



547 Bericht von Daniel Herrera-Araujo und Joanna Piechucka

Krankenhausfusionen können sich auf das Leistungsangebot auswirken

- In vielen europäischen Ländern hat die Zahl der Krankenhausfusionen in den letzten Jahrzehnten zugenommen
- Lokale Fusionen können zu einer Veränderung der angebotenen Gesundheitsdienste führen
- Bei der Prüfung einer Fusion sollten die Wettbewerbsbehörden die strategischen Reaktionen der Krankenhäuser berücksichtigen

555 Interview mit Joanna Piechucka

556 Kommentar von Gert G. Wagner

**Selbst zahlen für Tests: Außerhalb
des Paradieses hat nun mal alles
seinen Preis**

Stückelung des Geldumlaufs

Geldumlauf einiger Länder

Umlauf an Noten und Münzen in Mill. RM (umgerechnet über die Parität zur Reichsmark¹⁾)

Monats- durch- schnitt	U. S. A.	Frank- reich	Groß- bri- tan- nien	Deutsch- land	Italien	Nie- der- lande	Bel- gien	Schweiz	Un- garn	Polen	Schwe- den	Öster- reich	Ru- mä- nien	Däne- mark	Jugo- sla- vien	Nor- wegen
1929																
September	20 195	11 164	9187	6091	4143	1670	1662	1044	352	732	679	635	537	475	426	380
Oktober	20 192	11 308	9130	6046	4174	1672	1694	1052	362	747	662	645	556	482	434	373
Dezember	20 750	11 441	9320	6268	4135	1685	1689	1079	356	732	674	666	545	488	430	383
1930																
März . . .	19 025	11 884	9012	5867	4006	1634	1752	1023	320	701	662	589	518	471	407	360
Juni . . .	18 845	12 206	9231	5874	3933	1649	1820	1031	327	698	686	612	487	489	396	374
September	18 862	12 341	9154	5915	4011	1650	1911	1074	332	725	699	607	520	465	418	370
Oktober	18 895	12 493	9108	5875	3976	1653	1946	1087	352	744	690	611	515	476	423	375
Dezember	20 247	12 797	9314	5998	3926	1666	1977	1123	350	714	687	660	518	476	404	377
1931																
März . . .	19 275	13 143	8881	5615	3800	1637	1987	1081	306	677	661	583	495	458	362	348
Juni . . .	19 947	13 014	8999	5529	3703	1695	1996	1171	298	667	673	676	494	460	352	349
Septemb. ²⁾	21 515	13 205	8989	5965	3687	1896	2093	1399	318	669	694	659	583	448	382	354
Oktober ²⁾	22 972	13 789	9044	5987	3862	2016	2221	1478	308	.	690	652	585	.	396	354

¹⁾ Valutaschwankungen sind nicht berücksichtigt, weil es hier nicht auf den tatsächlichen Wert, sondern auf den Nominalbetrag der Geldmenge ankommt. ²⁾ Z. T. Vorläufige Zahlen.

© DIW Berlin 1931

Bereits seit Mitte des vorigen Jahrhunderts haben sich die Aufgaben der Banknote nach und nach gewandelt. War die Note ursprünglich Zahlungsmittel und Kassensicherungsmittel der Erwerbswirtschaft, so wurde sie darin allmählich von den bargeldlosen Methoden der Zahlung und Kassensicherung (Überweisung, Scheck und Bankeinlage) ersetzt. Gegenwärtig ist sie in den meisten Ländern fast nur noch nationales Konsumentengeld, d. h. Zahlungsmittel und Kassensicherungsmittel im Bereich der Verbrauchswirtschaft. [...] Das zeigt sich deutlich in der Stückelung des Notenumlaufs. Bis zum Anfang dieses Jahrhunderts waren in allen Ländern — nachdem mit der wilden Papiergeldwirtschaft der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts gebrochen worden war — überwiegend großgestückelte Noten im Wert von etwa 100 Goldfranken an aufwärts im Umlauf. Seitdem aber traten die kleinen Abschnitte mehr und mehr in den Vordergrund. Der größte Teil der umlaufenden Stückgeldmenge setzt sich gegenwärtig aus den kleinen Abschnitten zusammen, die als „Konsumentengeld“ dem täglichen Kleinzahlungsverkehr der Verbrauchswirtschaft dienen und damit den Charakter von Scheidegeld angenommen haben.

Aus dem Wochenbericht Nr. 33 vom 11. November 1931

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

USEgGmbH, 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

AUF EINEN BLICK

Krankenhausfusionen können sich auf das Leistungsangebot auswirken

Von Daniel Herrera-Araujo und Joanna Piechucka

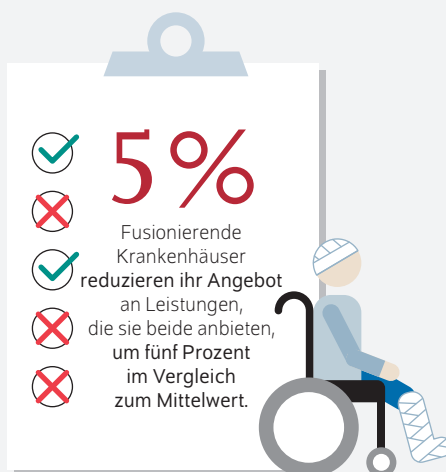
- Jedes dritte Krankenhaus in Frankreich war von 2010 bis 2017 an einer Fusion beteiligt
- Fusionierte Krankenhäuser verringerten das Angebot an Leistungen, die sie beide erbringen, um fünf Prozent im Vergleich zum Mittelwert
- Nach einer Fusion stieg die Wahrscheinlichkeit, dass sie unterschiedliche Dienstleistungen anbieten, um sieben Prozent im Vergleich zum Mittelwert
- Studienbefunde sind auch für den deutschen Krankenhaussektor 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 Krankenhausmärkten 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 Krankenhaussektors 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 Krankenhaussektor 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 kannibalisieren. 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 Krankenhaussektors 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 Krankenhaussektor 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

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. Hospidag – 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 Krankenhaussektor 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.

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

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

³ Vgl. Informationen auf der Hospidag-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 Krankenhausaussgaben)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 Krankenhaussektor 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 Privatkrankehäuser, 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

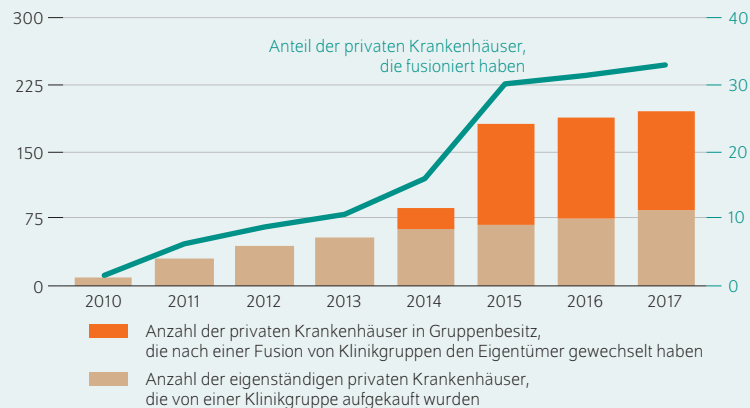
Wie gezeigt, kam es in Frankreich zu einer Konsolidierung des Krankenhaussektors und gleichzeitig zu einem Rückgang der Anzahl der Tätigkeitsgruppen in der Chirurgie. Dies wirft die Frage auf, ob es einen kausalen Zusammenhang zwischen beiden Entwicklungen gibt. Ändern zwei Krankenhäuser in vormals unterschiedlicher 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 Vedici 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.

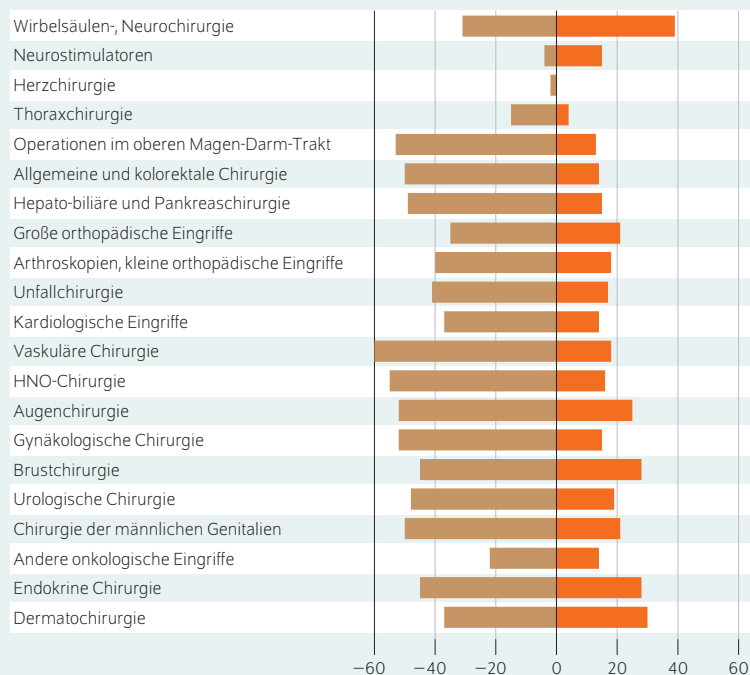
Quelle: Eigene Untersuchungen auf Grundlage der Datenbank *Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (FINES)* und Sekundärforschung.

© 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 (FINES)* 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 $d_{h_1 h_2 g t}$ zwischen Krankenhaus h_1 und Krankenhaus h_2 der Leistung g zum Zeitpunkt t :

- $d_{h_1 h_2 g t}^{11}$ („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;
- $d_{h_1 h_2 g t}^{10}$ („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;
- $d_{h_1 h_2 g t}^{00}$ („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:

$$d_{h_1 h_2 g t} = X1_{h_1 h_2 g t} \beta_1 + X2_{h_1 h_2 g t} \beta_2 + \delta_t + \eta_{h_1 h_2 g} + \epsilon_{h_1 h_2 g t}$$

wobei

- $X1_{h_1 h_2 g t}$ eine Dummy-Variable mit dem Wert „1“ ist, wenn Fokuskrankenhaus h_1 und Krankenhaus h_2 im Jahr t denselben Eigentümer haben;
- $X2_{h_1 h_2 g t}$ 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: $\eta_{h_1 h_2 g}$ 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.

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?

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 ökonometrische 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.

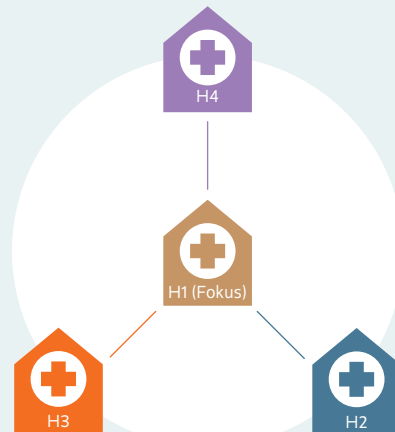
Fazit: Wettbewerbsbehörden sollten Reaktionen der Krankenhäuser auf eine Fusion berücksichtigen

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

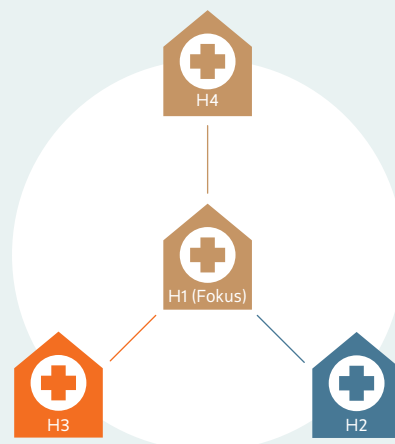
Abbildung 3

Beispiel für eine lokale Fusion

Vor der Fusion



Nach der Fusion



Anmerkung: Jede Farbe steht für eine andere Klinikgruppe.

Quelle: Eigene Darstellung.

© DIW Berlin 2021

Eine Fusion zwischen zwei Klinikgruppen verringert den Wettbewerb auf lokalen Märkten.

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, Hospidag und eigener Sekundärforschung.

© DIW Berlin 2021

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, Hospidag 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 Université Paris-Dauphine | daniel.herrera@dauphine.psl.eu

JEL: C23, I11, L40

Keywords: mergers, industry concentration, hospital industry

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

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

www.diw.de/diw_weekly



INTERVIEW



„Auch in Deutschland hat es viele Krankenhausfusionen gegeben“

Joanna Piechucka ist wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Unternehmen und Märkte am DIW Berlin

1. **Frau Piechucka, Sie haben die Effekte von Krankenhausfusionen in Frankreich untersucht. Wie viele Krankenhäuser haben dort in den letzten Jahren fusioniert?** In den letzten ein, zwei Jahrzehnten kam es auf dem französischen Krankenhaussektor zu einer Reihe von Fusionen. Das betraf ein Drittel aller profitorientierten Privatkliniken. Zum einen wächst die Zahl der individuellen Privatkliniken, die von Krankenhausgruppen aufgekauft werden, zum anderen wechseln Privatkliniken den Eigentümer, weil große Krankenhausgruppen fusionieren. Ähnliche Trends gibt es in vielen europäischen Ländern und auch in den USA.
2. **Was sind die Gründe für die Fusionen und wo liegen die Vorteile für die Betreiber?** Einerseits ermöglicht eine Fusion den Firmen, Ressourcen zu bündeln und so die Effizienz zu erhöhen und Kosten zu senken. Zudem kann eine größere Spezialisierung die Leistungsqualität erhöhen. Andererseits können Fusionen auch ein Versuch sein, die Marktmacht zu erhöhen und den Wettbewerb zu verringern, was wiederum zu Qualitätseinbußen führen kann.
3. **Welche Auswirkungen haben die Fusionen auf den Wettbewerb?** Fusionen können zu einer größeren Konzentration auf den lokalen Gesundheitsmärkten führen. Das kann die Bereitstellung von Behandlungsleistungen in diesen Märkten beeinträchtigen. In unserer Studie zeigen wir, dass fusionierende Krankenhäuser das Angebot an Doppelleistungen reduzieren. Anstatt die gleiche Leistung doppelt anzubieten, wird eine davon eliminiert. Insgesamt haben diese Fusionen in großem Maßstab dazu beigetragen, dass viele Behandlungsleistungen nicht mehr angeboten werden.
4. **Haben die Fusionen auch Vorteile für die Gesundheitsversorgung?** In Frankreich werden die Preise für die Gesundheitsversorgung durch gesetzliche Vorgaben festgelegt. Fusionen wirken sich daher eher auf die Behandlungsqualität aus. Ob sich diese positiv entwickelt, hängt davon ab, welcher Effekt vorherrscht: Einerseits können Fusionen die Qualität der Behandlung reduzieren, weil sie

den Wettbewerb verringern, andererseits können sich Krankenhäuser durch Fusionen stärker spezialisieren und durch mehr Routine die Qualität verbessern. Direkt beantworten können wir diese Frage nicht.

5. **Inwieweit lassen sich Ihre Ergebnisse aus Frankreich auf Deutschland übertragen?** Betrachtet man die Akutkrankenhäuser, ist der regulatorische Kontext in Deutschland mit dem französischen vergleichbar. In beiden Ländern werden die Preise für die Gesundheitsversorgung gesetzlich festgelegt, Patienten können das behandelnde Krankenhaus relativ frei wählen und es gibt einen hohen Anteil privater Versorgung. Daher konkurrieren die Krankenhäuser eher in der Qualität als im Preis. Auch in Deutschland hat es viele Krankenhausfusionen gegeben. Laut dem Bundeskartellamt wurden zwischen 2003 und 2020 mehr als 300 Fusionen genehmigt.
6. **Welche Lehren kann man aus deutscher Sicht aus Ihren Ergebnissen ziehen?** Aus meiner Sicht können zwei Lehren gezogen werden. Erstens sollte das Bundeskartellamt bei seinen Entscheidungen in Betracht ziehen, dass fusionierende Krankenhäuser eventuell ihr Behandlungsangebot verändern. Zweitens, und das ist vielleicht noch wichtiger, brauchen wir mehr Studien, um den Entscheidungsträgern Hilfestellung zu leisten. Das erfordert die Kooperation mehrerer Akteure. Zunächst sollten die Wettbewerbsbehörden die genehmigten Fusionen evaluieren. Dann sollten die nationalen Gesundheitsbehörden umfangreiche Daten über Behandlungsleistungen sammeln und bereitstellen und schließlich bedarf es weiterer Forschung, um die Effekte von Krankenhausfusionen auf die Gesundheitsversorgung zu bewerten.

Das Gespräch führte Erich Wittenberg.



Das vollständige Interview zum Anhören finden Sie auf www.diw.de/interview



GERT G. WAGNER

Selbst zahlen für Tests: Außerhalb des Paradieses hat nun mal alles seinen Preis

Gert G. Wagner, Senior Research Fellow am
DIW Berlin.

Der Kommentar gibt die Meinung des Autors wieder.

Dass eine unpopuläre Maßnahme, wie die Beschlüsse zur Testpflicht für Ungeimpfte, vor einer Bundestagswahl verkündet wird, spricht für ihre Dringlichkeit und dafür, dass sie tatsächlich umgesetzt wird. Dazu wird es ab Mitte Oktober auch gehören, dass die Tests aus eigener Tasche bezahlt werden müssen, wenn es keinen medizinischen Grund gibt, der gegen eine Impfung spricht, oder – wie bei Kindern – keine Impfempfehlung vorliegt. Das wirft die Frage auf, ob es ungerecht ist, dass die Testkosten Einkommensschwache stärker belasten als Gutverdienende und Vermögende.

Als Ökonom soll man sich in der Regel nicht zu Fairnessfragen äußern, da dafür andere WissenschaftlerInnen aus der Philosophie oder Ethik zuständig sind. Aber in diesem speziellen Fall kann auch die Ökonomie etwas beitragen, da die Analyse von Preisen und Kosten zu ihrem Metier gehört. Und das Ergebnis wird eindeutig sein: Die Impf-Verweigerer sparen sich die Kosten von Nebenwirkungen der Impfung und das hat seinen Preis!

Die Mehrheit der Fachleute und Menschen in Deutschland geht davon aus, dass die Corona-Pandemie nicht einfach mit Hilfe einer „Durchseuchung“ überwunden werden kann. Deswegen wurden sehr schnell Tests auf akute Infektion entwickelt und überraschend zügig auch Impfstoffe, die reguläre Zulassungsverfahren durchlaufen haben. Da es aber naturgemäß keine Langzeituntersuchungen zu Wirkung und Nebenwirkungen der Impfung geben kann, ist es nicht völlig irrational, dass man sich gegen eine Impfung entscheidet. Zumal einigen Menschen die häufig auftretenden kurzzeitigen und harmlosen Nebenwirkungen schon zu viel sein mögen.

Fakt ist: der deutsche Gesetzgeber traut sich nicht, eine Impfpflicht zu erlassen. Den Verzicht auf eine Impfpflicht kann man in der Tat auch damit begründen, dass es jenseits von Lockdowns andere Möglichkeiten gibt, um die Gesellschaft vor einer unkontrollierbaren Corona-Pandemie zu bewahren, nämlich massenhaftes Testen. Wer sich nicht impfen lässt, weil er Nebenwirkungen befürchtet, der vermeidet offensichtlich die Probleme und Kosten, die mit einer Corona-Impfung ver-

bunden sind. Aus Sicht der Impf-Unwilligen sind das sogar sehr hohe Kosten! Warum soll jemand, der bestimmte Kosten vermeidet und dadurch seine Mitmenschen einer Gefahr aussetzt, die durch Impfen besser vermeidbar ist als durch Testen (das naturgemäß lückenhaft ist), nicht dafür einen Preis zahlen? Die Gesellschaft belegt eine ganze Reihe von Verhaltensweisen, die minimiert werden sollen, mit Steuern, wie das Tabakrauchen, oder im Fall von CO₂-Ausstoß mit Nutzungspreisen. Warum soll das Nicht-Impfen, das für die Gesellschaft schädlich ist, nicht ebenso mit einem Preis belegt sein? Zumal sich die Impf-Unwilligen die Kosten von individuellen Nebenwirkungen ersparen.

Bleibt dennoch die Frage: Ist es fair, dass Impf-Unwillige mit niedrigem Einkommen relativ eine höhere Belastung haben als Unwillige mit hohem Einkommen. Nun: SozialhilfeempfängerInnen werden kostenlose Tests bekommen, und auch bei einer Reihe von Krankheiten wird weiterhin kostenlos getestet werden. Aber gerade Menschen mit niedrigem Einkommen sollten sich besonders gut überlegen, ob es für sie klug ist, sich nicht impfen zu lassen. Denn Menschen mit niedrigem Einkommen und niedrigem Bildungsstand üben oft berufliche Tätigkeiten aus, die mit einem deutlich erhöhten Corona-Infektions- und Erkrankungsrisiko verbunden sind. Das zeigen internationale Studien und – für die erste Welle 2020 – eine für Deutschland repräsentative RKI-SOEP-Studie.

Intensives Nachdenken wird durch die relativ höheren Kosten für Tests, die aus eigener Tasche gezahlt werden müssen, gefördert. Und es bleibt immer noch die Freiheit, sich trotzdem gegen das Impfen zu entscheiden.

Inwieweit der Schubser, den die Kostenpflichtigkeit der Tests den Leuten gibt, wirken wird, weiß man natürlich nicht. Wichtiger sind wahrscheinlich mehr Möglichkeiten für spontanes Impfen ohne lange Wegestrecken, etwa am Arbeitsplatz oder beim Einkaufen. Aber das eine schließt das andere ja nicht aus.

Der Beitrag ist am 11. August 2021 beim Tagesspiegel online erschienen.