Regel nur die Dienstleistungen, die beim gegebenen Stand des medizinischen Wissens eine vollstationäre Unterbringung von Kranken erfordern bzw. nicht durch eine ambulante oder teilstationäre Behandlung gleichwertig ersetzbar sind.²⁶

Im zweiten Schritt ist zu prüfen, ob innerhalb des breiten Bereichs der stationären Behandlungen getrennte Märkte nach Versorgungsstufen, nach Fachabteilungen oder Fallgruppen zu unterscheiden sind.

In der Krankenhausplanung werden die Häuser manchmal nach der Anzahl der vorgehaltenen Betten sowie der Tiefe und der Breite der angebotenen Behandlungen den Versorgungsstufen Grund-, Regel-, Schwerpunkt- und Maximalversorgung zugeordnet. Diese Zuordnung ganzer Häuser zu einer dieser Stufe ist in der Realität aber schwer zu rechtfertigen. Denn die Häuser bieten typischerweise sehr viele Leistungen an, die nicht einheitlich einer bestimmten Stufe zugeordnet werden können.²⁷

Ebenfalls entspricht es nicht den beobachtbaren Wettbewerbsbeziehungen, wenn innerhalb der Krankenhäuser getrennte Märkte für die Dienste einzelner Abteilungen unterstellt werden. So entfallen auf das von allen Allgemeinen Krankenhäusern angebotene Kernsortiment, zu dem die drei Bereiche Innere Medizin, Chirurgie sowie Gynäkologie und Geburtshilfe gehören, auf Landesebene typischerweise zwei Drittel der Betten.²⁸ Durch die

²⁴ Vgl. U.S.DJ/FTC (July 2004), Ch. 4, S. 24. ("The percentage of total health care spending to outpatient care is growing, and the percentage devoted to inpatient care is declining.")

²⁵ Vgl. für die amerikanische Literatur U.S.DJ/FTC (July 2004), Ch. 4, S. 21 f. u. S. 24. ("The product market has typically been defined as a broad group of medical and surgical diagnostic and treatment services for acute medical conditions where patient must remain in a health care facility for at least 24 hours for recovery or observation." "That the core and vast majority of an acute care hospital's business is acute inpatient care" "inpatient services are complementary and bundled. Even if hospital prices are increased, patients and payers cannot separate nursing care, diagnostic tests, and room and board from other treatments provided as part of a hospital stay and outsource them." "The Agencies continue to believe that inpatient acute-care services constitute a relevant product market.")

²⁶ Vgl. BKARTA (2005a), Tz. 76 u. BKARTA (2005b), Tz. 156, Tz. 175 u. Tz. 222.

²⁷ Vgl. für die amerikanische Literatur SACHER/SILVA (1998), S. 184 u. U.S.DJ/FTC (July 2004), Ch. 3, S. 3.

²⁸ Vgl. BKARTA (2005a), Tz. 88 f. u. ROBBA/SWART/FELDER (2003), S. 47.

breite Überschneidung der Angebotssortimente konkurrieren die Häuser in den geographischen Gebieten mit ihren Dienstleistungen sowohl untereinander und als auch gegenüber spezialisierter Fachkliniken um die Patienten. Selbst die in den letzten Jahrzehnten neu entstandenen Spezialkliniken, z. B. für Operationen am Herzen, rivalisieren mit den Leistungen der Allgemeinen Krankenhäuser.²⁹ Dagegen stehen Spezialkrankenhäuser (Militär, Psychiatrie), die Leistungen außerhalb des traditionellen Sortiments der Allgemeinen Krankenhäuser anbieten, oder nachgelagerte Versorgungseinrichtungen (Rehabilitation) in der Regel nicht im direkten Wettbewerb mit diesen.³⁰ Aber bezüglich der Psychiatrie, die früher überwiegend als geschlossene Anstalten geführt wurden, besteht in Deutschland seit einigen Jahren eine Tendenz zur Integration in die Allgemeinen Krankenhäuser. Deshalb ist im betreffenden Einzelfall zu prüfen, ob die Abtrennung von deren Dienstleistungen aus dem Markt der Allgemeinen Krankenhäuser in der jeweiligen Region noch angemessen ist.

Aus Sicht der einzelnen Patienten mit einem bestimmten Behandlungsbedarf sind die gewünschten Dienste aus dem breiten Sortiment der Allgemeinen Krankenhäuser nicht gegen die Behandlung einer anderen Krankheit austauschbar. Deshalb wird in der neueren amerikanischen Literatur³¹ vereinzelt die Position vertreten, dass die mehreren Hundert Fallgruppen der Behandlung (DRG),³² wie z. B. die natürliche Geburt, jeweils getrennte Märkte bilden. Diese enge sachliche Abgrenzung für bestimmte Fallgruppen überzeugt nicht, da

- a) bei Aufnahme der Patienten die Fallgruppe teilweise noch nicht genau feststeht,
- b) von den Patienten häufig zugleich mehrere Behandlungen nachgefragt werden,
- c) die Krankenhäuser über eine erhebliche kurzfristige Flexibilität im Angebot von Behandlungen aus dem vorhandenen breiten Sortiment verfügen und dieselbe Behandlung in den konkurrierenden Krankenhäusern von unterschiedlichen Abteilungen angeboten werden kann.

Insgesamt ist den amerikanischen³³ und deutschen³⁴ Kartellbehörden zu folgen, die den Produktmarkt, auf dem Allgemeine Krankenhäuser tätig sind, sachlich als Markt für ein

²⁹ Vgl. U.S.DJ/FTC (July 2004), Ch. 4, S. 23.

³⁰ Für die USA vgl. SACHER/SILVA (1998), S. 187 f.

³¹ Vgl. U.S.DJ/FTC (July 2004), Ch. 4, S. 23 f.

³² In Deutschland wurden für das Jahr 2005 unter den Dienstleistungen der Krankenhäuser insgesamt 878 DRGs innerhalb von 456 Basis-DRGs unterschieden. Zum neuen Katalog vgl. INEK (INSTITUT FÜR DAS ENTGELTSYSTEM IM KRANKENHAUS, auch *DRG-Institut* genannt, 2006).

³³ Vgl. U.S.DJ/FTC (July 2004), Ch. 4, S. 21. "The product market has typically been defined as a broad group of medical and surgical diagnostic and treatment services for acute medical conditions where the

breites Sortiment ärztlicher Diagnosen und Behandlungen sowie pflegerischer Dienstleistungen abgrenzen, das eine vollstationäre Unterbringung von täglich 24 Stunden erfordert.

3.2 Die Differenzierungen im Angebot und die heterogenen Präferenzen der Patienten

Die Sortimente der Allgemeinen Krankenhäuser sind nicht homogen, sondern die Häuser bieten den Patienten heterogene Dienstleistungen an.³⁵ Ihre Angebote können sich sachlich

- a) nach der Art der Qualität,
- b) im Niveau der Qualität des Bündels der medizinischen und pflegerischen Dienste,
- c) in den Preisen der Dienste sowie
- d) in ihrer Lage und Entfernung zu den räumlich verteilten Wohnorten der Patienten unterscheiden.

Die Patienten fragen je nach Beschwerden und Krankheit unterschiedliche Dienste aus den Sortimenten der Krankenhäuser nach. Zudem haben Patienten mit demselben Behandlungsbedarf bezüglich der näher zu erläuternden heterogenen Angebote der Krankenhäuser überwiegend unterschiedliche Präferenzen:

- a) Krankenhäuser bieten ihre stationären Dienste an ihrem jeweiligen Standort an. Die Standorte der verschiedenen Häuser unterscheiden sich in ihrer Lage und Entfernung zu den räumlich verteilten Wohnorten der Patienten. Patienten zie-

patient must remain in a health care facility for at least 24 hours for recovery or observation.” Zur Übersicht über die Entscheidungen in den USA zur sachlichen Marktabgrenzung von stationären Krankenhausedienstleistungen („acute care inpatient services“) vgl. SACHER/SILVA (1998), S. 186.

³⁴ Vgl. BKARTA (2005a) Tz. 85-88 u. BKARTA (2005b), Tz. 65.

³⁵ Vgl. U.S.DJ/FTC (July 2004), Ch. 4, S. 7. “Hospitals generally provide heterogenous or differentiated goods and services...” u. die ebenda sowie auf den Folgeseiten zitierten Quellen, z. B. S. 8, FN 38 u. S. 9, FN 43 (“Highly differentiated by location and other dimensions.“).

hen bei gleicher Art und gleichem Niveau der Häuser aus diversen Gründen³⁶ generell das Krankenhaus mit der geringsten räumlichen und zeitlichen Entfernung zu ihrem Wohnort vor.³⁷ Die räumlichen Einzugsbereiche von Krankenhäusern gleicher Art mit gleichem Qualitätsniveau, die aber unterschiedliche Standorte im Raum haben, werden sich kaum überschneiden.

- b) Die Art der Qualität umfasst Aspekte wie die Größe, Konfession und Eigentümerstruktur des Hauses sowie die Vielfalt, Spannweite und Ausdifferenzierung der Dienste, Methoden der Operationstechnik, Formen der Medizin (traditionell, alternativ, chinesisch, usw.) und die Erreichbarkeit mit öffentlichen oder privaten Verkehrsmitteln. Zwischen den Krankenhäusern differiert die Art der angebotenen Dienstleistungen in unterschiedlichem Umfang.

Die Präferenzen von Patienten mit demselben Behandlungsbedarf sind nicht einheitlich, sondern heterogen. Die Patienten haben bei einer gegebenen Krankheit bezüglich der Ausprägung der Qualitätsart der medizinischen und pflegerischen Dienste individuell unterschiedliche Präferenzen. Dies hat zur Folge, dass sich die Patienten unter sonst gleichen Bedingungen - also Patienten von demselben Wohnort mit demselben Behandlungsbedarf - bei der Wahl zwischen zwei Krankenhäusern in derselben räumlichen Entfernung mit Angeboten im gleichen Qualitätsniveau aber unterschiedlicher Art wegen der heterogenen Präferenzen für die beiden angebotenen Qualitätsarten (z. B. konfessionsloses und konfessionelles Haus) nicht einheitlich entscheiden. Manche Patienten werden zudem zu einem weiter entfernt liegenden Krankenhaus reisen, weil sie die dort angebotene Qualitätsart dem Angebot des Hauses in der Nähe vorziehen. So kommt es infolge der Differenzierungen in Angebot und Nachfrage zu räumlichen Überschneidungen in den Einzugsgebieten der Krankenhäuser.³⁸

³⁶ Je geringer die Entfernung vom Wohnort zum Krankenhaus, desto kürzer sind in der Regel die Wege bei der An- und Abreise, desto leichter und schneller können die Familienangehörigen und Freunde den Patienten besuchen und desto vertrauter das Umfeld.

³⁷ Die räumliche Distanz ist das wichtigste Kriterium bei der Entscheidung der Patienten für ein Krankenhaus. Vgl. ZWANZIGER (2003), slide 10. "Bur empirical analyses show travel distance/time as most important determinant of hospital choice." U.S.DJ/FTC (July 2004), Ch. 3, S. 8, FN 41 u. vgl. CAPS ET AL. (2002), S. 690. "Many studies show that hospital patients have a distaste for travel." BKARTA (2005d), Tz. 49. "Der weit überwiegende Teil der Patienten wählt im Grundsatz Krankenhäuser in enger räumlicher Nähe zu seinem Wohnsitz oder die Krankenhäuser der am nächsten gelegenen Großstadt aus."

³⁸ Vgl. KALLFASS (2006), Fall 4, S. 13 f.

- c) Das Qualitätsniveau umfasst drei Aspekte.³⁹ Erstens die Strukturqualität, in der die Höhe der Ausbildung, der Umfang der Ausbildung und die Schulung des Personals sowie die Ausstattung und das Alter der technischen Geräte gemessen wird. Zweitens wird mit der Prozessqualität die Qualität der Behandlungsprozesse von der Zuverlässigkeit der Diagnosen, der Einhaltung medizinischer Standards, Empfehlungen und Leitlinien bis zum Grad der Optimierung der Abläufe erfasst. Drittens wird die Qualität der Ergebnisse durch Indikatoren wie die Anzahl der Operationen pro Jahr, der Anteil der Fehldiagnosen, die Anzahl der Komplikationen und die Todesfälle je tausend Behandlungen sowie die Zuverlässigkeit und Pünktlichkeit gemessen.⁴⁰ Die Patienten ziehen unter sonst gleichen Umständen generell eine hohe Qualität einer erwarteten niedrigeren Qualität vor. So können erwartete Qualitätsdefizite eines in der Nähe ihres Wohnortes gelegenen Krankenhauses die Patienten dazu bewegen, ein weiter entfernt liegendes Haus aufzusuchen. Infolgedessen weitet sich räumlicher Einzugsbereich zu Lasten des Hauses mit geringerer Qualität aus.⁴¹

Ist der zweite Anbieter, der dieselbe Dienstleistung der gleichen Art mit einem höheren Qualitätsniveau anbietet, aber räumlich weiter entfernt als der erste Anbieter, dann entscheiden sich nur Patienten mit geringen Raumüberwindungskosten oder ausgeprägter Bevorzugung hoher Qualität für das entfernte Krankenhaus mit höherem Qualitätsniveau. Sind nicht alle Patienten in gleicher Weise bereit zur höheren Qualität zu reisen, dann kommt es zur Überschneidung in den räumlichen Absatzgebieten der beiden Häuser mit unterschiedlichem Qualitätsniveau.⁴²

- d) Die Preise, zu denen Krankenhäuser die nach Art und Niveau der Qualität gleichen ärztlichen und pflegerischen Dienste sowie die Unterbringung und Verpflegung anbieten, können sich unterscheiden. Für die Patienten sind Preisunterschiede in Deutschland gegenwärtig kein Kriterium bei der Wahl des Krankenhauses, da die Versicherungen der Patienten die gesamten Kosten aus den Dienstleistungen der Krankenhäuser übernehmen bzw. die Patienten mit einer gesetzlichen Versicherung einen einheitlichen Pauschbetrag je Tag der Unter-

³⁹ Vgl. hierzu erstmalig DONABEDIAN (1966) u. weiter DONABEDIAN (1980), Kapitel 3.

⁴⁰ Vgl. hierzu SAUERLAND (2002), S. 269-285.

⁴¹ Vgl. KALLFASS (2006), Fall 2a, S. 9.

⁴² Vgl. KALLFASS (2006), Fall 2b, S. 11.

bringung zahlen. Das Verfahren zur räumlichen Abgrenzung der Märkte kann sich deshalb nicht auf Preisreaktionen der Nachfrager stützen.

3.3 Die räumliche Abgrenzung der Märkte in der Entscheidungspraxis

3.3.1 Einführende Erläuterungen

Vor dem Hintergrund der mehrdimensional sachlichen und der räumlich differenzierten Angebote der Krankenhäuser einerseits und den heterogenen Präferenzen der Patienten andererseits sind bei geplanten Zusammenschlüssen die räumlichen Märkte abzugrenzen. Nach den üblichen Definitionen der Kartellbehörden umfasst ein räumlicher Markt das Gebiet, in dem Krankenhäuser ihre sachlich abgegrenzten Dienstleistungen anbieten, in dem die Wettbewerbsbedingungen hinreichend homogen sind und das sich von benachbarten Gebieten spürbar unterscheidet.⁴³ Im Folgenden werden die Verfahren näher betrachtet, mit denen die Kartellbehörden in der Praxis räumliche Märkte für Krankenhausdienstleistungen abgrenzen, die auf differenzierten Angeboten von Krankenhäusern beruhen, denen heterogene Präferenzen der Patienten gegenüber stehen.

3.3.2 Die angewendeten Verfahren und Methoden in den USA

3.3.2.1 Der Test der Patientenströme

In den USA ist der Monopolistentest⁴⁴ das normale Verfahren zur der Marktabgrenzung. Jedoch wenden die Antitrustbehörden diesen Test bei der Beurteilung der Zusammenschlüsse von Krankenhäusern wegen der fehlenden bzw. der geringen Preissensibilität der versicherten Patienten nicht an. Stattdessen wird in den Entscheidungen über geplante Zusammenschlüsse versucht die räumlichen Märkte mit Hilfe des Tests der Handelsströme

⁴³ Zur Definition räumlicher Märkte in der europäischen Entscheidungspraxis vgl. Art. 9 (7) Verordnung (EG) Nr. 139/2004 vom 20.01.2004 über die Kontrolle von Unternehmenszusammenschlüssen (FKV), ABl. L 24/1 vom 29.01.2004, S. 1-22 und Formblatt CO, ABl. L 133 vom 30.04.2004, S. 15 f. u. die Bekanntmachung über die Definition des relevanten Marktes, ABl. C 372 vom 09.12.1997, S. 5.

⁴⁴ In dem Monopolistentest ist ein sachlich und räumlich spezifizierter Güterraum zu identifizieren, in dem ein hypothetischer Monopolist über einen signifikanten nicht vorübergehenden profitablen Preiserhöhungsspielraum verfügt. Siehe § 1.0., U.S.DJ/FTC (1992, 1997). „A market is defined as a product or group of products and a geographic area in which it is produced or sold such that a hypothetical profit-maximizing firm, not subject to price regulation, that was the only present and future producer or seller of those products in that area likely would impose at least a “a small but significant and non-transitory” increase in price, assuming the terms of sale of all other products are held constant.”

nach ELZINGA/HOGARTY⁴⁵ abzugrenzen.⁴⁶ Ansatzpunkt für den Test der Handelsströme ist die Vorstellung, dass ein Markt für ein sachlich abgegrenztes Gut erstens durch eine bestimmte Gruppe von Nachfragern, zweitens durch eine bestimmte Gruppe von Anbietern und drittens durch das abzugrenzende Gebiet gekennzeichnet ist, auf dem sich der Austausch zwischen den Nachfragern und Anbietern vollzieht. Der Tausch des Gutes zwischen Anbieter und Nachfrager in dem Gebiet ist empirisch an Hand eines Indikators zu erfassen, für den Daten in der Realität zu ermitteln sind.

Für die sachlich abgegrenzte Dienstleistung „(voll)stationäre Behandlung von Patienten in Krankenhäusern“ ziehen die Antitrustbehörden in den USA als Indikator für den Handel statt der üblichen Güterströme die Wanderungsbewegungen der Patienten aus den Einzugsgebieten der Krankenhäuser heran.⁴⁷ Die Reise eines Patienten aus dem Einzugsgebiet des betrachteten Krankenhauses zur Behandlung in ein weiter entfernt liegendes Krankenhaus wird als Import der Dienstleistung und die Behandlung eines Patienten aus einem anderen Gebiet durch das betrachtete Krankenhaus als Dienstleistungsexport betrachtet. So wird der Test der Handelsströme nach ELZINGA/HOGARTY im Fall der Märkte für Krankenhausdienstleistungen zu einem Test der Patientenströme umgeformt. Im Test werden zwei Kennzahlen erhoben:

I. Unter LIFO (little in from outside) wird die Relation zwischen der Nachfrage der Einwohner des betreffenden Raumes bei lokalen Krankenhäusern zur Gesamtnachfrage ermittelt. Den Ausgangspunkt bildet hierbei die Nachfrage der Konsumenten eines festgelegten Gebietes (i) (z. B. festgelegter Postleitzahlbezirke). Diesem ausgewählten Gebiet werden alle Personen zugeordnet, die dort mit ihrem Hauptwohnsitz gemeldet sind. Für den Personenkreis aus dem Gebiet (i) wird für eine Periode (z. B. für das Jahr 2005)

- (1) die gesamte Nachfrage nach Krankenhausdienstleistungen (unabhängig vom Sitz der Krankenhäuser) erfasst. Dazu wird für die Einwohner aus dem Gebiet (i) in der Periode die Anzahl der Aufnahmen in allen Krankenhäusern insgesamt ermittelt. Dies bildet die Gesamtnachfrage des Gebietes.

⁴⁵ ELZINGA/HOGARTY (1973), S. 45-81 u. ELZINGA/HOGARTY (1978), S. 1-18. Zum Überblick vgl. KALLFASS (1997), S. 111-129.

⁴⁶ Zum Überblick vgl. U.S.DJ/FTC (July 2004), Ch. 4, S. 5-9 u. zur detaillierten Darstellung siehe die im Anhang aufgeführten Entscheidungen in den Fällen *Freeman*, *United States v. Mercy Health Services*, 902 F. Supp 968 (N.D. Iowa 1995), vacated as moot, 107 F. 3d 632 (8th Cir. 1997) *Tenet* und *California*.

⁴⁷ Für alternativ verwendbare Indikatoren (Umsätze, behandelte Fälle (DRG), Aufenthaltstage) ist die Datenlage in der Regel unzulänglich.

- (2) die Nachfrage nach Krankenhausdienstleistungen in demselben Gebiet (i) erfasst. Dazu wird für die Einwohner aus dem Gebiet (i) die Anzahl der Aufnahmen in den örtlichen Krankenhäusern des Gebietes i in der Periode (z. B. im Jahr 2005) ermittelt. Die Anzahl der Aufnahmen in den örtlichen Krankenhäusern berücksichtigt aber nur einen Teil der Nachfrage des Gebietes (i), da die Aufnahmen in Krankenhäusern außerhalb des Gebietes in dieser Kennzahl nicht enthalten sind.

Der Wert für LIFO ergibt sich aus der Relation der Nachfrage der Einwohner des Raumes bei lokalen Krankenhäusern (2) zur Gesamtnachfrage der Einwohner des Raumes (1):

$$LIFO = 1 - \frac{\text{Aufnahmen von Patienten aus Gebiet i in Krankenhäuser im Gebiet i (2)}}{\text{Aufnahmen von Patienten aus Gebiet i in Krankenhäuser aller Gebiete (1)}}$$

Liegt die Relation des Wertes für (2) durch (1) in der Nähe von 1, so befriedigen die Einwohner ihren Behandlungsbedarf weitgehend bei den örtlichen Krankenhäusern und es kommt nur zu wenigen Aufnahmen in Krankenhäuser außerhalb des Raumes („little in from outside“), d.h. nur wenige Krankenhausdienstleistungen werden in den Raum importiert. Dann liegt nach dem Ansatz ein erster Indikator für die Existenz eines räumlich relevanten Marktes vor. Als enger (strong) Grenzwert für eine geringe Importquote und einen räumlich relevanten Markt wird der Anteil von maximal 10 v. H. verwendet.⁴⁸ Treten höhere Werte auf, so wird dies als Beleg für einen größeren räumlichen Markt gewertet und das Gebiet ist nach dem Ansatz so lange zu erweitern bis der Grenzwert erreicht wird. Für ein Gebiet, das den LIFO-Test erfüllt, wird dann ein LOFI-Test durchgeführt.

II. Unter LOFI (little out from inside) wird die Relation zwischen der Produktion der Krankenhäuser des Gebietes (i) für Patienten aus diesem Raum (1) zur Gesamtproduktion der Krankenhäuser für Patienten aus allen Gebieten (2) ermittelt. Ausgangspunkt für die LOFI-Untersuchung bildet die Produktion aller Krankenhäuser, die im festgelegten Gebiet (i) (z. B. Postleitzahlbezirk) ihren Sitz haben. Für diese Krankenhäuser wird für die Periode (z. B. Jahr 2004)

- (1) die Produktion für Personen erfasst, die im demselben Gebiet (i) ihren Wohnsitz haben. Z. B. wird für die Krankenhäuser im Gebiet (i) ermittelt,

⁴⁸ Vgl. ELZINGA/HOGARTY (1978), S. 2. Die Autoren nennen einen zweiten Grenzwert von 25 v. H. Mit diesem sind schwache Märkte abzugrenzen. Dieser weiche (weak) Wert könne aber bei untersuchten Gütern in der Realität zu überschneidenden Marktgebieten und damit zu nicht eindeutigen Ergebnissen führen.

wie viele Patienten mit einem Wohnsitz im Gebiet i aufgenommen wurden. Damit wird nur der Teil der erstellten Dienstleistungen der Krankenhäuser berücksichtigt, den Einwohner des Gebietes (i) erhalten, d.h. die Ziffer vernachlässigt Behandlungen an Patienten von außerhalb des Gebietes.

- (2) die gesamte realisierte Produktion an Krankenhausdienstleistungen (unabhängig vom Wohnort der Patienten) erfasst. Für die Krankenhäuser im Gebiet (i) wird die Anzahl der Aufnahmen von Personen aus diesem Gebiet und aus anderen Gebieten insgesamt ermittelt. Die Gesamtzahl der Aufnahmen bildet die Gesamtproduktion der Krankenhäuser des Gebietes (i).

Der Wert für LOFI ergibt sich aus der Relation des Angebotes der Krankenhäuser des Gebietes (i) für Patienten aus diesem Raum (1) zum Gesamtangebot der Krankenhäuser für Patienten aus allen Gebieten (2):

$$LOFI = 1 - \frac{\text{Aufnahmen der Krankenhäuser im Gebiet i von Patienten aus Gebiet i (1)}}{\text{Aufnahmen der Krankenhäuser im Gebiet i von Patienten aus allen Gebieten (2)}}$$

Liegt die Relation des Wertes für (1) durch (2) in der Nähe von 1, so befriedigen die Krankenhäuser nahezu ausschließlich den Behandlungsbedarf der örtlichen Einwohner und es kommt nur zu wenigen Behandlungen von Patienten außerhalb des Raumes („little out from inside“), d.h. der Export von Krankenhausdienstleistungen ist gering. Als Grenzwert für die Existenz eines räumlich abgegrenzten relevanten Marktes gilt eine Exportquote von maximal 10 v. H.⁴⁹ Die geringe Exportquote ist in dem Ansatz der zweite Indikator für die Existenz eines räumlich relevanten Marktes. Liegen im betrachteten Gebiet die LIFO- und im LOFI-Test ermittelten Werte jeweils unter den festgelegten Grenzwerten von maximal 10 v. H., dann wird dieses Gebiet auf Grund der geringen Patientenströme aus dem Gebiete heraus und in dieses hinein als ein räumlich relevanter Markt eingestuft. Wenn in das Einzugsgebiet von zwei Krankenhäusern, die sich zusammenschließen wollen, nur wenige Patienten von außen einreisen und zudem aus dem Gebiet nur wenige Patienten ausreisen, dann wird dies als Bestätigung für die Existenz eines räumlich relevanten Marktes angesehen.⁵⁰

⁴⁹ Vgl. ELZINGA/HOGARTY (1978), S. 2.

⁵⁰ Vgl. U.S.DJ/FTC (July 2004), Ch. 4, S. 7 f.

3.3.2.2 Die Kritik an der us-amerikanischen Praxis

Die Kartellbehörden und Gerichte in den USA verwenden den LIFO- und den LOFI-Test auf der Basis der Patientenströme, um bei geplanten Zusammenschlüssen von Krankenhäusern die räumlichen Märkte abzugrenzen. Wenn in den Verfahren nach den Aussagen der Unternehmen, die den Zusammenschluss beantragen, beispielsweise ein Anteil von mehr als 10 v. H. der Patienten aus dem Einzugsgebiet der Antragsteller zu weiter entfernt liegenden Krankenhäusern ausreist, dann rechnen die Gerichte das Krankenhaus dem räumlichen Markt der Antragsteller zu, der sich dadurch auf einen Durchmesser von 70 bis 100 Meilen ausdehnen kann.⁵¹ Die Gerichte sehen den nicht unbedeutenden Anteil von Patienten, der bereits vor Zusammenschluss aus dem Gebiet ausreist, als Indikator für einen großen räumlichen Markt und für eine generell hohe Mobilität aller Patienten an, die die Marktstellung der Antragsteller nachhaltig begrenzt. Die Antragsteller würden deshalb nach dem Zusammenschluss ihre Preise nicht profitabel erhöhen können.⁵² Infolge der sehr weiten Abgrenzung der Märkte durch die Berufsgerichte verloren die *Federal Trade Commission* und das *Department of Justice* in den Jahren von 1994 bis 2000, in denen ca. 900 Zusammenschlüsse von Krankenhäusern vollzogen wurden, alle sieben Fälle, in denen die Antragsteller gegen Untersagung vor Gericht prozessierten.⁵³

Die Urteile der Gerichte in den USA zur weiten räumlichen Abgrenzung der Märkte bei geplanten Zusammenschlüssen von Krankenhäusern auf der Grundlage der LIFO- und LOFI-Tests werden von Wissenschaftlern aus verschiedenen Gründen nachdrücklich kritisiert.⁵⁴ Der Test der Handelsströme wurde von ELZINGA/HOGARTY formuliert, um räumliche Märkte für weitgehend standardisierte Güter wie Bier⁵⁵ oder Steinkohle⁵⁶ abzugrenzen. Bei diesen Märkten werden auftretende Unterschiede zwischen den lokalen Angebots- und Nachfragebedingungen durch Arbitrage der Händler ausgeglichen, so dass sich räumliche Märkte mit einheitlichen Marktbedingungen und Preisen ergeben. Bei Krankenhausdienstleistungen handelt es sich aber nicht um weitgehend homogene Güter, sondern es werden unterschiedliche Sortimente differenzierter Dienstleistungen angeboten, denen heterogene

⁵¹ Vgl. GEANEY (2002), S. 186 u. U.S.DJ/FTC (July 2004), Ch. 4, S. 2 u. S. 6.

⁵² Vgl. CAPPS ET AL. (2002), S. 670.

⁵³ Zur Auflistung der sieben Fälle siehe Anhang 1.

⁵⁴ Zum Überblick vgl. U.S.DJ/FTC (July 2004), Ch. 4, S. 5-14.

⁵⁵ Vgl. ELZINGA/HOGARTY (1973), S. 52-56 u. 76-80.

⁵⁶ Vgl. ELZINGA/HOGARTY (1978).

Präferenzen der Patienten gegenüber stehen,⁵⁷ für die der Test nicht entwickelt wurde.⁵⁸ Im Unterschied zu den Gütermärkten sind auf dem Markt für Krankenhausdienstleistungen keine Händler zwischen den Standorten von Produktion und Nachfrage tätig, sondern jeder einzelne Patient muss zur Behandlung zu einem Krankenhaus reisen. Dabei haben die Patienten generell eine sehr hohe Präferenz für eine Behandlung in größter räumlicher Nähe⁵⁹ zum Wohnort.⁶⁰ Die individuelle Entscheidung des einzelnen Patienten darüber, ob er eine zusätzliche Entfernung zu einem weiter entfernt liegenden Krankenhaus auf sich nimmt, ist von vielen Faktoren abhängig, die den Patienten⁶¹ und die alternativen Sortimente der Krankenhäuser betreffen. Insbesondere die folgenden vier Sachverhalte können eine hohe Nachfrage der Dienste von Krankenhäusern außerhalb eines geografischen Gebietes verursachen.

Erstens kann ein Teil der Patienten das Qualitätsniveau des Angebotes der lokalen Krankenhäuser niedriger einschätzen als die Angebote weiter entfernter Häuser und deshalb bereit sein, zu einem Krankenhaus mit einem qualitativ höher eingeschätztem Angebot zu reisen.⁶² Die Höhe der Kosten, die Patienten für die zusätzliche Reise auf sich nehmen, kann als ein Indikator für den Umfang vermuteter Qualitätsdefizite der lokalen Angebote angesehen werden. Der andere Teil der Patienten, der beim lokalen Angebot bleibt, teilt entweder die Einschätzungen der Qualitäten nicht oder hat höhere Kosten der Raumüberwindung.

Zweitens kann ein Teil der Patienten dem lokalen Angebot auf Grund persönlicher Präferenzen die Art der Qualität von entfernt liegenden Krankenhäusern vorziehen. Dieser Teil der Patienten, der von einem heterogenen Güterangebot ausgeht, wandert aus dem Einzugsbereich des lokalen Hauses ab. Der andere Teil der Patienten, der das lokale Angebot

⁵⁷ Vgl. GEANEY (2002), S. 186 u. U.S.DJ/FTC (July 2004), Ch. 4, S. 7 f. u. S. 21.

⁵⁸ Vgl. ZWANZIGER (2003).

⁵⁹ Als Indikatoren der Nähe werden in empirischen Studien die topografische Distanz und die Fahrzeit verwendet. Zwischen beiden Variablen besteht aber eine hohe Korrelation. Vgl. CRIVELLI (1998), S. 129 f.

⁶⁰ Vgl. CAPPS ET AL. (2002), S. 690, „Many studies show that hospital patients have a distaste for travel...“ Zu empirischen Studien siehe ebenda, S. 690, FN 49 u. CAPPS ET AL. (2003), S. 5. „Indeed, ex ante, 100 % of patients place a high value on having access to a local hospital.“

⁶¹ Nach einer Studie von CRIVELLI (1998), S. 158, nimmt in der Schweiz die Wahrscheinlichkeit einer Reise zu einem entfernten Krankenhaus ab Geburt bis zum 30. Lebensjahr zu und sinkt dann wieder, so dass 60jährige Patienten dieselbe geringe Mobilität wie Neugeborene aufweisen. Nach ROBRA/SWART/FELDER (2003), S. 48, sind darüber hinaus Angehörige unterschiedlicher sozialer Schichten und Altersgruppen nicht im gleichen Maße räumlich mobil.

⁶² Vgl. KESSLER (2004), S. 21 („First, hospitals with patient populations who travel farther to obtain care have statistically significant better outcomes, holding other factors constant.“) u. ZWANZIGER (2003). Nach Crivelli (1998) entscheiden sich Patienten primär gegen das lokale Krankenhaus, dessen Qualität sie kritisieren.

wählt, zieht die lokal angebotene Art der Qualität vor oder verzichtet wegen der Reisekosten, die aus individueller Sicht als hoch betrachtet werden, auf eine Abwanderung zu einem entfernten Angebot der anderen Art. Deshalb kann aus dem Verhalten der mobilen Minderheit nicht auf das Verhalten der immobilen Mehrheit im Fall des Missbrauchs einer marktbeherrschenden Stellung geschlossen werden.⁶³

Drittens kann die Struktur der Verkehrsbeziehungen dazu führen, dass nicht alle Einwohner eines Bezirks das räumlich nächstgelegene Krankenhaus zu ihrem Wohngebiet aufsuchen, sondern eine räumlich entfernte, aber verkehrsgünstig gelegene Alternative außerhalb des Bezirks.

Viertens können diverse soziale Beziehungen, wie die Berufstätigkeit außerhalb des Wohnortes am Standort eines anderen Krankenhauses, die Entscheidung der Patienten für ein Krankenhaus außerhalb seines Wohnortes beeinflussen.

Auf der anderen Seite gibt es diverse Sachverhalte, die auf eine besonders geringe Abwanderung von Patienten hinwirken. Beispielsweise können Verträge der Krankenversicherung die Abwanderung von Patienten zu entfernten Krankenhäusern einschränken oder auch bestehende Distributionsbeziehungen beeinflussen die Einzugsgebiete von Krankenhäusern. So sind die Empfehlungen der Ärzte, von denen Patienten vor oder nach dem Krankenhausaufenthalt ambulant behandelt werden, zum geplanten Aufenthalt in einem Krankenhaus von den Beziehungen der Ärzte zu den Krankenhäusern abhängig. Besonders ausgeprägt ist dies bei praktizierenden Ärzten, die durch Belegbetten mit einem bestimmten Krankenhaus organisatorisch verbunden sind. Ärzte mit Belegbetten können ihren Patienten die Behandlung in dem Krankenhaus nahe legen, in dem sich ihre Belegbetten befinden. Dieser Teil der Patienten ist besonders immobil und verursacht eine besonders niedrige Nachfrage nach Diensten von Krankenhäusern außerhalb des geografischen Gebietes.

Ein zusätzliches Problem bei der Analyse der Patientenströme entsteht dadurch, dass die Daten zu den Patientenströmen auf den Postleitzahlen der Wohnorte der Patienten beruhen. Die Bezirke mit einheitlicher Postleitzahl wurden nach administrativen Kriterien der Post gebildet und nicht nach räumlichen Kriterien in Bezug auf die Krankenhäuser. Die Bezirke haben teilweise sehr unterschiedliche räumliche Ausdehnungen und fassen unterschiedliche Einwohnerzahlen zusammen. Der Ansatz führt bei Krankenhäusern, denen eine gerin-

⁶³ Manche Autoren sprechen deshalb von der „silent majority fallacy“. Vgl. U.S.DJ/FTC (July 2004), Ch. 4, S. 9.

ge Anzahl von Patienten aus Postleitzahlbezirken mit wenigen Einwohnern zuwandert, zu sehr großen räumlichen Märkten, weil in den ländlichen Gebieten mit geringer Bevölkerungsdichte leicht die kritische Schwelle der Abwanderung überschritten wird.⁶⁴

Wegen der angeführten Gründe wird das Verhalten der abwandernden Minderheit an den Patienten nicht als Indikator für die zukünftige Mobilität der Mehrheit der Patienten des Gebietes angesehen. D. h. aus der beobachteten Mobilität einer Minderheit an Patienten, die vor dem Zusammenschluss zur Behandlung in Krankenhäusern anderer Gebiete reiste, kann nicht geschlossen werden, dass die große Mehrheit an Patienten, die in der Vergangenheit die lokalen Krankenhäuser aufsuchte, nach dem Zusammenschluss durch eine hohe Mobilität die Marktposition der lokalen Anbieter begrenzt.⁶⁵

Insgesamt wird eine mechanische Abgrenzung räumlicher Märkte mit Hilfe der Kennzahlen aus den LIFO- und LOFI-Tests wegen der angeführten Kritikpunkte abgelehnt. Denn die isolierte Anwendung der Kennzahlen kann leicht dazu führen, dass die räumlichen Märkte fälschlich zu weit abgegrenzt werden, als auch in Einzelfällen eine zu enge Abgrenzung verursachen. Andererseits liefern aber die Daten zu den Patientenströmen aus den Einzugsgebieten der Krankenhäuser, die einen Zusammenschluss beantragen, heraus und die Daten über Patienten, die aus anderen Gebieten zu den Antragstellern anreisen, im Rahmen einer Gesamtschau der Austauschbeziehungen wichtige Hinweise auf die Reichweite des jeweiligen räumlichen Marktes.

3.3.3 Die angewendeten Verfahren und Methoden des Bundeskartellamt

3.3.3.1 Die Analyse der Patientenströme in der angebotsorientierten Einzugsstatistik und in der nachfrageorientierten Anteilsbetrachtung

Im Rahmen der Kontrolle beantragter Zusammenschlüsse von Krankenhäusern hat das Bundeskartellamt zu prüfen, ob durch das geplante Vorhaben für die sachlich abgegrenzte Dienstleistung der stationären Behandlung von Patienten in Krankenhäusern in einem räumlichen Markt eine marktbeherrschende Stellung entsteht oder verstärkt wird.⁶⁶ In den vorliegenden Entscheidungen zu beantragten Zusammenschlüssen⁶⁷ untersucht das Bundeskartellamt die Patientenströme, um die räumlichen Märkte abzugrenzen. Das Amt er-

⁶⁴ Vgl. U.S.DJ/FTC (July 2004), Ch. 4, S. 10 u. S. 12 mit weiterführenden Hinweisen.

⁶⁵ Zum Überblick vgl. U.S.DJ/FTC (July 2004), Ch. 4, S. 5-14.

⁶⁶ Vgl. § 36 I GWB.

⁶⁷ Vgl. BKARTA (2005a, b, c, d).

mittelt erstens in angebotsorientierten Betrachtungen die räumlichen Einzugsgebiete der Krankenhäuser und zweitens in nachfrageorientierter Sicht die Anteile der einzelnen Krankenhäuser am Patientenaufkommen der verschiedenen Gebiete.

Ausgangspunkt der räumlichen Analyse bilden die Krankenhäuser der Antragsteller, bei denen eine marktbeherrschende Stellung vorliegen kann. Diese Krankenhäuser und alle anderen Krankenhäuser in einem weiten Umkreis um diese werden jeweils danach befragt, aus welchen Wohnorten im vergangenen Jahr die aufgenommenen Patienten⁶⁸ stammen. Das Bundeskartellamt ermittelte im Fall Rhön-Grabfeld in einem Rechteck von ca. 100 bis 120 km um Bad Neustadt/Saale bei insgesamt 131 Kliniken,⁶⁹ im Fall Klinikum Nürnberg bei 103 Krankenhäusern auf einer Fläche von ca. 20.000 km² rund um Nürnberg⁷⁰ und im Fall Eisenhüttenstadt bei 24 Krankenhäusern in einem Halbkreis mit einem Radius von 70 km im Westen von Frankfurt/Oder⁷¹ jeweils die Herkunft aller im Laufe eines Jahres aufgenommenen Patienten.

Die Einzugsstatistik, die das Bundeskartellamt auf der Basis der Patientenströme erstellt, geht vom einzelnen Anbieter, dem Krankenhaus, aus und stellt für diesen die relative Verteilung der räumlichen Herkunft aller Patienten nach den Postleitzahlen der Patientenwohnorte dar. Für das betrachtete Krankenhaus wird ausgewiesen, welche Anteile an den aufgenommenen Patienten jeweils aus den unterschiedenen Gebieten stammen. Beispielsweise kamen im Jahr 2003 bei dem in Tabelle 1 dargestellten Krankenhaus der Stadt Eisenhüttenstadt 90 v. H. der Patienten von Wohnorten aus dem Gebiet Frankfurt/Oder und nur jeweils geringe Anteile aus den anderen vier unterschiedenen angrenzenden Gebieten.

⁶⁸ Die Aufnahme eines Patienten in ein Krankenhaus gilt als ein Fall. Interne Verlegungen innerhalb eines Krankenhauses werden nicht berücksichtigt. Wird ein Patient im Laufe eines Jahres mehrfach in ein Krankenhaus eingewiesen, so wird jede Einweisung als ein Fall gewertet. Vgl. BKARTA (2005d), Tz. 60 u. BKARTA (2005b), Tz. 115.

⁶⁹ Vgl. BKARTA (2005a), Tz. 97.

⁷⁰ Vgl. BKARTA (2005d), Tz. 35 f.

⁷¹ Vgl. BKARTA (2005b), Tz. 91.

Tabelle 1: Patienten des Krankenhauses der Stadt Eisenhüttenstadt im Jahr 2003

Gebiet	Anteil der Patienten aus dem Gebiet an allen Patienten des Krankenhauses Eisenhüttenstadt in v. H.⁷²
Frankfurt/Oder (FfO)	90
Fürstenwalde/Beeskow (FwB)	5
Nordwest	<1
Südwest	<1
Süd	5

Quelle: Vgl. BKARTA (2005b), Tz. 95.

Die räumliche Gliederung der Gebiete basiert auf den Postleitzahlen der Wohnorte der Patienten. Die ausgewiesenen Gebiete fassen die Herkunft von Patienten aus mehreren Postleitzahlbezirken zusammen.⁷³ In der Regel stammen nach den Einzugsstatistiken die Patienten typischer Kreiskrankenhäuser - wie im obigen Fall des Krankenhauses Eisenhüttenstadt - zu 90 v. H. aus dem Gebiet, in dem das Haus jeweils seinen Standort hat.⁷⁴ Die Einzugsstatistik weist für das betrachtete Krankenhaus die Anteile aus, die auf Patienten aus fremden Räumen entfallen. Die Summe dieser Anteile an der Gesamtheit der behandelten Patienten ergibt die Quote, zu der das Krankenhaus seine Dienstleistungen an Patienten aus anderen Räumen exportiert. Beispielsweise beträgt beim obigen Krankenhaus Eisenhüttenstadt der Anteil der Patienten, der aus angrenzenden Gebieten stammt, an der Gesamtzahl aller behandelten Patienten insgesamt etwa 10 v. H. Mit der Exportquote liegt für das einzelne Krankenhaus eine Kennzahl vor, die Ähnlichkeiten mit dem Wert für LOFI nach dem in den USA verwendeten Test der Patientenströme hat.⁷⁵ Aus den Einzugsstatis-

⁷² Die Spaltensummen ergeben einen Wert über 100 v. H., da teilweise aus Gründen der Geheimhaltung Prozentwerte ohne Stellen hinter dem Komma angegeben sind, die $\pm 2,5$ Prozentpunkte um den tatsächlichen Wert schwanken. Vgl. BKARTA (2005b), Tz. 92.

⁷³ Beispielsweise gehören zum Gebiet Frankfurt/Oder die Postleitzahlbezirke Frankfurt/Oder, Eisenhüttenstadt und Seelow und zum Gebiet Süd die Postleitzahlbezirke Cottbus, Forst, Guben, Peitz und Calau. Vgl. BKARTA (2005b), Tz. 91.

⁷⁴ Dies gilt im Fall Eisenhüttenstadt für die Krankenhäuser Rüdersdorf, Märkisch-Oderland, Lutherstift und Forst und im Fall Rhön-Grabfeld für die Krankenhäuser Bad Neustadt, Mellrichstadt, Rotenburg, Bad Hersfeld, Arnstadt, Schleusingen und für viele weitere Häuser. Vgl. BKARTA (2005b), Tz. 98 u. BKARTA (2005a), Tz. 102 u. 108.

⁷⁵ Der Wert für LOFI beschreibt aber die Relation des Angebotes nicht nur eines, sondern aller Krankenhäuser eines Gebietes für Patienten aus diesem Raum zum Gesamtangebot der Krankenhäuser für Patienten aus allen Gebieten.

Die vom Bundeskartellamt in den Entscheidungen ausgewiesenen Daten der einzelnen Krankenhäuser eines Gebietes können vom Leser nicht zur Berechnung der LOFI Werte addiert werden, da das Bundeskartellamt aus Gründen des Datenschutzes nur Relationen und keine absoluten Werte für die einzelnen Häuser veröffentlicht. Vgl. BKARTA (2005b), Tz. 93.

tiken wird ersichtlich, in welchen Bezirken sich die Einzugsgebiete der einzelnen Krankenhäuser untereinander oder die Einzugsgebiete der Allgemeinen Krankenhäuser und der in vielfältiger Weise spezialisierten Krankenhäuser überschneiden oder sich unterscheiden.

In der nachfrageorientierten Betrachtungsweise geht das Bundeskartellamt von den Patienten aus, die in einem bestimmten räumlichen Gebiet⁷⁶ wohnen. An Hand der Angaben aller befragten Krankenhäuser werden die empirisch beobachteten Entscheidungen der Patienten des Gebietes für eine Behandlung in Krankenhäusern im eigenen und in anderen Postleitzahlbezirken ermittelt. Für die Gesamtheit der erfassten⁷⁷ Patienten des betrachteten Gebietes wird ausgewiesen, zu welchen Anteilen sie sich im Bezugsjahr für die Krankenhäuser des eigenen Gebietes und für Krankenhäuser angrenzender Gebiete entschieden haben.

In Tabelle 2 wird beispielsweise für das Gebiet von Frankfurt/Oder und die angrenzenden Gebiete ausgewiesen, zu welchem Anteil die Patienten jeweils die Krankenhäuser im Gebiet ihres Wohnsitzes und welchen Anteilen sie die Krankenhäuser der anderen Gebiete im Erhebungsjahr 2003 aufgesucht haben.

Tabelle 2: Anteile der Krankenhäuser an Patienten der Gebiete im Jahr 2003

Krankenhäuser aus dem Gebiet	Anteile (in v. H.) an den Patienten in dem Gebiet⁷⁸				
	FfO	FwB	NW	SW	Süd
Frankfurt/Oder (FfO)	90	15	5	<2,5	<2,5
Fürstenwalde/Beeskow (FwB)	5,2	78,2	9,9	14,4	1,9
Nordwest (NW)	2,7	2,9	66,2	1,2	
Südwest (SW)		1,1	1,1	64,9	9,9
Süd	2,7	1,7		8,0	86,0
Berlin	1,2	1,5	12,8	10,1	
Schwedt			5		

Quelle: Vgl. BKARTA (2005b), Tz. 106.

Durch Addition der Anteile der Patienten, die aus dem betrachteten Raum heraus Krankenhäuser in anderen Gebieten aufsuchten, ist die Importquote des betrachteten Raumes zu

⁷⁶ Es werden in der Regel mehrere Postleitzahlbezirke zu einem betrachteten Gebiet zusammengefasst.

⁷⁷ Vom betrachteten Gebiet werden nicht alle Patienten erfasst, sondern nur diejenigen, die sich in den befragten Krankenhäusern des großräumig abgegrenzten Erhebungsgebietes behandeln lassen.

⁷⁸ Zu den Angaben beachte FN 65.

ermitteln. Beispielsweise reichen die Importquoten für die in Tabelle 2 ausgewiesenen Gebiete von ca. 10 v. H. beim Raum Frankfurt/Oder bis zu ca. 35 v. H. beim Raum Südwest.

Die Importquote bzw. der Anteil der Patienten eines Raumes, der sich in Krankenhäusern außerhalb des Gebietes seines Wohnortes behandeln lässt, entspricht dem Wert für LIFO nach dem in den USA verwendeten Test der Patientenströme. Beispielsweise befriedigen die Einwohner im Gebiet Frankfurt/Oder ihren Behandlungsbedarf weitgehend bei den örtlichen Krankenhäusern, jedoch wird der strenge Grenzwert für LIFO („little in from outside“) von 10 v. H. Prozent nicht erreicht, weil es in dieser Höhe zu Aufnahmen in Krankenhäuser außerhalb des Raumes kommt bzw. ca. 10 v. H. der Patienten benötigte Krankenhausdienstleistungen importiert.⁷⁹

Das Bundeskartellamt verwendet die Werte der Einzugsstatistik und der nachfrageorientierten Anteilsbetrachtung bei der Entscheidung, ob ein betrachtetes Gebiet als ein räumlich relevanter Markt abzugrenzen ist, als analytische Indikatoren im Rahmen einer mehrdimensionalen Gesamtanalyse.⁸⁰

Das Amt definiert keine festen Grenzwerte für die Exporte und die Importe, die ein räumlich relevanter Markt unterschreiten muss. Im obigen Beispiel bezeichnet das Bundeskartellamt das Gebiet Frankfurt/Oder als einen räumlich relevanten Markt. Ein Argument in der Begründung ist der Aussage, dass es „faktisch keine relevanten Austauschbeziehungen“⁸¹ zwischen diesem Gebiet und den benachbarten Gebieten gäbe. Austauschbeziehungen bestehen jedoch, da erstens vier außerhalb des Gebietes Frankfurt/Oder angesiedelte Krankenhäuser⁸² zwischen 10 und 15 v. H. ihrer Patienten aus dem Gebiet beziehen und deshalb die Importquote des Raumes Frankfurt/Oder den strengen Grenzwert für LIFO 10 v. H. erreicht oder leicht überschreitet und zweitens die Krankenhäuser des Gebietes im benachbarten Gebiet Fürstenwalde/Beeskow einen Anteil von ca. 15 v. H. an der Nachfrage halten. Die Exportquote (LOFI) wird weder ermittelt noch ist sie aus den veröffentliche-

⁷⁹ Die Patienten der Gebiete NW und SW verbleiben nur jeweils zu ca. zwei Drittel bei den Krankenhäusern im Raum und wandern jeweils zu einem Drittel ab. Die hohen Abwanderungsquoten können dadurch verursacht werden, dass ein Teil der Patienten a) die Qualität der Dienstleistungen oder b) die Art der Dienstleistungen der lokalen Krankenhäuser geringer einschätzt als der Angebote der Krankenhäuser benachbarter Gebiete oder c) die Krankenhäuser benachbarter Gebiete von den Wohnorten einiger Patienten der weiten ländlichen Gebiete leichter zu erreichen sind. Vgl. BKARTA (2005b), Tz. 91.

⁸⁰ In der räumlichen Analyse berücksichtigt das Amt u. a. auch die Existenz vertraglicher Verbindungen zwischen den Unternehmen und Spezialisierungen im Angebot der Krankenhäuser, da Fachkliniken in der Regel größere Einzugsbereiche haben als Allgemeine Krankenhäuser.

⁸¹ Vgl. BKARTA (2005b), Tz. 107.

⁸² Vgl. BKARTA (2005b), Tz. 98.

ten Angaben zu errechnen, da keine Daten zur Anzahl der Patienten der sehr unterschiedlichen Gebiete veröffentlicht werden.

3.3.3.2 Anmerkungen zur Vorgehensweise

Die räumliche Basis für die Analyse der Patientenströme durch das Bundeskartellamt bilden die Postleitzahlbezirke, die nach administrativen Kriterien der Post gebildet wurden und nicht in Hinblick auf die Standorte der Krankenhäuser. Die sehr zahlreichen, kleinräumigen Postleitzahlbezirke der großflächigen Untersuchungsgebiete fasst das Kartellamt an Hand beobachteter Patientenströme und identifizierter Einzugsgebiete zu einer überschaubaren Anzahl⁸³ von Gebieten zusammen, in dessen Zentrum der oder die räumlichen relevanten Märkte⁸⁴ stehen. Dadurch sollen Gebiete entstehen, deren Wettbewerbsstrukturen und Wettbewerbsbedingungen sich signifikant voneinander unterscheiden.⁸⁵ Auf Grund der elementaren Präferenz der Patienten für das nächstgelegene Krankenhaus sind abnehmende Patientenkontakte mit zunehmender Entfernung der Wohnorte der Patienten vom Standort der Partner der Zusammenschlussvorhaben zu erwarten.

Das Bundeskartellamt teilt nicht mit, bei welchem Anteil der Krankenhäuser aus dem Gebiet der Antragsteller am Patientenaufkommen der angrenzenden Postleitzahlbezirke es die Grenze zwischen dem relevanten Markt und dem anschließenden Gebiet zieht. Aus den Entscheidungen ist aber ersichtlich, dass das Bundeskartellamt diejenigen Postleitzahlbezirke, aus denen mehr als 20 v. H. der Patienten zu dem oder den Krankenhäusern aus dem Gebiet der Antragsteller wandern, dem relevanten Markt zuordnet. So hat das Kartellamt beispielsweise die Bezirke Seelow und Eisenhüttenstadt, aus denen das Klinikum Frankfurt/Oder zwischen 40 und 50 bzw. zwischen 20 und 25 v. H. der Patienten behandelt,⁸⁶

⁸³ Dabei variiert die Anzahl erheblich. Während das Bundeskartellamt im Fall Eisenhüttenstadt (an der Grenze nach Polen) das Untersuchungsgebiet in nur sechs Gebiete gliederte, bildete es im Fall Rhön-Grabfeld 20 Gebiete. Vgl. BKARTA (2005b), Tz. 91 u. BKARTA (2005a), Tz. 98.

⁸⁴ Im Fall Rhön-Grabfeld grenzte das Bundeskartellamt nebeneinander zwei räumliche relevante Märkte ab. Vgl. BKARTA (2005a), Tz. 124-128.

⁸⁵ Vgl. z. B. BKARTA (2005d), Tz. 46. „Den Ermittlungsergebnissen ist zu entnehmen, dass auch außerhalb von Nürnberg und Umland gelegene Krankenhäuser im Wesentlichen eng begrenzte und voneinander abgegrenzte Einzugsgebiete haben, womit sich auch die Wettbewerbsstrukturen und -bedingungen in diesen Gebieten signifikant unterscheiden.“ Und vgl. auch BKARTA (2005b), Tz. 101 u. BKARTA (2005a), insb. Tz. 105 u. Tz. 125.

⁸⁶ Siehe Anhang 2.

dem relevanten Markt Frankfurt/Oder zugeordnet⁸⁷ und die Bezirke um Nürnberg, in denen die städtischen Krankenhäuser 22 bis 30 v. H. des Patientenaufkommens behandeln,⁸⁸ mit der Stadt zum relevanten Markt Nürnberg und Umland⁸⁹ zusammengefasst. Auf der anderen Seite hat es angrenzende Bezirke, aus denen nur 16,1 und weniger v. H. des Patientenaufkommens von den Krankenhäusern des Kerngebietes behandelt werden, dem relevanten Markt nicht mehr zugeordnet.⁹⁰ Daraus folgt, dass die vom Bundeskartellamt nicht explizit genannte, aber in den Fällen verwendete kritische Schwelle bei nahe unter 20 v. H. liegen muss.

Die detaillierten Angaben zu den räumlichen Patientenströmen in den Entscheidungen offenbaren, dass die Wanderungen in hohem Maße durch Unterschiede in der Besiedlungsdichte bestimmt werden. Zwischen Zentren mit hoher Bevölkerung und dünn besiedelten ländlichen Räumen treten die asymmetrischen Patientenströme auf, die nach theoretischen Überlegungen⁹¹ als Folge der unterschiedlichen Patientendichte und den daraus resultierenden Unterschieden in Umfang und Vielfalt der lokalen Angebote an Krankenhausdienstleistungen zu erwarten sind. Beispielsweise zieht das sehr große und stark differenzierte Angebot der Krankenhäuser in der Großstadt Nürnberg⁹² einerseits die Patienten aus einer weiten Umgebung an, während dort andererseits nur sehr wenige Patienten aus Nürnberg behandelt werden.⁹³ Die Krankenhäuser der Stadt Nürnberg und Umgebung verzeichnen in sechs angrenzenden Gebieten am dortigem Patientenaufkommen Anteile von mehr als 10 v. H., demgegenüber behandeln die Krankenhäuser dieser Gebiete jeweils weniger als 3 v. H. des Patientenaufkommens von Nürnberg und Umgebung.⁹⁴ Darunter befinden sich Gebiete, in denen die lokalen Krankenhäuser zusammen nur Anteile von weniger als insgesamt 62 v. H. halten. Es ist dennoch sachgerecht, dass das Kartellamt diese

⁸⁷ Der relevante Markt Frankfurt/Oder erhielt vom Amt die Form eines Rechtecks, dessen Länge die dreifache Ausdehnung der Breite hat. Vgl. BKARTA (2005b), Tz. 91. Diese atypische Form des räumlichen Marktes wird einerseits von der im Osten gelegenen Staatsgrenze nach Polen und der geringen Besiedlung im Norden und Süden verursacht.

⁸⁸ Siehe Anhang 3.

⁸⁹ Vgl. BKARTA (2005d), Tz. 46, Tz. 64 u. Tz. 66.

⁹⁰ Siehe die Angaben für angrenzende Gebiete in den Entscheidungen des Amtes in den Fällen BKARTA (2005b) u. BKARTA (2005d) Anhang 4 u. Anhang 5.

⁹¹ Vgl. KALLFASS (2006), Gliederungspunkt 2.2.

⁹² Nürnberg hatte 481.900 Einwohner am 30.06.1989. Vgl. STBA (1991), S. 62.

⁹³ Siehe Anhang 4 und vgl. BKARTA (2005d), Tz. 52. „Die festgestellten Wanderungsbewegungen sind im Wesentlichen einseitig nach Nürnberg orientiert...“

⁹⁴ Eine Ausnahme bildet nur das auch dicht besiedelte Gebiet Erlangen (N 2). Die Stadt Erlangen und der Landkreis Erlangen-Höchstadt hatten am 30.06.1989 zusammen über 210.000 Einwohner. Vgl. STBA (1991), S. 56. Dort befinden sich neben einem Universitätsklinikum zwei weitere Krankenhäuser und diese behandeln zusammen 6,6 v. H. des Patientenaufkommens aus Nürnberg und Umgebung.

Gebiete nicht dem relevanten Markt nicht zuordnet, denn dort verzeichnen Krankenhäuser anderer Gebiete ebenfalls Anteile von mehr als 10 v. H.⁹⁵ Offensichtlich führt in diesen schwach besiedelten Gebieten ein qualitativ und quantitativ gering differenziertes Angebot zu ähnlich umfangreichen Abwanderungsströmen in diverse Richtungen zu Krankenhäusern mit Standorten in entfernten Städten. Die ländlichen Gebiete lassen sich deshalb häufig nicht insgesamt einem der Oberzentren zuordnen, deren Krankenhäuser um die mobilen Patienten konkurrieren.⁹⁶

Der vom Kartellamt durchgeführte Vergleich der Anteilswerte von Krankenhäusern am Patientenaufkommen verschiedener Gebiete ist höchst problematisch, weil sich die Anteilswerte auf die sehr unterschiedlich hohen, aber nicht quantifizierten Patientenaufkommen der Gebiete beziehen. So ist z. B. offensichtlich, dass die Patientenzahl des Gebietes Nürnberg und Umgebung ein Mehrfaches des Patientenaufkommens der meisten angrenzenden Gebiete beträgt. Der Anteil der Krankenhäuser aus dem Gebiet Nürnberg und Umgebung am Gebiet Neumark bezieht sich auf eine relativ kleine Patientengruppe im Vergleich zum Anteilswert am hohen Patientenaufkommen von Nürnberg und Umgebung.⁹⁷ Deshalb ist auch nicht möglich, aus den veröffentlichten Daten die Exporte der Gebiete und die Kennzahl LOFI zu errechnen, die für einen Vergleich der Abgrenzung räumlich relevanter Märkte durch das Bundeskartellamt mit der Praxis in den USA erforderlich sind.

4 Schlussbemerkungen

In den USA haben die Kartellbehörden das Verfahren zur Berechnung der Import- und Exportquoten aus dem Test der Handelsströme sehr schematisch in analoger Weise auf die Patientenströme angewendet, um bei der Kontrolle von Unternehmenszusammenschlüssen die räumlich relevanten Märkte abzugrenzen. Die von den Kartellbehörden auf dieser Grundlage vorgenommenen Abgrenzungen der räumlichen Märkte für Krankenhausdienstleistungen wurden von den Gerichten in den USA aufgehoben, wenn vor dem Zusammenschluss mehr als 10 v. H. der Patienten aus dem jeweiligen Raum zur Behandlung in Krankenhäuser anderer Gebiete abwanderten. Die amerikanischen Gerichte unterstellten in den

⁹⁵ Siehe Anhang 6.

⁹⁶ Aus dem Gebiet Weißenburg wandern beispielsweise jeweils ca. 13 v. H. der Patienten in Richtung Norden nach Nürnberg und in Richtung Süden nach Ingolstadt ab. Vgl. Anhang 6.

⁹⁷ Das Gebiet Nürnberg und Umland hatte am 30.06.1989 ca. 740.000 Einwohner, während beispielsweise das Gebiet Neumark (N1) nur eine Einwohnerzahl von 107.000 auswies. Vgl. STBA (1991), S. 56.

Entscheidungen fälschlich, dass auch die übrige Mehrheit der Patienten, die in der Vergangenheit nicht zu Krankenhäusern in anderen Gebieten reiste, hinreichend mobil ist und dies die zukünftige Marktposition der Antragsteller im lokalen Gebiet wirksam begrenzt.

In Deutschland wertet das Bundeskartellamt für die Abgrenzung der räumlichen Märkte die Patientenströme umfangreich aus. In einer Gesamtschau der Marktverhältnisse, in der auch die Heterogenität der Dienstleistungsangebote der jeweils vorhandenen Krankenhäuser berücksichtigt wird, werden die räumlich relevanten Märkte primär an Hand der Kennziffern aus den Einzugsstatistiken der Krankenhäuser und den nachfrageorientierten Anteilsbetrachtungen gebildet. Jedoch ist aus den Daten, die in den Entscheidungen veröffentlicht werden, nicht genau zu bestimmen, bei welchen Werten das Bundeskartellamt die Grenze für die räumlichen Märkte zieht.

Anhang

Anhang 1: Liste strittiger Zusammenschlüsse von Krankenhäusern in den USA

Das erste von der FTC untersagte Zusammenschlussvorhaben:⁹⁸

- Am. Med. Int'l v. FTC, 104 F.T.C. 1 (1984), *as modified by* 104 F.T.C. 617 (1984) an 107 F.T.C. 310 (1986).

Liste der sieben Verfahren aus den Jahren 1994-2000, in denen Gerichte die Untersagungen der Wettbewerbsbehörden aufhoben:⁹⁹

- *In re* Adventist Health System/West, 117 F.T.C. 224 (1994).
- F.T.C. v. Freeman Hosp., D.9273; 911 F. Supp. 1213 (W.D. Mo.1995), *aff'd*, 69 F.3d 260 (8.th Cir. 1995).
- United States v. Mercy Health Services, 902 F. Supp. 968 (N.D. Iowa 1995) *vacated as moot*, 107 F. 3d 632 (8th Cir. 1997).
- FTC v. Butterworth Health Corp., D.9283: 124 F.T.C. 424 (1997), 946 F. Supp. 1285, 1300-1301 (W.D.Mich. 1996), *aff'd*, 1996-2 Trade Cas. (CCH) 71, 863, 71, 867-68 (6th Cir. 1997).
- United States v. Long Island Jewish Med. Ctr., 983 F. Supp. 121 (E.D.N.Y. 1997).
- FTC v. Tenet Healthcare Corp., D.9289; No. 98-3123 EML, 17 F. Supp. 2nd 937 (E.D. Mo. 1998), *rev'd* 186 F. 3d 1045 (8th Cir. 1999), 128 F.T.C. 793 (1993).
- California v. Sutter Health Sys., 84 F. Supp. 2d 1057 (N.D. Cal.) *aff'd mem.*, 2000-1 Trade Cas. (CCH) 87,665 (9th Cir. 2000), revised, 130 F. Supp. 2d 1109 (N.D. Cal. 2001).

⁹⁸ Vgl. U.S.DJ/FTC (July 2004), Ch.4, S. 1, FN 1.

⁹⁹ Vgl. U.S.DJ/FTC (July 2004), Ch. 4, S. 1 f. FN 7.

Weitere wichtige von der FTC aufgegriffene Zusammenschlussvorhaben:

- Tenet Healthcare Corporation/OrDa Healthcare, 123 F.T.C. 1337 (1997) (consent order).¹⁰⁰
- Victory Memorial Hospital/Provena St. Therese Medical Center, Press Release, Federal Trade Commission, <http://www.ftc.gov/opa/2004/07/waukegan.htm>.
- Highland Park Hospital/Evanston Northwestern Healthcare (ENH) Cor., No. 9315 (Feb. 10, 2004) (complaint), <http://www.ftc.gov/os/caselist/0110234/040210emh.complaint.pdf>.
- United States v. Carilon Health System, et al., 707 F. Supp. 840 (W.D. Va. 1989), *aff'd*, 892 F. 2d 1042 (4th Cir. 1989).

Anhang 2: Die Patientenströme aus Seelow und Eisenhüttenstadt nach Frankfurt/Oder

Bezirk	Anteil des Klinikums Frankfurt/Oder am Patientenaufkommen angrenzender Bezirke (in v. H.)
Seelow	40-50
Eisenhüttenstadt	20-25

Quelle: BKARTA (2005b), Tz. 111.

Anhang 3: Die Patientenströme zwischen dem Gebiet Nürnberg (NU 1) und dem Umland von Nürnberg

Gebiet	Anteil der KH aus NU 1 am Patientenaufkommen angrenzender Gebiete	Anteil der KH angrenzender Gebiete am Patientenaufkommen im Gebiet NU 1
NU 2	22	10
NU 3	25,8	1,6
NU 4	30,3	5

Quelle: BKARTA (2005d), Tz. 56.

¹⁰⁰ Vgl. PENDER/MEIER (2005), S. 69.

Anhang 4: Die Patientenströme zwischen dem Gebiet Frankfurt/Oder und den angrenzenden Gebieten (in v. H.)

Gebiet	Anteil der KH aus FfO am Patientenaufkommen des angrenzenden Gebietes	Anteil der KH angrenzender Gebiete am Aufkommen an Patienten im Gebiet FfO
FwB	15	5,2
NW	5	2,7
SW	<2,5	
Süd	<2,5	2,7

Quelle: BKARTA (2005b), Tz. 106.

Anhang 5: Die Patientenströme zwischen dem Gebiet Nürnberg mit Umland (NU) und den angrenzenden Gebieten (in v. H.)

Gebiet	Anteil der KH aus NU am Patientenaufkommen des angrenzenden Gebietes	Anteil der KH angrenzender Gebiete am Aufkommen an Patienten im Gebiet NU
N 6	11,8	0,3
N 3	8,2	0,1
N 2	11,2	6,6
N 1	14,7	0,3
W 2	10,6	0
W 1	10,9	1,7
S 2	13,0	0,2
S 1	0,5	0,7
O 3	16,1	2,5
O 2	3,9	0,4

Quelle: BKARTA (2005d), Tz. 51-55.

Anhang 6: Patientenströme im Raum Nürnberg

Gebiet	Anteile lokaler Krankenhäuser (in v. H.) an den Patienten	
	im eigenen Gebiet	in fremden Gebieten
S 1 Ingolstadt	96,7	13 Weißenburg,
O4 Regensburg	96,5	30,3 Eschenbach, 15,6 Neumarkt
NU Nürnberg (und Umgebung)	87,1	16,1 Neumarkt, 14,7 Neustadt, 11,2 Erlangen, 13,0 Weißenburg, 11,8 Pegnitz, 10,6 Ansbach, 10,9 Gunzenhausen
O3 Amberg	81,1	
W2 Ansbach	80,5	32,3 Gunzenhausen
N4 Bamberg	80,2	11,1 Forchheim
N2 Erlangen	80,1	28,2 Forchheim, 12,2 Neustadt
N5 Bayreuth	77,8	38,3 Pegnitz
Gebiet	Anteile lokaler Krankenhäuser an den Patienten des Gebietes	Anteile der Krankenhäuser (in v. H.) fremder Gebiete an den Patienten des Gebietes
W1 Gunzenhausen	42	32,3 Ansbach, 10,9 NU Nürnberg
N6 Pegnitz	60	38,2 Bayreuth, 11,8 NU Nürnberg
N3 Forchheim	45	28,2 Erlangen, 11,1 Bamberg, 8,2 NU Nürnberg
O1 Eschenbach	50	30,3 Regensburg, 4,6 NU Nürnberg
O3 Neumark	60	16,1 NU Nürnberg, 15,6 Regensburg
S2 Weißenburg	55	13,8 Ingolstadt, 13 NU Nürnberg
N1 Neustadt	61	14,7 NU Nürnberg, 12,2 Erlangen

Quelle: BKARTA (2005d), Tz. 51-63.

Anhang 7: Wanderungsüberschuss/-defizit der Bundesländer bei behandelten Patienten

Bundesland	Wanderungssaldo in v. H.	Anzahl der Patienten
Bremen	+ 35,9	+ 1.319
Hamburg	+ 20,2	+ 1.700
Berlin	+ 9,5	+ 1.580
Brandenburg	- 10,5	- 1.542
Niedersachsen	- 5,3	- 2.174

Quelle: Vgl. ROLLAND/ROSENOW (2004), S. 303.

Literaturverzeichnis

- AMERICAN BAR ASSOCIATION (ABA, 2003), Section of Antitrust: Comments on the Public Hearings on Health Care and Competition Law and Policy, December 18, 2003, abgerufen im Internet (27.04.2005) unter: <http://www.abanet.org/antitrust/comments/2004/commentsshc.pdf>.
- BUNDESKARTELLAMT (BKARTA, 2005a), Entscheidung B10-123/04, Beschluss im Verwaltungsverfahren Rhön-Klinikum AG und Landkreis Rhön-Grabfeld vom 10. März 2005, abgerufen im Internet (23.02.2006) unter: <http://www.bundeskartellamt.de/wDeutsch/download/pdf/Fusion/Fusion05/B10-123-04.pdf>.
- BUNDESKARTELLAMT (BKARTA, 2005b), Entscheidung B10-109/04, Beschluss im Verwaltungsverfahren Rhön-Klinikum AG und Krankenhaus Eisenhüttenstadt GmbH vom 23. März 2005, abgerufen im Internet (23.02.2006) unter: <http://www.bundeskartellamt.de/wDeutsch/download/pdf/Fusion/Fusion05/B10-109-04.pdf>.
- BUNDESKARTELLAMT (BKARTA, 2005c), Entscheidung B10-161/04, Beschluss im Verwaltungsverfahren Asklepios Kliniken GmbH und Landesbetrieb Krankenhäuser Hamburg Immobilien (LBK Hamburg), Freie und Hansestadt Hamburg vom 28. April 2005, abgerufen im Internet (23.02.2006) unter: <http://www.bundeskartellamt.de/wDeutsch/download/pdf/Fusion/Fusion05/B10-161-04.pdf>.
- BUNDESKARTELLAMT (BKARTA, 2005d), Entscheidung B10-70/05, Beschluss im Verwaltungsverfahren Klinikum Nürnberg Anstalt des öffentlichen Rechts und Gemeinnützige Krankenhausgesellschaft des Landkreises Nürnberger Land mbH, abgerufen im Internet (25.02.2006) unter: <http://www.bundeskartellamt.de/wDeutsch/download/pdf/Fusion/Fusion06/B10-70-05.pdf>.
- CAPPS, CORY S./DRANOVE, DAVID/GREENSTEIN, SHANE/SATTERTHWAITE, MARK (2002), Antitrust policy and hospital mergers: recommendations for a new approach, The Antitrust Bulletin, Winter 2002, Vol. XLVIII, S. 677-714.
- CAPPS, CORY/DRANOVE, DAVID/GREENSTEIN, SHANE/SATTERTHWAITE, MARK (2003), Geographic Market Definition in Hospital Merger Cases, Joint Statement, Federal Trade Commission and Department of Justice Hearings on Health Care and Competition Law and Policy, April 16, 2003, abgerufen im Internet (27.04.2005) unter: <http://www.ftc.gov/ogc/healthcarehearings/docs/030410capps2.pdf>.
- CRIVELLI, LUCA (1998), Grenzüberschreitende Patientenwanderungen: eine mikroökonomische Analyse für die Schweiz, Diss. Univ. Zürich, Haupt: Bern, Stuttgart, Wien.

- DONABEDIAN, AVEDIS (1966): Evaluating the Quality of Medical Care, in: Milbank Memorial Quarterly Fund, Vol. 44, Part II, S. 166-203.
- DONABEDIAN, AVEDIS (1980): Explorations in Quality assessment and monitoring, Vol. I, The Definition of Quality and approaches to its assessment, Michigan.
- DRANOVE, DAVID/SATTERTHWATTE, MARK A. (2000), The Industrial Organization of Health Care Markets, in: Culver, Anthony C./Newhouse, Joseph P. (Hrsg.), Handbook of Health Economics, Vol. 1B, Amsterdam u.a., S. 1095-1139.
- ECKER, THOMAS/OBERENDER, PETER (2001): Theorie und Politik der Gesundheitsökonomie, in: Festel, Gunter/Söllner, Fritz/Bamelis, Pol (Hrsg.): Volkswirtschaft für Chemiker, Berlin u.a., S. 755-786.
- ELZINGA, KENNETH G./HOGARTY, THOMAS F. (1973), The Problem of Geographic Market Delineation in Antimerger Suits, The Antitrust Bulletin, Vol. 18, S. 45-81.
- ELZINGA, KENNETH G./HOGARTY, THOMAS F. (1978), The Problem of Geographic Market Delineation revisited: The Case of Coal, The Antitrust Bulletin, Vol. 23, S. 1-18.
- FEDERAL TRADE COMMISSION (2003), Bureau of Competition, Health Care Services and Product Division, FTC Antitrust actions in health care services and products, Washington D.C., abgerufen im Internet (12.07.2005) unter: <http://www.ftc.gov/bc/hcupdate03102.pdf>.
- FEDERAL TRADE COMMISSION, Staff/U.S. Department of Justice, Antitrust Division (2003), Annual Report to Congress Fiscal Year 2002, abgerufen im Internet (12.07.2005) unter: <http://www.ftc.gov/os/2003/08/hsannualreport.pdf>.
- FOLLAND, SHERMAN/GOODMAN, ALLEN C./STANO, MIRO (2001), The Economics of Health Care, 3. Auflage, Upper Saddle River, NJ.
- GAYNOR, MARTIN/VOGT, WILLIAM, B. (2000), Antitrust and Competition in Health Care Markets, in: Culver, Anthony C./Newhouse, Joseph P. (Hrsg.), Handbook of Health Economics, Vol. 1B, Amsterdam u.a., S. 1405-1487.
- GAYNOR, MARTIN/VOGT, WILLIAM, B. (2003), Competition Among Hospitals, Carnegie Mellon University, NBER, January 8.
- GREANEY, THOMAS L. (2002), Whither Antitrust? The uncertain future of competition law in health care, Health Affairs, Vol. 21, No. 2, S. 185-196.
- GUERIN-CALVERT, MARGARET E. (2003), Defining Geographic Markets for Hospitals, Presentation at the Joint FTC/DOJ Hearings on Health Care and Competition Law and Policy, March 26, abgerufen im Internet (27.04.2005) unter: <http://www.ftc.gov/ogc/healthcarehearings/docs/030326guerinincalfert.pdf>.

- INSTITUT FÜR DAS ENTGELTSYSTEM IM KRANKENHAUS (INEK, 2006): Fallpauschalenkatalog 2006, abgerufen im Internet (20.02.2006) unter: http://www.g-drg.de/service/download/veroeff_2006/Fallpauschalenkatalog_2006_050929.pdf.
- KALLFASS, HERMANN H. (1997), Konzepte und Indikatoren zur Abgrenzung räumlicher Märkte in der europäischen Zusammenschlusskontrolle, in: Kruse, Jörn/Stockmann, Kurt/Vollmer, Lothar (Hrsg.), Wettbewerbspolitik im Spannungsfeld nationaler und internationaler Kartellrechtsordnungen, Baden-Baden 1997, S. 111-129.
- KALLFASS, HERMANN H. (2006), Räumlicher Wettbewerb zwischen Allgemeinen Krankenhäusern, Diskussionspapier Nr. 50, Februar 2006, Technische Universität Ilmenau, Institut für Volkswirtschaftslehre, abzurufen im Internet unter: http://www.tu-ilmenau.de/fakww/fileadmin/template/fakww/Forschen_und_Lehren/Volkswirtschaftslehre/WiPol/Diskussionspapier_Nr_50.pdf.
- KARMANN, ALEXANDER/DITTRICH, GUNNAR/VAILLANT, JOCHEN (2004), How well coordinated are patient hospital careers? Evidence from Saxony, Germany, Journal of Public Health, Vol. 12, No. 5, October 2004, S. 329-338.
- KESSLER, DANIEL P. (2004), Can Ranking Hospitals on the Basis of Patients' Travel Distances Improve Quality of Care? Stanford University, Hoover Institution, and National Bureau of Economic Research, Working Paper 273.
- KUCHINKE, BJÖRN A. (2004), Krankenhausdienstleistungen und Effizienz in Deutschland – Eine industrieökonomische Analyse, Gesundheitsökonomische Beiträge, Band 43, Baden-Baden.
- KUCHINKE, BJÖRN A. (2005a), Gesundheitspolitik versus Kartellrecht, Zum vermeintlichen Spannungsfeld zwischen Gesundheitsreform und Wettbewerbsrecht, in: Deutsches Ärzteblatt, 102. Jg., Heft 41, S. A2758.
- KUCHINKE, BJÖRN A./SCHUBERT, JENS M. (2005b), Staatliche Zahlungen an Krankenhäuser: Eine juristische und ökonomische Einschätzung nach Altmark Trans und der Entscheidung der Kommission vom 13.7.2005, Diskussionspapier Nr. 47, TU Ilmenau, Institut für Volkswirtschaftslehre, abzurufen im Internet unter: http://www.tu-ilmenau.de/fakww/fileadmin/template/fakww/Forschen_und_Lehren/Volkswirtschaftslehre/WiPol/Diskussionspapier_Nr_47.pdf.
- KUCHINKE, BJÖRN A./SCHUBERT, JENS M. (2005c), Staatliche Zahlungen an öffentliche Krankenhäuser, in: Fischer, Hellmuth u.a. (Hrsg.): Management Handbuch Krankenhaus, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm, Economica Verlag, Heidelberg, 68. Aktualisierung, Oktober 2005, Blatt 2475, S. 1-28.

- KUCHINKE, BJÖRN A. (2005d), Qualitätswettbewerb zwischen deutschen Akutkrankenhäusern unter besonderer Berücksichtigung von DRG und Budgets, Diskussionspapier Nr. 45, TU Ilmenau, Institut für Volkswirtschaftslehre, abzurufen im Internet unter: http://www.tu-ilmenau.de/fakww/fileadmin/template/fakww/Forschen_und_Lehren/Volkswirtschaftslehre/WiPol/Diskussionspapier_Nr_45.pdf.
- NEUBAUER, GÜNTER (2002), Wie viel Marktwirtschaft für das deutsche Gesundheitswesen, in: ifo-Schnelldienst, 55. Jg., 17/2002, S. 3-7.
- NEUBAUER, GÜNTER (2003), Zur Zukunft der dualen Finanzierung unter Wettbewerbsbedingungen, in: Arnold, Michael/Klauber, Jürgen/Schellschmidt, Henner (Hrsg.), Krankenhausreport 2002, Schwerpunkt: Krankenhaus im Wettbewerb, Stuttgart, S. 71-91.
- PENDER, DAVID R./MEIER, MARKUS M. (2005), FTC Antitrust actions in health care services and products, Health Care Services and Product Division, Bureau of Competition, Federal Trade Commission, Washington D.C., June 2005, abgerufen im Internet (12.07.2005) unter: <http://www.ftc.gov/bc/0506hcupdate.pdf>.
- ROBRA, BERNT-PETER/SWART, ENNO/FELDER, STEFAN (2003), Perspektiven des Wettbewerbs im Krankenhaussektor, in: Arnold, Michael/Klauber, Jürgen/Schellschmidt, Henner (Hrsg.), Krankenhausreport 2002, Stuttgart, S. 43-54.
- ROLLAND, SEBASTIAN/ROSENOW, CHRISTIANE (2004), Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser 2002, in: Klauber, Jürgen/Robra, Bernt-Peter/Schellschmidt, Henner (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2004, Schwerpunkt: Qualitätstransparenz – Instrumente und Schwerpunkte, Stuttgart, S. 291-310.
- SACHER, SETH/SILVA, LOUIS (1998), Antitrust Issues in Defining the Product Market for Hospital Services, International Journal of Economics of Business, Vol. 5, No. 2, S. 181-202.
- SAUERLAND, DIRK (2002), Gesundheitspolitik in Deutschland, Reformbedarf und Entwicklungsperspektiven, Gütersloh 2002.
- SAUERLAND, DIRK (2005), Märkte für medizinische Dienstleistungen, in: Leschke, Martin/Pies, Ingo (Hrsg.), Wissenschaftliche Politikberatung – Theorien, Konzepte, Institutionen, Schriften zu Ordnungsfragen der Wirtschaft, Band 75, Stuttgart, S. 257-284.
- SPECKE, HELMUT K. (2005), Der Gesundheitsmarkt in Deutschland, Daten – Fakten – Akteure, 3. Auflage, Bern u.a.

- STATISTISCHES BUNDESAMT (STBA, 1991), Statistisches Jahrbuch für das vereinte Deutschland 1991, Wiesbaden.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (STBA, 2006), Gesundheitsberichterstattung des Bundes, abgerufen im Internet (22.3.2006) unter: http://www.gbe-bund.de/pls/gbe/trecherche.prc_thematisch?p_uid=gast&p_aid=18224441&p_sprache=d#ut2.
- TSCHUELIN, DIETER K./HELMIG, BERND/MOOG, RALPH (1997), Determinanten der Krankenhauswahl, Freiburger Betriebswirtschaftliche Diskussionsbeiträge, Nr. 24/97, Universität Freiburg.
- U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE ANTITRUST DIVISION, SUMMARY OF ANTITRUST DIVISION HEALTH CARE (1983), Cases since August 25, abgerufen im Internet (12.07.2005) unter:http://www.usdoj.gov/atr/public/health_care/0000.pdf.
- U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE/FEDERAL TRADE COMMISSION (U.S.DJ/FTC, 1992, (with April 8,) 1997 (Revisions to Section 4 on Efficiencies)), Horizontal Merger Guidelines.
- U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE/FEDERAL TRADE COMMISSION (U.S.DJ/FTC, August 1996), Statements of Antitrust Enforcement Policy in Health Care.
- U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE ANTITRUST DIVISION HEALTH CARE TASK FORCE (1999), Recent Enforcement Actions, abgerufen im Internet (12.07.2005) unter: http://www.usdoj.gov/atr/public/health_care/2044.htm.
- U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE/FEDERAL TRADE COMMISSION (U.S.DJ/FTC, 1997), Horizontal Merger Guidelines, (1992 with April 8, 1997, Revisions to Section 4 on Efficiencies), abgerufen im Internet (04.04.2005) unter: <http://www.ftc.gov/bc/docs/horizmer.htm>.
- U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE/FEDERAL TRADE COMMISSION (U.S.DJ/FTC, July 2004), Improving Health Care: A Dose of Competition, A Report by Federal Trade Commission and the Department of Justice, July 2004.
- WERDEN, GREGORY J. (2003), Hospital Mergers and the Hypothetical Monopolist Test, Presentation at the Antitrust Division and Federal Trade Commission Health Care and Competition Law and Policy Hearings, slides, March 26, abgerufen im Internet (27.04.2005) unter: <http://www.ftc.gov/ogc/healthcarehearings/docs/werde.pdf>.
- ZWANZIGER, JACK (2003), Defining Hospital Markets, Presentation at the Joint FTC/DOJ Hearings on Health Care and Competition Law and Policy, slides, March 26, abgerufen im Internet (27.04.2005) unter: <http://www.ftc.gov/ogc/healthcarehearings/docs/zwanziger.pdf>.

**Diskussionspapiere aus dem Institut für Volkswirtschaftslehre
der Technischen Universität Ilmenau**

- Nr. 15 *Kallfass, Hermann H.:* Vertikale Verträge und die europäische Wettbewerbspolitik, Oktober 1998. In veränderter Fassung erschienen als: „Vertikale Verträge in der Wettbewerbspolitik der EU“, in: *Wirtschaft und Wettbewerb*, 49. Jg., 1999, S. 225-244.
- Nr. 16 *Steinrücken, Torsten:* Wirtschaftspolitik für offene Kommunikationssysteme - Eine ökonomische Analyse am Beispiel des Internet, März 1999.
- Nr. 17 *Kallfass, Hermann H.:* Strukturwandel im staatlichen Einfluss, April 1999.
- Nr. 18 *Czygan, Marco:* Wohin kann Wettbewerb im Hörfunk führen? Industrieökonomische Analyse des Hörfunksystems der USA und Vergleich mit Deutschland, Dezember 1999.
- Nr. 19 *Kuchinke, Björn:* Sind vor- und vollstationäre Krankenhausleistungen Vertrauensgüter? Eine Analyse von Informationsasymmetrien und deren Bewältigung, September 2000.
- Nr. 20 *Steinrücken, Torsten:* Der Markt für „politische Zitronen“, Februar 2001.
- Nr. 21 *Kuchinke, Björn A.:* Fallpauschalen als zentrales Finanzierungselement für deutsche Krankenhäuser: Eine Beurteilung aus gesundheitsökonomischer Sicht, Februar 2001.
- Nr. 22 *Kallfass, Hermann H.:* Zahlungsunfähige Unternehmen mit irreversiblen Kosten, ihre Fortführungs- und Liquidationswerte, März 2001.
- Nr. 23 *Kallfass, Hermann H.:* Beihilfenkontrolle bei Restrukturierungen und Privatisierungen, April 2001.
- Nr. 24 *Bielig, Andreas:* Property Rights und juristischer Eigentumsbegriff. Leben Ökonomen und Juristen in unterschiedlichen Welten?, Juni 2001.
- Nr. 25 *Sichelstiel, Gerhard:* Theoretische Ansätze zur Erklärung von Ähnlichkeit und Unähnlichkeit in Partnerschaften, Juni 2001.
- Nr. 26 *Bielig, Andreas:* Der „Markt für Naturschutzdienstleistungen“. Vertragsnaturschutz auf dem Prüfstand, Juli 2001.
- Nr. 27 *Bielig, Andreas:* Netzeffekte und soziale Gruppenbildung, Januar 2002.

- Nr. 28 *Kuchinke, Björn A.; Schubert, Jens M.*: Europarechtswidrige Beihilfen für öffentliche Krankenhäuser in Deutschland, April 2002. In veränderten Fassungen erschienen als: Beihilfen und Krankenhäuser, in: Wirtschaft und Wettbewerb, 52. Jg., Juli/August 2002, S. 710-719, Defizitausgleich öffentlicher Krankenhäuser aus öffentlichen Kassen: Verstoß gegen europäisches Recht?, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus, 19. Jg., Nr. 5, S. 524-530.
- Nr. 29 *Bielig, Andreas*: Messung von Nachhaltigkeit durch Nachhaltigkeitsindikatoren, Februar 2003.
- Nr. 30 *Steinrücken, Torsten*: Die Legitimation staatlicher Aktivität durch vertragstheoretische Argumente: Anmerkungen zur Kritik an der Theorie des Gesellschaftsvertrages, März 2003.
- Nr. 31 *Steinrücken, Torsten; Jaenichen, Sebastian*: Heterogene Standortqualitäten und Signalstrategien: Ansiedlungsprämien, Werbung und kommunale Leuchtturmpolitik, April 2003.
- Nr. 32 *Steinrücken, Torsten*: Funktioniert ‚fairer‘ Handel? Ökonomische Überlegungen zum alternativen Handel mit Kaffee, Juli 2003.
- Nr. 33 *Steinrücken, Torsten; Jaenichen, Sebastian*: Die Wiederentdeckung der Zweitwohnsitzsteuer durch die Kommunen - zu Wirkungen und Legitimation aus ökonomischer Sicht, September 2003.
- Nr. 34 *Rissiek, Jörg; Kressel, Joachim*: New Purchasing & Supply Chain Strategies in the Maintenance, Repair and Overhaul Industry for Commercial Aircraft, September 2003.
- Nr. 35 *Steinrücken, Torsten; Jaenichen, Sebastian*: Europäische Beihilfekontrolle und Public Utilities - Eine Analyse am Beispiel öffentlicher Vorleistungen für den Luftverkehr, Dezember 2003.
- Nr. 36 *Voigt, Eva*: *GET UP*: Gründungsbereitschaft und Gründungsqualifizierung - Ergebnisse der Studentenforschung an der TU Ilmenau, April 2004.
- Nr. 37 *Steinrücken, Torsten; Jaenichen, Sebastian*: Levelling the playing field durch staatliche Beihilfen bei differierender Unternehmensmobilität, Mai 2004.
- Nr. 38 *Steinrücken, Torsten; Jaenichen, Sebastian*: Sekundärwirkungen von Unternehmensansiedlungen - Eine Beurteilung staatlicher Aktivität beim Auftreten paretorelevanter Nettoexternalitäten, Juni 2004.
- Nr. 39 *Kallfaß, Hermann H.*: Wettbewerb auf Märkten für Krankenhausdienstleistungen - eine kritische Bestandsaufnahme, Juni 2004.
- Nr. 40 *Engelmann, Sabine*: Internationale Transfers und wohlfahrtsminderndes Wachstum, September 2004.

- Nr. 41 *Steinrücken, Torsten; Jaenichen, Sebastian:* Zum Einfluss von Ausländern auf die Wirtschaftsleistung von Standorten - Ist Zuwanderung ein Weg aus der ost-deutschen Lethargie?, Oktober 2004.
- Nr. 42 *Steinrücken, Torsten; Jaenichen, Sebastian:* Wer ist wirklich reich? - Zu Problemen der Wohlfahrtsmessung durch das Bruttoinlandsprodukt, April 2005.
- Nr. 43 *Steinrücken, Torsten; Jaenichen, Sebastian:* Wo bleiben die Subventionssteuern? - Probleme des Beihilfenrechts und ein alternatives Regulierungskonzept, Mai 2005.
- Nr. 44 *Jaenichen, Sebastian; Steinrücken, Torsten; Schneider, Lutz:* Zu den ökonomischen Wirkungen gesetzlicher Feiertage - Eine Diskussion unter besonderer Berücksichtigung der Arbeitszeitpolitik, Juni 2005.
- Nr. 45 *Kuchinke, Björn A.:* Qualitätswettbewerb zwischen deutschen Akutkrankenhäusern unter besonderer Berücksichtigung von DRG und Budgets, Juni 2005.
- Nr. 46 *Kuchinke, Björn A; Walterscheid, Heike:* Wo steht der Osten? Eine ökonomische Analyse anhand von Wohlfahrts- und Happinessindikatoren, Juni 2005.
- Nr. 47 *Kuchinke, Björn A.; Schubert, Jens M.:* Staatliche Zahlungen an Krankenhäuser: Eine juristische und ökonomische Einschätzung nach Altmark Trans und der Entscheidung der Kommission vom 13.7.2005, August 2005.
- Nr. 48 *Steinrücken, Torsten; Jaenichen, Sebastian:* Überkapazitäten zur Absicherung politischer Risiken und Instrumente finanzwirtschaftlicher Gegensteuerung, November 2005.
- Nr. 49 *Jaenichen, Sebastian; Steinrücken, Torsten:* Opel, Thüringen und das Kaspische Meer, Januar 2006.
- Nr. 50 *Kallfaß, Hermann H.:* Räumlicher Wettbewerb zwischen Allgemeinen Krankenhäusern, Februar 2006.
- Nr. 51 *Sickmann, Jörn:* Airport Slot Allocation, März 2006.