

AUF EINEN BLICK

Krankenhausfusionen können sich auf das Leistungsangebot auswirken

Von Daniel Herrera-Araujo und Joanna Piechucka

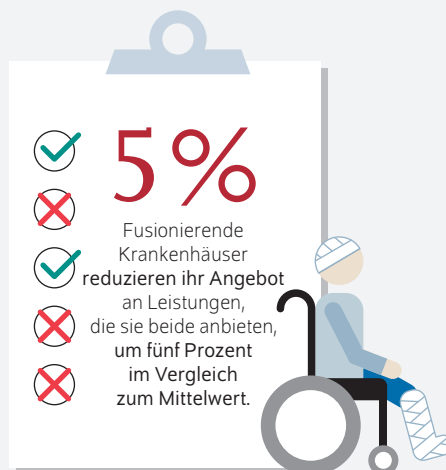
- Jedes dritte Krankenhaus in Frankreich war von 2010 bis 2017 an einer Fusion beteiligt
- Fusionierte Krankenhäuser verringerten das Angebot an Leistungen, die sie beide erbringen, um fünf Prozent im Vergleich zum Mittelwert
- Nach einer Fusion stieg die Wahrscheinlichkeit, dass sie unterschiedliche Dienstleistungen anbieten, um sieben Prozent im Vergleich zum Mittelwert
- Studienbefunde sind auch für den deutschen Krankensektor relevant, da dieser in einem ähnlichen rechtlichen Rahmen agiert wie der französische
- Wettbewerbsbehörden sollten strategische Reaktionen der Krankenhäuser in ihre Analyse einbeziehen, wenn sie über eine Fusion entscheiden

Die Zahl der Krankenhausfusionen in Frankreich hat zugenommen, was zu einer Veränderung des Angebots an Gesundheitsdienstleistungen führte



Jedes dritte private Krankenhaus in Frankreich hat von 2010 bis 2017 mindestens eine Fusion oder einen Eigentümerwechsel erlebt.

Quellen: Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (FINESS), ScanSanté, Hospidag; eigene Sekundärforschung.



439 ~~☒~~

Netto-Einstellungen in 21 chirurgischen Tätigkeitsgruppen gab es von 2009 bis 2017.

© DIW Berlin 2021

ZITAT

„Fusionen haben die Gesundheitslandschaft in Frankreich zunehmend geprägt. In vielen anderen europäischen Ländern sind ähnliche Trends zu beobachten. So wurden in Deutschland von 2003 bis 2020 mehr als 300 Fusionen genehmigt, wie das Bundeskartellamt berichtete.“

— Joanna Piechucka —

MEDIATHEK



Audio-Interview mit Joanna Piechucka
www.diw.de/mediathek

Krankenhausfusionen können sich auf das Leistungsangebot auswirken

Von Daniel Herrera-Araujo und Joanna Piechucka

ABSTRACT

In den letzten Jahrzehnten kam es auf vielen europäischen Krankenhaushäusern zu einer Fusionswelle, die zu einer zunehmenden Marktkonzentration geführt hat. Die Auswirkungen von Krankenhausfusionen und die wirksame Durchsetzung von Wettbewerbsrecht wurden von der Politik diskutiert, aber wissenschaftlich nicht ausreichend beleuchtet. Im vorliegenden Bericht wird anhand des französischen Krankenhausesektors im Zeitraum 2009 bis 2017 untersucht, wie sich Krankenhausfusionen auf das Leistungsangebot auswirken. Der Bericht kommt zu dem Ergebnis, dass lokale Fusionen zu einer Veränderung des Leistungsspektrums führen können. Zum Beispiel reduzieren fusionierende Krankenhäuser das Angebot an Doppelleistungen. Die Ergebnisse legen nahe, dass die Wettbewerbsbehörden diese strategischen Reaktionen bei ihrer Analyse berücksichtigen sollten, wenn sie *ex ante* über die Genehmigung von Fusionen entscheiden. Die Erkenntnisse sind auch für den deutschen Krankenhausesektor von besonderer Bedeutung, da dieser in einem ähnlichen rechtlichen Rahmen agiert wie der französische.

Die aktuelle Corona-Krise verdeutlicht die enorme Bedeutung eines gut funktionierenden Gesundheitssystems, das sowohl den Zugang zur Gesundheitsversorgung als auch dessen hohe Qualität sicherstellt. Doch die Gesundheitsversorgung hat ihren Preis. Im Jahr 2019 machte sie in Deutschland rund 12 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP) aus.¹ Von diesen Ausgaben entfallen 28 Prozent auf die Krankenhausaufgaben, was die Krankenhäuser zu einem der größten Wirtschaftszweige in Deutschland macht.² Das Funktionieren des Krankenhauswesens beeinflusst das Wohl der Wirtschaft und, wichtiger noch, der Bevölkerung stark.

In den letzten Jahrzehnten kam es in den Vereinigten Staaten von Amerika (USA) und in Europa zu zahlreichen Krankenhausfusionen, die zu einer zunehmenden Marktkonzentration geführt haben.³

Zusammenschlüsse, die bestimmte Umsatz-, Transaktionswert- und Tätigkeitsschwellen erreichen, werden entweder von der Europäischen Kommission oder von den nationalen Wettbewerbsbehörden geprüft: in Deutschland vom Bundeskartellamt und in Frankreich von der *Autorité de la concurrence*. Bei der Genehmigung solcher Fusionen müssen die Behörden zwischen den möglichen wettbewerbsfördernden und -beschränkenden Effekten abwägen. Einerseits kann eine Krankenhausfusion den Unternehmen die Möglichkeit geben, ihre Ressourcen zu bündeln, um eine höhere Effizienz zu erzielen. Andererseits verringert ein Zusammenschluss den Wettbewerb auf dem Markt, was zu höheren Preisen oder Qualitätseinbußen führen kann.⁴

¹ OECD (2021): Health and Expenditure Financing (online verfügbar, abgerufen am 25. Juli 2021). Dies gilt auch für alle anderen Online-Quellen dieses Berichts, sofern nicht anders vermerkt.

² OECD (2021), a. a. O.

³ Martin Gaynor (2021): Antitrust Applied: Hospital Consolidation Concerns and Solutions. Statement before the Committee on the Judiciary Subcommittee on Competition Policy, Antitrust, and Consumer Rights U.S. Senate (online verfügbar); Brent D. Fulton (2017): Health care market concentration trends in the United States: Evidence and policy responses. Health Affairs, 36(9), 1530–1538 (online verfügbar); Martin Gaynor et al. (2015): The industrial organization of health-care markets. Journal of Economic Literature, 53(2), 235–84 (online verfügbar).

⁴ Die von den Krankenhäusern verwendeten strategischen Variablen hängen von dem jeweiligen Rechtsrahmen ab, in dem sie tätig sind. In einigen Ländern können die Preise von den Regulierungsbehörden festgelegt werden, in anderen nicht.

Die Wettbewerbsbehörden entscheiden über Fusionen *ex ante* und stützen sich dabei auf vorhandene Wirtschaftsstudien. Diese Studien gehen im Allgemeinen davon aus, dass die Krankenhäuser nach der Fusion genau dieselben Behandlungsleistungen anbieten werden wie zuvor. Dies ist ein kritischer Punkt, denn wenn es tatsächlich zu Änderungen im Leistungsspektrum kommt, kann dies die erwarteten Folgen von Fusionen für das Wohlergehen der Patientinnen und Patienten verändern.

Um den Wettbewerbsbehörden zu helfen, in Zukunft bessere Entscheidungen zu treffen, sind retrospektive Studien über die tatsächlichen Auswirkungen von Fusionen erforderlich. Hätten diese Fusionen überhaupt genehmigt werden dürfen? Haben diese Zusammenschlüsse den Patientinnen und Patienten Vorteile oder Nachteile gebracht? Im Krankenhaussektor, wo es um Gesundheit und Menschenleben geht, ist diese Einschätzung besonders wichtig.

Eine wachsende Zahl empirischer Studien zeigt, dass die Nichtberücksichtigung möglicher Änderungen im Leistungsspektrum zu einer verzerrten Folgenabschätzung von Fusionen führen kann.⁵ Diese Studien konzentrieren sich allerdings ausschließlich auf Branchen, in denen die Unternehmen vor allem über den Preis konkurrieren, wie etwa im Fall von Supermärkten.⁶ Es lassen sich deshalb nur bedingt Rückschlüsse auf den Gesundheitssektor daraus ziehen. Denn in vielen europäischen Ländern werden die Preise für die Gesundheitsversorgung nicht vom Markt bestimmt, sondern durch gesetzliche Vorgaben festgelegt. In diesem Fall konkurrieren Unternehmen über andere Dimensionen als den Preis, etwa über die Qualität. Dies gilt auch für den Krankenhaussektor in Frankreich und Deutschland. In diesem Wirtschaftszweig ist es besonders wichtig zu prüfen, wie sich Fusionen auf das strategische Angebot von Behandlungsleistungen auswirken könnten.

Die Leitlinien der Europäischen Union (EU) für horizontale Fusionen weisen zwar darauf hin, dass die Unternehmen nach einer Fusion möglicherweise ihr Produkt- und/oder Dienstleistungsangebot ändern,⁷ doch wurde dies bei aktuellen Fusionsentscheidungen kaum beachtet. Gesundheitsexpertinnen und -experten hingegen betonen häufig,

dass Krankenhausfusionen tatsächlich zu einer Neuorganisation des Leistungsspektrums führen.

In diesem Bericht werden am Beispiel von Zusammenschlüssen zwischen privaten Krankenhäusern in Frankreich die Auswirkungen von Fusionen auf deren Neupositionierungsstrategien beleuchtet. Die Analyse gibt Aufschluss darüber, wie Fusionen zu einer Veränderung des relativen Leistungsangebots von Krankenhäusern führen können, die um dieselben Patientinnen und Patienten konkurrieren. Sie legt damit nahe, dass die Wettbewerbsbehörden diese strategischen Reaktionen in ihre Analyse einbeziehen sollten, wenn sie über die Genehmigung von Fusionen entscheiden.

Diese Erkenntnisse sind auch für den deutschen Krankenhaussektor von besonderer Bedeutung, denn er bewegt sich in einem ähnlichen Markt- und Regulierungsumfeld wie der französische. Dazu gehören eine große Auswahl an Krankenhäusern für die Patientinnen und Patienten, ein Wettbewerb über Qualität statt über Preise sowie eine starke Beteiligung privater Anbieter.⁸ Vor allem aber hat Deutschland eine große Fusionswelle in der Branche erlebt. Wie das Bundeskartellamt berichtet, wurden trotz des fortschreitenden Konzentrationsprozesses im Krankenhausbereich zwischen 2003 und Juli 2020 von den 325 angemeldeten Transaktionen lediglich sieben untersagt.⁹ Die aus dem französischen Fall gezogenen Lehren können als Ausgangspunkt für retrospektive Studien über Fusionen im deutschen Krankenhauswesen dienen. Dies wiederum kann dazu beitragen, bessere Politikmaßnahmen zu entwickeln. Dies ist insbesondere im Krankenhaussektor wichtig, denn hier geht es um Gesundheit und Menschenleben.

Fusionen im französischen Krankenhaussektor haben sich auf das Leistungsspektrum ausgewirkt. Die jüngste Welle von Fusionen in Verbindung mit den rechtlichen Rahmenbedingungen machen den französischen Krankenhaussektor zu einem idealen Studienfeld, um zu untersuchen, wie sich die Fusionen auf die Neupositionierung, also strategische Änderungen im Leistungsangebot, auswirken. Diese Studie verwendet eine neuartige Datenbank mit Schwerpunkt auf privaten Akutkrankenhäusern in Frankreich und deren Aktivitäten im Bereich der chirurgischen Versorgung in den Jahren 2009 bis 2017 (Kasten 1).

Aktuelle Vorschriften bieten Krankenhäusern Anreize für Wettbewerb

Das französische Krankenhausssystem wird von privaten und staatlichen Trägern betrieben, die jeweils einen großen Anteil an Patientinnen und Patienten versorgen. Der private Sektor ist in Frankreich gut ausgebaut und vor allem im Bereich der chirurgischen Versorgung präsent. Auf ihn

⁵ Elena Argentesi et al. (2018): Price or Variety? An Evaluation of Mergers Effects in Grocery Retailing. DIW Discussion Paper Nr. 1734 (online verfügbar); Thomas Wollmann (2018): Trucks without bailouts: Equilibrium product characteristics for commercial vehicles. *American Economic Review* 108(6), 1364–406 (online verfügbar); Ying Fan (2013): Ownership consolidation and product characteristics: A study of the US daily newspaper. *American Economic Review* 103 (5), 1598–1628 (online verfügbar); Sophia Li et al. (2019): Repositioning and market power after airline mergers (online verfügbar).

⁶ Bei der Konzentration auf eine vom Preiswettbewerb geprägte Branche gibt es mehrere mögliche Erklärungen für Änderungen in der Produktpositionierung nach einer Fusion. Einerseits wollen sich die fusionierenden Unternehmen möglicherweise abgrenzen, indem sie Doppelprodukte vermeiden und ihre Produkte nicht kabbalisieren. Andererseits kann eine Fusion, die zu Preiserhöhungen führt, Wettbewerber dazu veranlassen, neue Produkte anzubieten. Dieser zweite Effekt kann die negativen Auswirkungen der Fusion in Form von Preiserhöhungen abschwächen. Die sich daraus ergebende Frage für die Bewertung des Zusammenschlusses ist, ob die Veränderungen in der Produktvielfalt die negativen Preiseffekte ausgleichen.

⁷ Europäische Union (2004): Leitlinien zur Bewertung horizontaler Zusammenschlüsse gemäß der Ratsverordnung über die Kontrolle von Unternehmenszusammenschlüssen. Amtsblatt der Europäischen Union C 31, 05/02/2004, Absatz 30 (online verfügbar).

⁸ Luigi Sicilian et al. (2017): Policies towards hospital and GP competition in five European countries. *Health Policy* 121, 103–110 (online verfügbar).

⁹ Vgl. Informationen zur Gesundheitswirtschaft auf der Webseite des Bundeskartellamts (online verfügbar).

Kasten 1

Einzigartige Datenbank des französischen Krankenhausesektors für die Jahre 2009 bis 2017

Für eine konsistente Schätzung der Effekte von Fusionen auf die Neupositionierung von Dienstleistungen sind Informationen über fusionierende und nicht-fusionierende Einheiten erforderlich. Insbesondere muss ermittelt werden, wann eine Fusion stattfindet und welche Leistungen die einzelnen Krankenhäuser jeweils anbieten. Hierzu wurde ein einzigartiger und neuartiger Datensatz zu chirurgischen Leistungen, die von privaten Akutkrankenhäusern im französischen Krankenhausesektor im Zeitraum 2009 bis 2017 angeboten wurden, erstellt. Dabei wurden verschiedene Datenquellen kombiniert:

Krankenhausregister. Verwendet wurden Daten aus der Datenbank *Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux* (FINESS),¹ einem nationalen Verzeichnis von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen, das von der Regionaldirektion für Gesundheit und Soziales (*Direction régionale des affaires sanitaires et sociales*) und der Departementsdirektion für Gesundheit und Soziales (*Direction départementale des affaires sanitaires et sociales*) geführt wird. Alle Gesundheitseinrichtungen werden durch eine geografische und rechtliche FINESS-Nummer identifiziert. Jede FINESS-Kennung ist gepaart mit Daten über den Namen des Krankenhauses, den geografischen Standort, den rechtlichen Status, den Tätigkeitsbereich sowie das Datum der Eröffnung und der Schließung (falls zutreffend).

Krankenhaustätigkeiten. Hauptinformationsquelle für die vorliegende Studie sind Daten aus ScanSanté, einem öffentlich zugänglichen Datensatz, der einen umfassenden, landesweiten

¹ Vgl. Informationen auf der FINESS-Webseite (online verfügbar).

Datenbestand zum Tätigkeitsspektrum der Krankenhäuser enthält.² ScanSanté basiert auf einer DRG-Klassifizierung der Tätigkeitsbereiche und erfasst alle staatlichen und privaten Krankenhäuser. Er enthält Daten über alle von der Sozialversicherung an Krankenhäuser gezahlten Leistungen und ist somit die wichtigste Informationsquelle über die Tätigkeit von Krankenhäusern.

Lokale Märkte und Wettbewerber. Hospidiag – die Nationale Agentur zur Förderung der Leistung von gesundheitlichen und medizinisch-sozialen Einrichtungen (ANAP) – liefert über eine Definition lokaler Märkte Informationen zur Identität von konkurrierenden Einrichtungen.³ Für jede Einrichtung werden dazu alle Postleitzahlen der Wohnorte der Patientinnen und Patienten ermittelt und nach den höchsten Hospitalisierungsraten (Anzahl der medizinischen Aufenthalte je Anzahl der Einwohnerinnen und Einwohner) geordnet. Postleitzahlen, auf die 80 Prozent der Tätigkeit einer Einrichtung entfallen, werden als Einzugsgebiet betrachtet. Gesundheitseinrichtungen, die sich in dieser Region befinden, werden als lokale Wettbewerber betrachtet.

Fusionen und Übernahmen. Informationen über Fusionen und Übernahmen im Krankenhausesektor wurden durch Sekundärforschung ermittelt, beispielsweise anhand von Pressemitteilungen, Jahresabschlüssen von Unternehmen und spezialisierten Webseiten. Fusionen und Übernahmen können aus Fusionen und Übernahmen von einzelnen Kliniken oder von Klinikgruppen resultieren.

² Vgl. Informationen auf der ScanSanté-Webseite (online verfügbar).

³ Vgl. Informationen auf der Hospidiag-Webseite (online verfügbar).

entfallen etwa 40 Prozent aller Gesundheitseinrichtungen und 60 Prozent aller Krankenhauseinweisungen.¹⁰

Es sind vor allem drei Merkmale des französischen Regulierungsumfelds, die den Gesundheitseinrichtungen Anreize für einen Qualitätswettbewerb bieten und die Krankenhäuser zu einer möglichen Neupositionierung motivieren. Erstens können Patientinnen und Patienten in Frankreich frei wählen, wo sie sich behandeln lassen. Angesichts einer großzügigen Grund- und Zusatzversicherung ist die Selbstbeteiligung an den Kosten (drei Prozent der gesamten Krankenausgaben)¹¹ nicht der Hauptfaktor bei der Krankenhauswahl.

Zweitens finanzieren sich die Krankenhäuser größtenteils aus der von ihnen ausgeübten Tätigkeit. Die Akutversorgung der staatlichen wie auch der privaten Kliniken wird sogar ausschließlich auf diese Weise finanziert. Dies ist ein Anreiz

für Krankenhäuser, um Patientinnen und Patienten zu konkurrieren, denn zusätzliche Hospitalisierungen bedeuten zusätzliche Einnahmen.

Drittens genehmigen die regionalen Gesundheitsagenturen die Erbringung eines breiten Tätigkeitsspektrums, das viele Behandlungsleistungen umfasst. Bei einer Zusammenführung können alle Genehmigungen, die die fusionierenden Parteien besitzen, gemeinsam genutzt werden. Darüber hinaus können private, gewinnorientierte Krankenhäuser bei einer Fusion problemlos beschließen, eine bestimmte Leistung nicht mehr anzubieten. Denn anders als bei der Einrichtung eines neuen Angebots muss die regionale Gesundheitsbehörde die Einstellung einer Behandlungsleistung nicht genehmigen.

Insgesamt ist der französische Krankenhausesektor so gestaltet, dass die Krankenhäuser Anreize für einen Qualitätswettbewerb haben, um Patientinnen und Patienten zu gewinnen und ihre Gewinne zu steigern. Leistungen neu zu organisieren kann somit tatsächlich ein mögliches Ergebnis von Fusionen sein, da sie ein Mittel zur Gewinnoptimierung für Krankenhäuser darstellt.

¹⁰ Philippe Choné (2017): Competition policy for health care provision in France. Health Policy, 121(2): 111–118 (online verfügbar).

¹¹ Mutualité Française (2021): 213 €: Montant moyen des dépenses de santé restant à la charge des ménages en 2019. Meldung vom 5. April (online verfügbar).

Krankenhausfusionen haben im letzten Jahrzehnt zugenommen

Im Zeitraum von 2010 bis 2017 waren viele private, gewinnorientierte Krankenhäuser von Zusammenschlüssen betroffen.¹² Dahinter stehen zwei Dynamiken: Erstens ist die Zahl der eigenständigen Privatkrankenhäuser, die von Klinikgruppen aufgekauft wurden, kontinuierlich gestiegen: von acht im Jahr 2010 auf 84 im Jahr 2017. Zweitens wechselten private Krankenhäuser, die bereits zu Klinikgruppen gehörten, aufgrund von Fusionen zwischen Gruppen den Eigentümer.¹³ Von 2014 bis 2017 hat etwa ein Drittel der privaten Krankenhäuser eine Fusion oder einen Eigentümerwechsel erlebt (Abbildung 1). Krankenhausfusionen sind zu einem wichtigen Merkmal der französischen Gesundheitslandschaft geworden.

Die meisten chirurgischen Leistungen werden von weniger privaten Krankenhäusern angeboten

Anders als staatliche Krankenhäuser sind private Kliniken in Frankreich relativ frei darin, Leistungen einzustellen und, mit gewissen Einschränkungen, neue Angebote einzurichten; sie unterliegen keinen staatlichen Vorgaben bezüglich der Bereitstellung von Gesundheitsdiensten. In den vergangenen zehn Jahren hat die Branche zahlreiche organisatorische Veränderungen erlebt (Abbildung 2). In den 21 chirurgischen Tätigkeitsgruppen (*groupes de planification*) wurden zwischen 2009 und 2017 mehr als 800 eingestellt. Im selben Zeitraum wurden jedoch nur weniger als 400 Tätigkeiten neu eingerichtet, so dass die Einstellungen nicht kompensiert werden konnten.

Fusionierte Krankenhäuser reduzieren das Angebot an Doppelleistungen

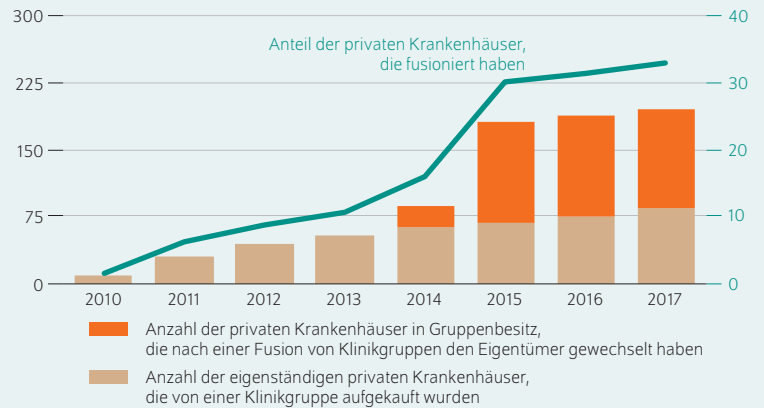
Wie gezeigt, kam es in Frankreich zu einer Konsolidierung des Krankenhausesektors und gleichzeitig zu einem Rückgang der Anzahl der Tätigkeitsgruppen in der Chirurgie. Dies wirft die Frage auf, ob es einen kausalen Zusammenhang zwischen beiden Entwicklungen gibt. Ändern zwei Krankenhäuser in vormalig unterschiedlicher Trägerschaft nach einem Zusammenschluss ihr Leistungsangebot im Verhältnis zueinander und zu den Wettbewerbern? Die Studie untersucht Paarungen privater Kliniken, die auf

¹² Von den mehr als 1100 Gesundheitseinrichtungen, die in der verwendeten Datenbank akut-chirurgische Leistungen anbieten, sind fast die Hälfte private, gewinnorientierte Krankenhäuser. Die Konzentration auf private, gewinnorientierte Krankenhäuser in der Studie ist dadurch begründet, dass staatliche Krankenhäuser nicht so frei in der Gestaltung ihres Leistungsangebots sind. Anders als private, gewinnorientierte Kliniken haben staatliche Krankenhäuser einen öffentlichen Versorgungsauftrag. Die Einstellung von Behandlungsleistungen an staatlichen Krankenhäusern ist zudem äußerst problematisch.

¹³ Im Untersuchungszeitraum gab es eine Reihe von Fusionen, die unter der Kontrolle der französischen Wettbewerbsbehörde genehmigt wurden: *Décision n° 14-DCC-79 du 11 juin 2014 relative à la prise de contrôle exclusif du groupe Médi-Partenaires par le groupe Bridgepoint*; *Décision n° 14-DCC-141 du 24 septembre 2014 relative à la prise de contrôle conjoint de Générale de Santé par Ramsay Health Care et Predica (Groupe Crédit Agricole)*; *Décision n° 15-DCC-155 du 30 novembre 2015 relative à la prise de contrôle exclusif d'Hôpital Privé Métropole par Compagnie Générale de Santé*; *Décision n° 15-DCC-146 du 26 octobre 2015 relative à la prise de contrôle exclusif de Vitalia par Vedic Holding (CVC Capital Partners)*; *Décision n° 17-DCC-95 du 23 juin 2017 relative à la prise de contrôle exclusif du groupe MédiPôle Partenaires par le groupe Elsan*.

Abbildung 1

Private Krankenhäuser¹ in Frankreich, die fusioniert haben Gesamtzahl (linke Skala) und Anteil an privaten Krankenhäusern in Prozent (rechte Skala)



1 Akutkrankenhäuser mit chirurgischer Versorgung.

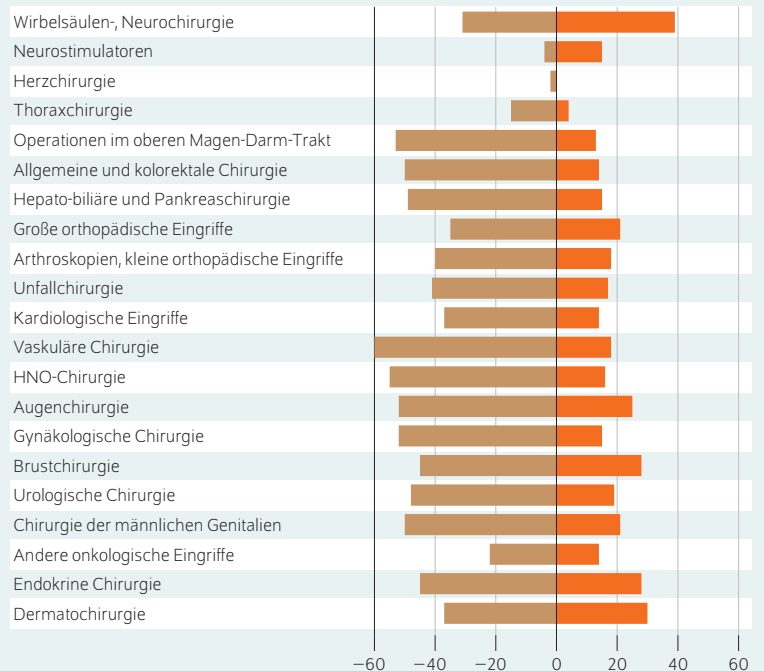
Quelle: Eigene Untersuchungen auf Grundlage der Datenbank *Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux* (FINESS) und Sekundärforschung.

© DIW Berlin 2021

Von 2010 bis 2017 hat etwa ein Drittel der privaten Krankenhäuser in Frankreich mindestens eine Fusion oder einen Eigentümerwechsel erlebt.

Abbildung 2

Einstellungen und Neueinrichtungen von 21 chirurgischen Tätigkeitsgruppen durch private Krankenhäuser¹ in Frankreich, 2009 bis 2017



1 Private Akutkrankenhäuser.

Quellen: Eigene Untersuchungen auf Grundlage der Datenbank *Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux* (FINESS) und ScanSanté.

© DIW Berlin 2021

Von 2009 bis 2017 gab es 439 Netto-Einstellungen in den chirurgischen Tätigkeitsgruppen.

Kasten 2

Ökonometrisches Modell

Es wird ein ökonometrisches Modell eingeführt, um die Effekte einer Änderung der Eigentumsverhältnisse von getrennter zu gemeinsamer Trägerschaft bei privat betriebenen Krankenhäusern auf die Differenzierung der angebotenen Leistungen zu untersuchen. Betrachtet werden drei einfache Differenzierungsmaße $d_{h_1h_2gr}$ zwischen Krankenhaus h_1 und Krankenhaus h_2 der Leistung g zum Zeitpunkt t :

- $d_{h_1h_2gr}^{11}$ („Beide Krankenhäuser bieten eine Leistung an“ in Tabelle 2): Nimmt den Wert 1 an, wenn sowohl Krankenhaus h_1 als auch Krankenhaus h_2 die Leistung g zum Zeitpunkt t anbieten, andernfalls den Wert 0;
- $d_{h_1h_2gr}^1$ („Eines der beiden Krankenhäuser bietet eine Leistung an“ in Tabelle 2): Nimmt den Wert 1 an, wenn nur Krankenhaus h_1 oder Krankenhaus h_2 die Leistung g zum Zeitpunkt t anbietet, andernfalls den Wert 0;
- $d_{h_1h_2gr}^{00}$ („Keines der beiden Krankenhäuser bietet eine Leistung an“ in Tabelle 2): Nimmt den Wert 1 an, wenn weder Krankenhaus h_1 noch Krankenhaus h_2 die Leistung g zum Zeitpunkt t anbietet, andernfalls den Wert 0.

Der Fokus liegt auf Märkten, in denen eine lokale Fusion stattgefunden hat. Verglichen werden alle paarweisen Krankenhauskombinationen in einem bestimmten lokalen Markt und für eine bestimmte angebotene Behandlungsleistung:

$$d_{h_1h_2gr} = X1_{h_1h_2gr}\beta_1 + X2_{h_1h_2gr}\beta_2 + \delta_t + \eta_{h_1h_2g} + \epsilon_{h_1h_2gr}$$

demselben lokalen Markt angesiedelt sind und somit um dieselben Patientinnen und Patienten konkurrieren (siehe Kasten 1 für eine Definition lokaler Märkte). Dabei konzentriert sie sich auf die Veränderungen der Eigentumsverhältnisse auf lokaler Ebene, die sich aus Fusionen größerer Klinikgruppen ergeben.

Ein Beispiel: Für jedes Fokuskrankenhaus wird ein Einzugsgebiet festgelegt – verstanden als die maximale Entfernung, die die meisten Patientinnen und Patienten bereit wären zurückzulegen, um das Fokuskrankenhaus zu erreichen (Abbildung 3). Es wird davon ausgegangen, dass alle Krankenhäuser innerhalb der lokalen Märkte einen Wettbewerbsdruck auf das Fokuskrankenhaus ausüben. Dieser Druck kann jedoch variieren, je nachdem, ob zwei Krankenhäuser denselben Eigentümer haben oder nicht. Vor der Fusion konkurrieren vier Krankenhäuser (H1, H2, H3 und H4) miteinander, wobei jedes Krankenhaus zu einer eigenen Klinikgruppe gehört. Sobald eine Fusion zwischen den beiden Gruppen stattfindet und H1 und H4 zur selben Gruppe gehören, nimmt der Wettbewerb auf diesem lokalen Markt ab. Ändern H1 und H4 nach der Fusion ihr Leistungsangebot? Wie positioniert sich H1 im Hinblick auf seine Konkurrenten H2 und H3?

wobei

- $X1_{h_1h_2gr}$ eine Dummy-Variable mit dem Wert „1“ ist, wenn Fokuskrankenhaus h_1 und Krankenhaus h_2 im Jahr t denselben Eigentümer haben;
- $X2_{h_1h_2gr}$ eine Dummy-Variable mit dem Wert „1“ ist, wenn Fokuskrankenhaus h_1 eine Fusion durchlaufen hat und Krankenhaus h_2 im Jahr t sein Wettbewerber war;
- fixe Zeiteffekte berücksichtigt werden, δ_t : Dies erlaubt die Berücksichtigung möglicher Differenzierungstendenzen in der Branche, die unabhängig von Fusionen zu beobachten sind;
- fixe Krankenhauspaar-Leistungseffekte berücksichtigt werden: $\eta_{h_1h_2gr}$ die feste (über die Zeit konstante) Unterschiede zwischen den Leistungen von Krankenhauspaarungen erklären.

Zwei für diese Studie relevante Koeffizienten werden wie folgt interpretiert:

- β_1 („zwischen fusionierenden Krankenhäusern“ in Tabelle 2): die durchschnittliche Zunahme im hier verwendeten Differenzierungsmaß, die mit einem Wechsel von getrennter zu gemeinsamer Trägerschaft einer Krankenhauspaarung einhergeht;
- β_2 („in Bezug auf einen Wettbewerber“ in Tabelle 2): die durchschnittliche Zunahme im hier verwendeten Differenzierungsmaß zwischen dem an einer Fusion beteiligten Fokuskrankenhaus und seinen Wettbewerbern.

Insgesamt wurden 182 Märkte identifiziert, die von einer lokalen Fusion betroffen sind. Sie bilden den Schwerpunkt der Analyse. Ein privates Krankenhaus konkurriert in seinem lokalen Markt durchschnittlich mit neun anderen privaten Krankenhäusern (Tabelle 1). Krankenhäuser, die sich innerhalb desselben lokalen Marktes befinden, bieten im Durchschnitt eine Auswahl von 20 verschiedenen chirurgischen Tätigkeitsgruppen an. Darüber hinaus wird eine bestimmte Leistung von durchschnittlich sechs Krankenhäusern auf dem lokalen Markt angeboten.

Für alle Jahre, Krankenhäuser und chirurgischen Tätigkeitsgruppen innerhalb eines lokalen Marktes werden drei Maße der Angebotsdifferenzierung betrachtet (Kasten 2): (1) Beide Krankenhäuser einer Paarung bieten eine bestimmte Leistung in einem bestimmten Jahr an. (2) Nur eines bietet sie an. (3) Keines der beiden Krankenhäuser bietet eine Leistung an.

Krankenhauspaarungen, die dieselbe Leistung anbieten, machen 46 Prozent aller Beobachtungen aus. Bei etwa einem Drittel aller Paarungen (32 Prozent) bietet ein Krankenhaus eine Leistung an, das andere jedoch nicht. Bei 22 Prozent der Beobachtungen wird eine Leistung von keinem der beiden Krankenhäuser erbracht.

Das ökonomische Modell untersucht für eine Kombination aus Krankenhauspaarung und Tätigkeitsgruppe, wie sich der Wechsel von getrennter zu gemeinsamer Trägerschaft auf das Maß der Angebotsdifferenzierung auswirkt (Kasten 2).

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Krankenhäuser nach einer Fusion das Angebot an Leistungen, die sie beide anbieten, um 2,5 Prozentpunkte oder fünf Prozent im Vergleich zum Mittelwert signifikant reduzieren (Tabelle 2). Gleichzeitig ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie unterschiedliche Leistungen anbieten, signifikant höher (Anstieg um 2,3 Prozentpunkte oder sieben Prozent im Vergleich zum Mittelwert). Eine Veränderung der Wahrscheinlichkeit, dass keines der beiden Krankenhäuser die Leistung anbietet, ist hingegen nicht signifikant und nahe Null. Ähnliche Muster zeigen sich bei der Betrachtung der Positionierung eines fusionierenden Krankenhauses gegenüber einem Konkurrenten.

Insgesamt können diese Reaktionen als strategischer Neupositionierungseffekt interpretiert werden. Die fusionierenden Krankenhäuser passen ihr Leistungsangebot an, indem sie Doppelleistungen eliminieren. Ob dies für die Patientinnen und Patienten gut oder schlecht ist, hängt davon ab, welcher Haupteffekt solcher Strategien überwiegt. Einerseits können diese Strategien eingeführt werden, um eine Kannibalisierung von Leistungen zu vermeiden, was zu geringerem Wettbewerb führt. Hier ist zu erwarten, dass durch die Verringerung des Wettbewerbs die Qualität sinkt. Andererseits kann die Neuorganisation von Leistungen zu Effizienzsteigerungen führen, da die Unternehmen ihre Ressourcen zusammenlegen können, um eine effiziente Größe zu erreichen. Der Zuwachs an Erfahrung, der durch die Durchführung einer größeren Anzahl von Operationen erreicht wird, kann zudem die Qualität der erbrachten Leistungen erhöhen. Anhand der Ergebnisse der vorliegenden Studie kann zwar nicht beurteilt werden, welcher Effekt überwiegt, doch machen sie deutlich, dass Krankenhausfusionen nicht analysiert werden können, ohne ihre strategischen Veränderungen im Leistungsangebot zu berücksichtigen.

Fazit: Wettbewerbsbehörden sollten Reaktionen der Krankenhäuser auf eine Fusion berücksichtigen

Am Beispiel des französischen Krankenhaussektors zeigt dieser Bericht, dass fusionierte Krankenhäuser ihre doppelten Behandlungsleistungen reduzieren. Außerdem positionieren sie sich strategisch gegenüber ihrer Konkurrenz. Wenn Wettbewerbsbehörden einen Zusammenschluss im Hinblick auf dessen potenzielle wettbewerbsfördernden und -beschränkenden Effekte bewerten, sollten sie berücksichtigen, dass die fusionierenden Krankenhäuser ihr Leistungsspektrum infolge der veränderten Wettbewerbslandschaft möglicherweise ändern. Die Studie liefert zwar Erkenntnisse darüber, welche Strategien der Neupositionierung Krankenhäuser nach einer Fusion verfolgen, doch mehrere Fragen bleiben offen. Mit Blick auf das Gemeinwohl wäre zu untersuchen, ob Zusammenschlüsse dazu führen, dass die Krankenhäuser zu wenige Leistungen anbieten. Sind die

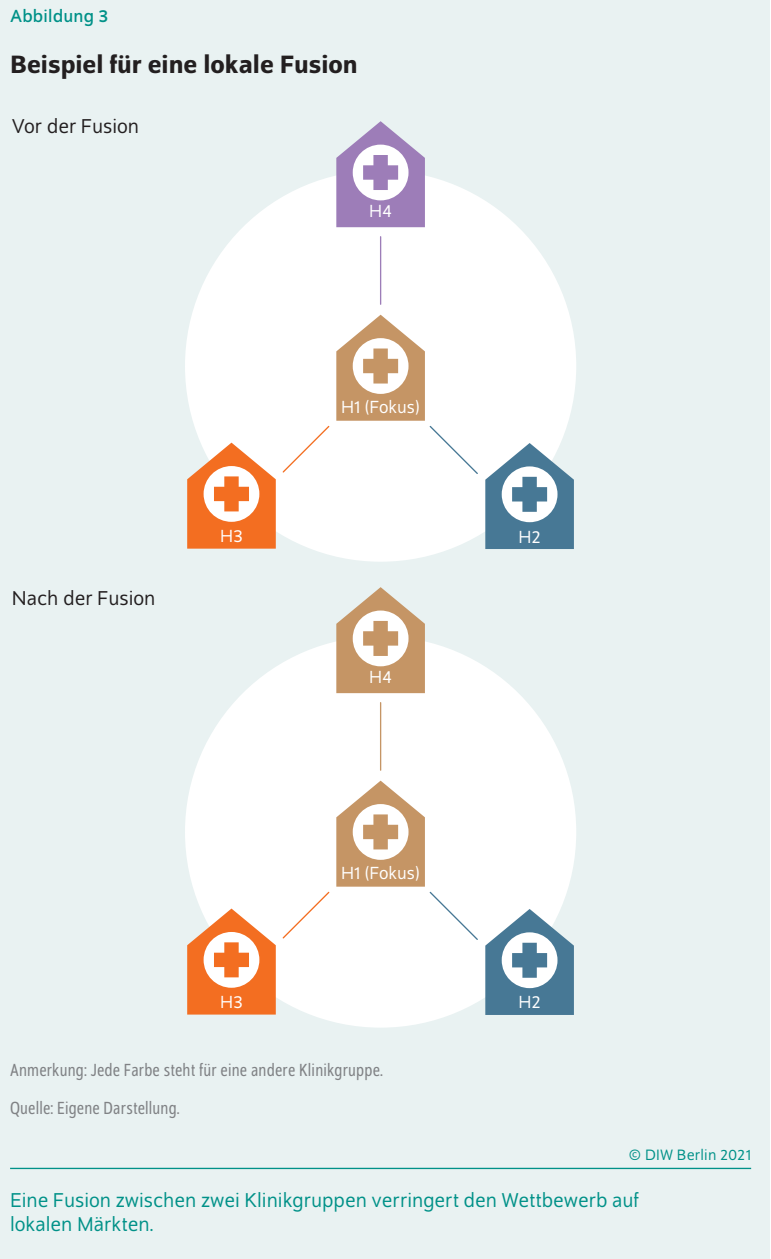


Tabelle 1

Statistiken zu den 182 lokalen Märkten, die eine lokale Fusion erlebt haben, nach Märkten/Krankenhauspaarungen und Untersuchungsjahren (2009–2017)

	Mittel	Minimum	Maximum
Lokale Märkte, die die Fusion eines Fokuskrankenhauses erlebt haben			
Anzahl privater Krankenhäuser	9	1	18
Anzahl der im lokalen Markt angebotenen einzelnen Leistungen	20	9	21
Anzahl der einzelnen Krankenhäuser, die eine Leistung im lokalen Markt anbieten	6	0	13
Krankenhauspaarungen im lokalen Markt, die die Fusion eines Fokuskrankenhauses erlebt haben			
Beide Krankenhäuser bieten eine bestimmte Leistung an (in Prozent)	46	0	100
Nur ein Krankenhaus bietet eine bestimmte Leistung an (in Prozent)	32	0	100
Keines der beiden Krankenhäuser bietet eine bestimmte Leistung an (in Prozent)	22	0	100

Quelle: Eigene Untersuchungen auf Grundlage der Datenbank *Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux* (FINESS), ScanSanté, Hospidagi und eigener Sekundärforschung.

Tabelle 2

Auswirkungen von Krankenhausfusionen auf das Leistungsangebot
In Prozent

	Beide Krankenhäuser bieten eine Leistung an	Eines der Krankenhäuser bietet eine Leistung an	Keines bietet eine Leistung an
Zwischen fusionierenden Krankenhäusern	-2,5***	2,3***	0,23
In Bezug auf einen Wettbewerber	-1,6*	1,3**	3,0
Beobachtungen	350 190	350 190	350 190

Anmerkungen: Alle Regressionen enthalten fixe Effekte für Krankenhauspaar-Tätigkeitsgruppen und fixe Zeiteffekte. Erstere kontrollieren für paar-spezifische Unterschiede für eine bestimmte Leistung, während letztere für den Zeittrend kontrollieren. Die Koeffizienten werden aus der Variation innerhalb der Krankenhauspaar-Tätigkeitsgruppe identifiziert, also aus der Korrelation zwischen dem Leistungsangebot des Paares und den Veränderungen der Eigentumsverhältnisse im Zeitverlauf. Die Sternchen an den Werten bezeichnen das Signifikanzniveau, das die statistische Genauigkeit der Schätzung angibt. Je mehr Sternchen, desto geringer die Irrtumswahrscheinlichkeit: ***, ** und * geben die Signifikanz auf dem Ein-, Fünf- und Zehn-Prozent-Niveau an.

Quellen: Datenbank *Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux* (FINESS), ScanSanté, Hospidiag und eigene Sekundärforschung.

© DIW Berlin 2021

Patientinnen und Patienten besser oder schlechter gestellt? Wird das Wettbewerbsrecht bei Krankenhausfusionen zu locker oder eher zu strikt durchgesetzt?

Die Antwort auf diese Fragen hängt davon ab, welcher Haupteffekt vorherrscht. Einfach formuliert: Verringern Fusionen die Qualität der Leistungen durch die Verringerung des Wettbewerbs? Oder ermöglichen sie es den Krankenhäusern, sich zu spezialisieren und dadurch möglicherweise die Qualität der Leistungen zu erhöhen? In der Fusion zwischen

dem St. Franziskus-Hospitals der Malteser und der somatischen Abteilung des Diakonissenkrankenhauses in Flensburg, wurde das letztgenannte Argument von den fusionierenden Parteien vorgebracht. Sie machten insbesondere geltend, dass die Behandlung einer höheren Zahl von Patientinnen und Patienten innerhalb eines Krankenhauses aufgrund des Zuwachses an Erfahrung oder Routine zu einer Steigerung der Qualität führe. In seinem Beschluss ging das Bundeskartellamt auf die möglichen Effizienzgewinne des Zusammenschlusses ein – mit dem Ergebnis, dass diese Effizienzgewinne anhand der vorliegenden Daten nicht nachweisbar seien. Letztlich wurde der Zusammenschluss vom Bundeskartellamt 2020 freigegeben.¹⁴

Dieses Beispiel zeigt deutlich, dass mehr retrospektive Studien vonnöten sind, um der Politik Orientierung zu geben und ihre Entscheidungen zu verbessern. Dies erfordert die Zusammenarbeit einer Reihe von Akteuren: Wettbewerbsbehörden, die an retrospektiven Studien über die von ihnen genehmigten Fusionen interessiert sind, nationale Gesundheitsbehörden, die detaillierte Daten sammeln und verfügbar machen, mit denen eine Bewertung der Ergebnisse für ein breites Spektrum von Behandlungsleistungen möglich ist, und Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler mit einem Instrumentarium modernster ökonomischer Methoden. Im Krankenhaussektor, einer der wichtigsten Wirtschaftszweige, in der Lebensqualität und Leben auf dem Spiel stehen, sind solche Initiativen von zentraler Bedeutung.

¹⁴ Bundeskartellamt (2020): Beschluss im Verwaltungsverfahren Malteser Norddeutschland gGmbH / Ev.-luth. Diakonissenanstalt zu Flensburg (online verfügbar).

Daniel Herrera-Araujo ist Dozent an der Universität Paris-Dauphine | daniel.herrera@dauphine.psl.eu

JEL: C23, I11, L40

Keywords: mergers, industry concentration, hospital industry

Joanna Piechucka is wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Unternehmen und Märkte am DIW Berlin | jjpiechucka@diw.de

This report is also available in an English version as DIW Weekly Report 33/2021:

www.diw.de/diw_weekly



IMPRESSUM



DIW Berlin — Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e.V.

Mohrenstraße 58, 10117 Berlin

www.diw.de

Telefon: +49 30 897 89-0 Fax: -200

88. Jahrgang 18. August 2021

Herausgeberinnen und Herausgeber

Prof. Dr. Tomaso Duso; Prof. Marcel Fratzscher, Ph.D.; Prof. Dr. Peter Haan;
Prof. Dr. Claudia Kemfert; Prof. Dr. Alexander S. Kritikos; Prof. Dr. Alexander
Kriwoluzky; Prof. Dr. Stefan Liebig; Prof. Dr. Lukas Menkhoff; Prof. Karsten
Neuhoff, Ph.D.; Prof. Dr. Carsten Schröder; Prof. Dr. C. Katharina Spieß;
Prof. Dr. Katharina Wrohlich

Chefredaktion

Sabine Fiedler; Dr. Anna Hammerschmid (Stellv.)

Lektorat

Olga Chiappinelli

Redaktion

Prof. Dr. Pio Baake; Marten Brehmer; Rebecca Buhner; Claudia Cohnen-Beck;
Dr. Hella Engerer; Petra Jasper; Sebastian Kollmann; Sandra Tubik;
Kristina van Deuverden

Vertrieb

DIW Berlin Leserservice, Postfach 74, 77649 Offenburg

leserservice@diw.de

Telefon: +49 1806 14 00 50 25 (20 Cent pro Anruf)

Gestaltung

Roman Wilhelm, Stefanie Reeg, DIW Berlin

Umschlagmotiv

© imageBROKER / Steffen Diemer

Satz

Satz-Rechen-Zentrum Hartmann + Heenemann GmbH & Co. KG, Berlin

Druck

USE gGmbH, Berlin

ISSN 0012-1304; ISSN 1860-8787 (online)

Nachdruck und sonstige Verbreitung – auch auszugsweise – nur mit
Quellenangabe und unter Zusendung eines Belegexemplars an den
Kundenservice des DIW Berlin zulässig (kundenservice@diw.de).

Abonnieren Sie auch unseren DIW- und/oder Wochenbericht-Newsletter
unter www.diw.de/newsletter