

MONOPOLKOMMISSION

Zusammenschlussvorhaben des Universitätsklinikums Greifswald mit der Kreiskrankenhaus Wolgast gGmbH

Sondergutachten gemäß § 42 Abs. 4 Satz 2 GWB

Inhaltsverzeichnis

1. Der Auftrag und seine Durchführung	1
2. Die beteiligten Unternehmen	3
2.1 Universitätsklinikum Greifswald.....	3
2.2 Kreiskrankenhaus Wolgast gGmbH i.G.	5
3. Die Entscheidung des Bundeskartellamtes.....	6
3.1 Formelle Untersagungsvoraussetzungen.....	6
3.2 Materielle Untersagungsvoraussetzungen.....	7
3.2.1 Sachliche Marktabgrenzung.....	7
3.2.2 Räumliche Marktabgrenzung.....	8
3.2.3 Marktbeherrschung.....	9
3.2.4 Verstärkung der marktbeherrschenden Stellung.....	10
3.2.5 Wissenschaftsauftrag des Grundgesetzes.....	11
4. Der Antrag auf Erteilung einer Ministererlaubnis.....	13
4.1 Strukturdaten des Landes Mecklenburg-Vorpommern und des Landkreises Ostvorpommern.....	13
4.2 Bewertung des Untersagungsbeschlusses.....	14
4.3 Die Gemeinwohlgründe.....	14
4.3.1 Ausbau der Community Medicine als Forschungsschwerpunkt.....	15
4.3.1.1 Community Medicine.....	15
4.3.1.2 Ausbau des Lehrverbundes Community Medicine.....	16
4.3.1.3 Ausbau des Forschungsverbundes Community Medicine.....	17
4.3.2 Sicherung der ortsnahen medizinischen Versorgung und Verbesserung der Versorgungsqualität	19
4.3.3 Gesundheitspolitische Vorteile.....	21
4.3.4 Förderung des Gesundheitstourismus.....	21
4.3.5 Erhalt des Status als Universitätsklinikum.....	22
4.4 Erforderlichkeit des Zusammenschlusses.....	23
4.4.1 Einzigartige Forschungsmöglichkeiten.....	23
4.4.2 Zusammenschluss zwingend erforderlich.....	23
5. Das Gewicht der Wettbewerbsbeschränkungen.....	25
6. Würdigung der Gemeinwohlgründe.....	31
6.1 Ausbau der Community Medicine als Forschungsschwerpunkt.....	31
6.1.1 Stärkung des Lehrverbundes.....	32
6.1.2 Stärkung des Forschungsverbundes	33

II

6.2 Sicherung der ortsnahe medizinischen Versorgung und Verbesserung der Versorgungsqualität.....	37
6.2.1 Sicherung der ortsnahe medizinischen Versorgung.....	37
6.2.2 Verbesserung der Versorgungsqualität.....	38
6.3 Gesundheitspolitische Vorteile und Förderung des Gesundheitstourismus.....	40
6.4 Erhalt von Arbeitsplätzen.....	41
6.5 Erhalt des Status als Universitätsklinikum und der Medizinischen Fakultät.....	42
6.5.1 Gefährdung der Existenz des Universitätsklinikums.....	43
6.5.2 Eignung des Zusammenschlusses zur Sicherung des Universitätsklinikums.....	46
6.5.3 Notwendigkeit des Zusammenschlusses zur Sicherung des Universitätsklinikums.....	47
7. Bedingungen und Auflagen.....	49
8. Abwägung und Empfehlung.....	51

1. Der Auftrag und seine Durchführung

1. Mit Schreiben vom 7. Dezember 2007 hat das Universitätsklinikum Greifswald der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald beim Bundesminister für Wirtschaft und Technologie einen Antrag auf Ministererlaubnis für den Zusammenschluss des Universitätsklinikums Greifswald mit dem Kreiskrankenhaus Wolgast gGmbH gestellt. Der Minister hat die Monopolkommission am 11. Dezember 2007 um eine gutachterliche Stellungnahme gemäß § 42 Abs. 4 Satz 2 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) gebeten.

2. Das Bundeskartellamt wurde durch einen Artikel in einer Fachzeitschrift des Krankenhauswesens auf den geplanten Erwerb einer Mehrheitsbeteiligung des Universitätsklinikums Greifswald an dem Kreiskrankenhaus Wolgast aufmerksam und machte das Universitätsklinikum mit Schreiben vom 8. Februar 2006 auf die Anmeldepflicht gemäß § 39 GWB aufmerksam. Nachdem die Kontrollpflicht zunächst bestritten wurde, meldete die Käuferin das Vorhaben am 27. Juli 2006 an. Das Bundeskartellamt untersagte den Zusammenschluss am 11. Dezember 2006, da seiner Auffassung nach die bereits bestehende beherrschende Stellung des Universitätsklinikums auf dem Markt für Krankenhausdienstleistungen in der Region Greifswald und Umland verstärkt worden wäre. Gegen die Untersagungsverfügung wurde am 12. März 2007 beim Oberlandesgericht Düsseldorf Beschwerde eingelegt. Das Bundeskartellamt nahm dazu am 27. Juni 2007 im Rahmen der Beschwerdeerwiderung Stellung. Das Verfahren vor dem Oberlandesgericht ist zum Zeitpunkt der Verabschiedung dieses Sondergutachtens noch anhängig.

3. Der Monopolkommission haben zur Erstellung des Gutachtens die vollständigen Verfahrensakten des Bundeskartellamtes zu dem Zusammenschlussvorhaben sowie der Antrag auf Ministererlaubnis vorgelegen. Das Universitätsklinikum Greifswald hat mit Schreiben vom 22. Februar 2008 an den Bundesminister für Wirtschaft und Technologie weitere Gemeinwohlgründe vorgetragen. Dieser Nachtrag zum Antrag auf Ministererlaubnis wurde der Monopolkommission mit Schreiben vom 26. Februar 2008 zur Kenntnis gegeben.

4. Am 6. Februar 2008 wurden Fragen des Zusammenschlusses und der Gemeinwohlgründe in zwei nicht öffentlichen Anhörungen der Monopolkommission erörtert. An der ersten Anhörung haben Vertreter des Universitätsklinikums Greifswald (Prof. Dr. Klaus Bartels, Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, Günter Gotal sowie RA Martin Rehborn und RA'in Claudia Mareck), des Kreiskrankenhauses Wolgast (Michael Kulle), des Ministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur des Landes Mecklenburg-Vorpommern (Staatssekretär Udo Michallik, Ulla Winkelmann) sowie des Landkreises Ostvorpommern (RA Sebastian Jungnickel) teilgenommen. An der zweiten Anhörung wurden Wettbewerber der Zusammenschlussbeteiligten, Verbände des Gesundheitswesens und Experten auf dem Gebiet der Community Medicine befragt. Im Einzelnen waren dies Vertreter des AMEOS Diakonie-Klinikums (Dr. Achim Jockwig), der VdAK/AEV-Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern (Eberhard Mundt), des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. (Barbara Schmitz) sowie Prof. Dr. Jürgen van de Loo, Emeritus der Universität Münster, und Prof. Dr. Dr. h.c. Peter Scriba, Klinikum Innenstadt der Ludwig-Maximilians-Universität München. Am 19. Februar 2008 haben Mitglieder und Mitarbeiter der Monopolkommission im Rahmen einer Telefonkonferenz mit Prof. Dr. Hendrik van den Bussche vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Fragen zur Community Medicine diskutiert.

5. Da sie zu dem Termin der Anhörung verhindert waren, haben sich das Hanse-Klinikum Stralsund und das Klinikum Karlsburg zu den Fragen der Monopolkommission schriftlich geäußert. Schriftlich geäußert haben sich zudem fünf niedergelassene Ärzte der Region Greifswald und Wolgast, die zum Teil akademische Lehrarztpraxen der Medizinischen Fakultät der Universität Greifswald führen. Die Monopolkommission hatte die Ärzte per Zufallsprinzip ausgesucht und ihnen Fragen zu der Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Greifswald gestellt.
6. Der Wissenschaftsrat hat den Fragenkatalog der Monopolkommission mit einer Stellungnahme vom 21. Februar 2008 beantwortet. Zu Fragen der Datenweitergabe und des Datenschutzes in der medizinischen Forschung hat Prof. Dr. Klaus Pommerening, Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik an der Universität Mainz, eine Einschätzung abgegeben. Ergänzende schriftliche Stellungnahmen sind von dem Universitätsklinikum Greifswald, dem Kreiskrankenhaus Wolgast, dem Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur Mecklenburg-Vorpommern und dem AMEOS Diakonie-Klinikum eingegangen. Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, Leiter der Abteilung Methoden der Community Medicine der Medizinischen Fakultät der Universität Greifswald, hat mit einer Stellungnahme vom 14. Februar 2008 Fragen der Monopolkommission zu Forschungsprojekten der Community Medicine beantwortet. Die Mitarbeiter der Geschäftsstelle haben darüber hinaus in mehreren Gesprächen mit Vertretern des Bundeskartellamtes den Zusammenschluss und andere Verfahrensdetails erörtert.
7. Die Monopolkommission dankt allen Beteiligten für ihre Mitwirkung. Sie bedankt sich insbesondere bei ihren wissenschaftlichen Mitarbeitern Herrn Dr. Klaus Holthoff-Frank und Herrn Dr. Michael Coenen, die das Sondergutachten federführend betreut haben.

2. Die beteiligten Unternehmen

2.1 Universitätsklinikum Greifswald

8. Das bis dahin als unselbständige Anstalt der Ernst-Moritz-Arndt-Universität und zugleich als Landesbetrieb geführte Universitätsklinikum Greifswald wurde gemäß § 1 Abs. 1 der Landesverordnung über die Errichtung des Universitätsklinikums Greifswald vom 24. September 2002 als Anstalt des öffentlichen Rechts errichtet. Träger der Universität und somit auch des Klinikums ist das Land Mecklenburg-Vorpommern. Der Sitz des Universitätsklinikums ist Greifswald. Organe des Klinikums sind der Aufsichtsrat und der Vorstand. Der Vorstand leitet das Klinikum. Er besteht aus dem Ärztlichen Direktor, dem stellvertretenden Ärztlichen Direktor, dem Kaufmännischen Direktor, dem Pflegedirektor und dem Fachbereichsleiter (Dekan) des Fachbereichs Medizin der Ernst-Moritz-Arndt-Universität. Dem Aufsichtsrat gehören je ein Vertreter des Ministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur sowie des Finanzministeriums, der Hochschulleiter der Universität, der Kanzler der Universität, zwei Sachverständige insbesondere aus den Bereichen Wirtschaft und medizinische Wissenschaft, der Vorsitzende des Personalrates sowie mit beratender Stimme die Gleichstellungsbeauftragte des Universitätsklinikums an. Dem Aufsichtsrat obliegt die Bestellung der Mitglieder des Vorstandes – mit Ausnahme des Dekans – und deren Abberufung aus wichtigem Grund. Weitere Aufgaben sind die Beschlussfassung und Änderung der Satzung, die Erstellung des Wirtschafts- und Stellenplans sowie die Feststellung des Jahresabschlusses. Die Rechtsaufsicht über das Klinikum führt das Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur des Landes Mecklenburg-Vorpommern.

9. Bei der Überführung des Universitätsklinikums Greifswald in eine Anstalt des öffentlichen Rechts hat sich das Land für das sog. Kooperationsmodell entschieden, welches eine Trennung von Medizinischer Fakultät und Klinikum vorsieht.¹ Das Kooperationsmodell wird in ähnlicher Weise auch in Hessen, Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen praktiziert. Es sieht eine enge funktionale Verflechtung von Forschung und Lehre einerseits sowie Krankenversorgung andererseits vor. Dabei sind Entscheidungen, die die Belange des Kooperationspartners betreffen, von dessen Einvernehmen abhängig. Kommt das Einvernehmen nicht zustande, fungiert der Aufsichtsrat als Konfliktlösungsgremium.

10. Das Universitätsklinikum Greifswald umfasst 21 Kliniken bzw. Polikliniken und 19 Institute unterschiedlicher Fachrichtungen. Als Haus der Maximalversorgung umfasst es 15 medizinische Fachabteilungen und hat medizinische Schwerpunkte für die Aufgaben eines Onkologischen Zentrums, eines Perinatalzentrums, eines Kompetenzzentrums für Schlaganfallversorgung und eines Geriatriischen Konsils.² In Kooperation mit der Medizinischen Fakultät der Universität Greifswald bildet das Klinikum Studenten der Human- und Zahnmedizin aus. Im Wintersemester 2007/2008 sind etwa 1.300 Studenten immatrikuliert.

1 Dem steht das sog. Integrationsmodell mit einem einheitlichen Vorstand für Klinikum und Fakultät gegenüber. Vgl. Wissenschaftsrat, Empfehlungen zum 33. Rahmenplan für den Hochschulbau 2004 – 2007, Vorhaben der Medizin, Mecklenburg-Vorpommern, Drs. 5673/03 vom 23. Mai 2003, S. MV 8.

2 Die Fachbereiche Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie sind nicht vertreten. Die Abteilung für Herzchirurgie wurde an das unter privater Trägerschaft geführte Klinikum Karlsburg abgegeben. Vgl. auch nachfolgend Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern, Vierter Krankenhausplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern (mit einer Laufzeit bis zum 31. 12. 2008), S. 27.

11. Die Soll-Anzahl der vollstationären Betten beträgt gemäß dem Vierten Krankenhausplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern ab dem 1. Januar 2008 778 (2004: 805 Betten) zuzüglich 20 Plätze für eine Tagesklinik, die sich vorrangig auf gerontopsychiatrische und psychosomatische Patienten konzentrieren soll.³ Davon sind 760 Betten für Forschung und Lehre ausgewiesen. Gemäß Krankenhausplanung sinkt das voraussichtliche Soll bedarfsgerechter Betten des Universitätsklinikums zum 31. Dezember 2008 auf 704 Betten. Im Jahr 2006 hat das Universitätsklinikum 33.968 Patienten stationär und 68.149 Patienten ambulant behandelt.⁴ Nach eigenem Vortrag gegenüber dem Bundeskartellamt ist das Universitätsklinikum Greifswald unterausgelastet. Die Auslastung im Jahr 2004 betrug 72,4 % bei 7,3 Tagen durchschnittlicher Verweildauer und im Jahr 2005 76,8 % bei 7,5 Tagen durchschnittlicher Verweildauer.⁵ Im Vergleich dazu beträgt der Soll-Auslastungsgrad nach den Vorstellungen der Landesregierung Mecklenburg Vorpommern 85 %, wobei Ausnahmen für die Kinderheilkunde und Kinderchirurgie gelten, bei denen ein Auslastungsgrad von 75 % angestrebt wird.⁶ Der Umsatz in der Krankenversorgung ist leicht ansteigend und betrug im Jahr 2005 etwa 125 Mio. EUR, die Landeszuführung für Forschung und Lehre betrug 37 Mio. EUR.⁷ Das Klinikum ist nach eigenen Angaben, trotz der für ein Universitätsklinikum unterdurchschnittlichen Auslastung, „eines der wenigen in Deutschland, das kontinuierlich schwarze Zahlen schreibt“.⁸ Insgesamt wurden im Jahr 2007 knapp 3.700 Mitarbeiter, darunter über 550 Ärzte, etwa 200 Wissenschaftler und wissenschaftliche Angestellte und 360 Auszubildende beschäftigt.

12. Das Universitätsklinikum Greifswald baut derzeit auf dem neuen Campusgelände der Universität Greifswald einen zweiten Neubaukomplex, der bis zum Jahr 2009 fertiggestellt sein soll. Der erste Neubau wurde 2004 eröffnet. Der Aus- und Umbau hat zum Ziel, das „modernste Kompakt-klinikum Deutschlands“ zu errichten, an dem die bisher örtlich verstreuten Kliniken und Institute des Universitätsklinikums in einem Komplex gebündelt werden sollen. Für die Baumaßnahmen ist ein Investitionsvolumen von mehr als 250 Mio. EUR veranschlagt.⁹

13. Das Klinikum unterhält enge Kooperationen mit der Neurologisches Rehabilitationszentrum Greifswald gGmbH sowie dem Institut für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V. Beides sind sog. An-Institute.¹⁰ Die fünf akademischen Lehrkrankenhäuser des Universitätsklinikums sind die Sana-Krankenhaus Rügen GmbH, das Kreiskrankenhaus Demmin, das Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg, die Asklepios Klinik Pasewalk sowie das Kreiskrankenhaus Wolgast. Daneben existieren Kooperationsvereinbarungen mit vier Krankenhäusern.¹¹ Der Forschungsverbund Community Medicine des Universitätsklinikums kooperiert darüber hinaus mit 51 niedergelassenen Ärzten im Rahmen sog. akademischer Lehrarztpraxen.¹²

3 Vgl. Viertes Krankenhausplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern, a.a.O., S. 27 sowie Bescheid des Ministeriums für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern an das Universitätsklinikum Greifswald über die Aufnahme einer psychiatrischen Tagesklinik mit 20 Betten am Standort Greifswald vom 27. Dezember 2007.

4 Vgl. Universitätsklinikum Greifswald, Qualitätsbericht 2006, S. 9.

5 Vgl. BKartA, Beschluss vom 11. Dezember 2006, B3-1002/06, S. 68.

6 Vgl. Viertes Krankenhausplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern, a.a.O., S. 19.

7 Vgl. Sonderdruck aus Krankenhaus Umschau, Jg. 75, Juni 2006, S. 3.

8 Vgl. ebenda, S. 2.

9 Vgl. ebenda, S. 4.

10 Charakteristisch für ein An-Institut ist die Angliederung an eine deutsche Hochschule. Die Anerkennung als An-Institut ist in den Landeshochschulgesetzen geregelt.

11 DRK-Krankenhaus Grimmen GmbH, AMEOS Diakonie-Klinikum, Ueckermünde, Kreiskrankenhaus Demmin sowie Hanse-Klinikum Stralsund GmbH.

12 Stand 8. Januar 2008, Auskunft des Universitätsklinikums Greifswald gegenüber der Monopolkommission.

14. Neben dem Universitätsklinikum Greifswald verfügt das Land Mecklenburg-Vorpommern über ein zweites Universitätsklinikum an der Universität Rostock. Es handelt sich ebenfalls um ein Haus der Maximalversorgung, das im Jahr 2007 über 1.047 Planbetten verfügte (2004: 1.130, 2008: 969). Anders als die Universität Greifswald hat sich die Universität Rostock im August 2002 gegen die Verselbständigung ihres Klinikums entschieden.¹³ Es wird daher weiterhin als Landesbetrieb ohne eigene Rechtspersönlichkeit geführt.

2.2 Kreiskrankenhaus Wolgast gGmbH i.G.

15. Das Kreiskrankenhaus Wolgast gGmbH i.G. ist ein Haus der Grund- und Regelversorgung¹⁴, welches zur Zeit als kommunaler Eigenbetrieb des Landkreises Ostvorpommern geführt wird. Im Wege der Ausgliederung soll die „Kreiskrankenhaus Wolgast gGmbH“ errichtet werden. Das Krankenhaus verfügt über fünf Fachabteilungen – Innere Medizin, Chirurgie, Kinder- und Jugendmedizin, Gynäkologie/Geburtshilfe, Intensivstation – mit 180 Betten sowie zusätzlich fünf Belegbetten im Bereich HNO. Die Planbettenzahl soll bis Ende 2008 auf 182 erhöht werden.¹⁵ Zu dem knapp 30 km entfernten Universitätsklinikum Greifswald besteht eine enge Kooperation in der Patientenversorgung, bei Spezialleistungen (Mikrobiologie, Pathologie, Teile der Radiologie), in der Ausbildung von jungen Ärzten und durch Einbeziehung in der Forschung.¹⁶ Das Kreiskrankenhaus ist akademisches Lehrkrankenhaus des Universitätsklinikums Greifswald. Daneben bestehen Kooperationen zum Herzzentrum in Karlsburg.¹⁷

16. Im Kreiskrankenhaus Wolgast wurden im Jahr 2006 9.177 Patienten vollstationär und 11.631 Patienten ambulant behandelt.¹⁸ Die Umsatzerlöse im Jahr 2005 betragen **18 Mio. EUR**, nach **17,5 Mio. EUR** im Jahr 2004. Im Gegensatz zu anderen Krankenhäusern, die unter kommunaler Trägerschaft stehen, war das Kreiskrankenhaus Wolgast im Jahr 2006 nicht defizitär und gilt als nicht in seiner Existenz bedroht.¹⁹ Ein Grund für diese Prognose ist, dass der sog. Basisfallwert des Krankenhauses in den vergangenen Jahren immer deutlich unterhalb des durchschnittlichen Landesbasisfallwertes von Mecklenburg-Vorpommern lag.²⁰ Daher kann das Haus in den kommenden Jahren bei der weiteren Umsetzung des Systems Diagnosis Related Groups (DRG) eher mit höheren Einnahmen rechnen.

13 Vgl. Wissenschaftsrat, Empfehlungen zum 33. Rahmenplan für den Hochschulbau 2004 – 2007, a.a.O., S. MV 16.

14 Allgemein sind Krankenhäuser, die eine Grundversorgung in den Bereichen Innere Medizin oder Chirurgie anbieten, der Versorgungsstufe I zuzurechnen. Krankenhäuser der Regelversorgung bzw. der Versorgungsstufe II umfassen beide Fachabteilungen und verfügen bei entsprechendem Bedarf über zusätzliche Fachrichtungen wie Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie und HNO. Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung (Versorgungsstufe III) erfüllen darüber hinaus in Diagnose und Therapie auch überörtliche Schwerpunktaufgaben. Krankenhäuser der Maximalversorgung (Versorgungsstufe IV) verfügen über ein wesentlich größeres Leistungsangebot als Krankenhäuser der dritten Versorgungsstufe und halten medizinische Großgeräte wie Computer- und Kernspintomographen vor. Universitätskliniken nehmen üblicherweise Aufgaben der Maximalversorgung wahr.

15 Vgl. Vierter Krankenhausplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern, a.a.O., S. 20 und 55.

16 Vgl. ebenda.

17 Klinikum Karlsburg der Klinikgruppe Dr. Guth GmbH & Co. KG in Karlsburg.

18 Vgl. Kreiskrankenhaus Wolgast gGmbH i.G., Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V für das Berichtsjahr 2006, S. 12.

19 Vgl. BKartA, B3-1002/06, S. 3 f.

20 Dies gilt auch unter der Berücksichtigung des sog. Kappungsbetrages, d.h. eines vom Gesetzgeber vorgegebenen Schonbetrages zugunsten der Maximalversorger. Vgl. hierzu AOK Bundesverband, Landesbasisfallwert, div. Jahrgänge. Vgl. auch BKartA, B3-1002/06, S. 4.

3. Die Entscheidung des Bundeskartellamtes

17. Der Kreistag des Kreises Ostvorpommern hat mit Beschlüssen vom 7. November und 12. Dezember 2005 entschieden, das Kreiskrankenhaus Wolgast formal und materiell zu privatisieren sowie 94,9 % der Anteile an das Universitätsklinikum Greifswald zu veräußern. Die restlichen 5,1 % der Geschäftsanteile sollten beim Veräußerer verbleiben. Das Bundeskartellamt erfuhr von dem geplanten Zusammenschluss nicht durch eine Anmeldung der Zusammenschlussbeteiligten, sondern durch einen Artikel in einer Fachzeitschrift des Krankenhauswesens und machte das Universitätsklinikum Greifswald mit Schreiben vom 8. Februar 2006 auf die Anmeldepflicht gemäß § 39 GWB aufmerksam. Nachdem das Universitätsklinikum die Kontrollpflicht zunächst bestritten hatte, wurde das Vorhaben am 27. Juli 2006 angemeldet. Das Bundeskartellamt leitete am 14. August 2006 das Hauptprüfungsverfahren ein und mahnte das Vorhaben am 27. Oktober 2006 förmlich ab. Nach einer Fristverlängerung wurde der Zusammenschluss am 11. Dezember 2006 untersagt. Gegen die Untersagungsverfügung wurde am 12. März 2007 beim Oberlandesgericht Düsseldorf Beschwerde eingelegt. Das Bundeskartellamt nahm dazu am 27. Juni 2007 im Rahmen der Beschwerdeerwidern Stellung. Das Verfahren vor dem Oberlandesgericht ist zum Zeitpunkt des Abschlusses dieses Gutachtens anhängig.

18. Anfang März 2006 wurde von dritter Seite – nach Angabe des Bundeskartellamtes durch einen Wettbewerber²¹ – eine Kommunalaufsichtsbeschwerde wegen des Verkaufs des Kreiskrankenhauses Wolgast erhoben. Im Wesentlichen wurde dabei die Rechtmäßigkeit der Wertermittlung und damit die Genehmigungsfähigkeit der Veräußerung gemäß §§ 120, 57 Abs. 3 Kommunalverfassung Mecklenburg-Vorpommern infrage gestellt. Beanstandet wurde, dass weder eine Ausschreibung noch ein Bieterverfahren stattgefunden habe. Es sei davon auszugehen, dass der Verkehrswert des Krankenhauses erheblich über dem geplanten Kaufpreis von 6,1 Mio. EUR liege.²² Eine Veräußerung unter dem vollen Wert sei aber nur genehmigungsfähig, wenn ein besonderes öffentliches Interesse vorliege. Mit Schreiben vom 30. März 2006 stellte das Innenministerium Mecklenburg-Vorpommern fest, dass der volle Wert eines Eigenbetriebs auch auf der Grundlage eines Wertgutachtens ermittelt werden könne, was in dem vorliegenden Fall auch geschehen sei. Es lägen keine hinreichenden Anhaltspunkte vor, die ein Einschreiten der Rechtsaufsichtsbehörde rechtfertigen würden.

3.1 Formelle Untersagungs Voraussetzungen

19. Das Bundeskartellamt stellt in seiner Verfügung zunächst klar, dass das GWB gemäß § 130 Abs. 1 auch auf Unternehmen Anwendung findet, die ganz oder teilweise im Eigentum der öffentlichen Hand stehen oder von ihr verwaltet oder betrieben werden. Die geplante Übernahme von 94,9 % der Anteile an dem Kreiskrankenhaus Wolgast ist ein Kontroll- und Anteilserwerb im Sinne von § 37 Abs. 1 Nr. 2 und 3 lit. a) GWB.

20. Das Universitätsklinikum Greifswald bestritt zunächst die Kontrollpflicht, da es als Anstalt des öffentlichen Rechts rechtlich und wirtschaftlich selbständig sei und allein die fusionskontrollrechtlichen Umsatzschwelle von 500 Mio. EUR nicht erreiche. Selbst wenn das Land Mecklenburg-Vorpommern als herrschendes Unternehmen angesehen würde, wären nicht sämtliche Umsätze des

²¹ Vgl. BKartA, B3-1002/06, S. 69, Tz. 150.

²² Zum Kaufpreis vgl. u.a. NDR Online vom 13. Dezember 2005.

Landes aus wirtschaftlicher Tätigkeit, sondern lediglich die Umsätze der Landeseinrichtungen im Bereich der Krankenversorgung zu berücksichtigen. Das Bundeskartellamt lehnt diese Sicht ab. Im Sinne der Fusionskontrolle sei die Universität Greifswald, einschließlich des Universitätsklinikums, ein abhängiges Unternehmen des Landes Mecklenburg-Vorpommern, soweit unternehmerische Tätigkeiten bestehen. Für die objektiv vorzunehmende konzernrechtliche Zurechnung dieser Aktivitäten spiele die Rechtsform – Eigenbetrieb oder verselbständigte Körperschaft – keine Rolle. Ein Unternehmen werde unabhängig von seiner Organisationsform regelmäßig auf das in seinem alleinigen Besitz stehende Unternehmen Einfluss nehmen. Das Land verfüge bei der Universitätsklinik Greifswald über grundlegende und bis in das operative Geschäft reichende Kompetenzen. Selbst wenn es seine rechtlichen Beherrschungsmöglichkeiten tatsächlich nicht in Anspruch nähme, spräche dies nicht gegen eine konzernrechtliche Abhängigkeit, da das Land als alleiniger Träger kraft seiner Rechtssetzungskompetenz sowohl in der Lage sei, seine Kontrollmöglichkeiten über das Universitätsklinikum zu intensivieren als auch dessen grundlegende Strukturen zu ändern.

21. Die Umsatzschwelle des § 35 Abs. 1 Nr. 1 GWB wird erreicht, weil die dem Land Mecklenburg-Vorpommern zuzurechnenden Umsatzerlöse im Jahr 2005 500 Mio. EUR überschreiten. Berücksichtigt werden neben den Umsätzen der beteiligten Unternehmen, die Umsätze der nach § 36 Abs. 2 GWB verbundenen Unternehmen aus allen sachlichen und räumlichen Tätigkeitsgebieten. Auf die Frage, in welcher Rechtsform oder Betriebseinheit die Umsätze erzielt werden, kommt es dabei nach Auffassung der Kartellbehörde nicht an. Neben den Umsätzen der Universitätskliniken Greifswald und Rostock werden somit auch die Umsätze der unselbständigen Landesbetriebe – Landesgestüt Redefin sowie Landesanstalt für Personendosimetrie und Strahlenschutz Ausbildung – sowie der Sondervermögen – Betrieb für Bau und Liegenschaften sowie Staatslotterie Lotto und Toto in Mecklenburg-Vorpommern – berücksichtigt.

3.2 Materielle Untersagungsvoraussetzungen

3.2.1 Sachliche Marktabgrenzung

22. Das Bundeskartellamt grenzt einen sachlich relevanten Markt für Krankenhausdienstleistungen ab, der auch als Krankenhausmarkt bezeichnet wird. Das Amt versteht darunter einen „Angebotsmarkt für stationäre Dienstleistungen, die von den Krankenhäusern gegenüber ihren Patienten erbracht werden“.²³ Nicht zum relevanten Markt gehören neben ambulanten praxisärztlichen Dienstleistungen die Leistungen von Rehabilitationseinrichtungen, Alten- und Pflegeheimen sowie von reinen Privatkliniken, insbesondere solchen für Schönheitschirurgie, die keine Verträge nach § 108 SGB V mit Krankenkassen abgeschlossen haben. Fachkliniken gehören gemäß dieser Abgrenzung zu dem relevanten Markt.²⁴

23. Das Bundeskartellamt lehnt in seiner Entscheidung eine engere Marktabgrenzung nach einzelnen Fachabteilungen und innerhalb der Fachabteilungen nach Versorgungsstufen ab, wie es das Oberlandesgericht Düsseldorf in einem Beweisbeschluss vom 5. Oktober 2005 in dem Beschwerdeverfahren Rhön Klinikum AG u.a./Bundeskartellamt für geboten ansieht.²⁵ Eine solche differenzier-

²³ Vgl. BKartA, B3-1002/06, S. 12.

²⁴ Zur Marktabgrenzung des Bundeskartellamtes bei Krankenhausdienstleistungen vgl. ausführlich Monopolkommission, Zusammenschlussvorhaben der Rhön-Klinikum AG mit dem Landkreis Rhön-Grabfeld, Sondergutachten 45, Baden-Baden 2006, Tz. 26 ff.

²⁵ Danach sind Märkte für Chirurgie und Innere Medizin, Urologie, Gynäkologie sowie Hals-, Nasen- und Ohrenheil-

te Marktabgrenzung führe zu einer strukturellen Verengung des Marktes, bei der es zwangsläufig früher und häufiger zur Feststellung marktbeherrschender Stellungen komme. Demzufolge könne in Fällen, in denen bereits eine weitere Marktabgrenzung zu der Feststellung einer marktbeherrschenden Stellung führe, insoweit die Frage der zutreffenden Marktabgrenzung dahinstehen. Hinzu komme, dass praktisch jedes Krankenhaus in einem erheblichen Umfang standortgebunden Querschnittsleistungen wie Diagnostik erbringe, die von den fachabteilungsbezogenen Leistungen losgelöst für die Patienten aber von erheblicher Bedeutung seien. Dies schließe zwar nicht aus, dass sich kleinere Kliniken oder gar ganze Krankenhausketten auf bestimmte Fachrichtungen spezialisieren. In Mecklenburg-Vorpommern erschwere aber die relativ geringe Bevölkerungsdichte gerade hochgradige Spezialisierungen, so dass der relevante Markt im konkreten Fall weit überwiegend durch Allgemeinkrankenhäuser geprägt sei.

24. Die Kartellbehörde lehnt auch die Auffassung der Anmelderin ab, wonach ein bundesweiter Markt für Universitätskliniken sachlich relevant sei. Begründet wird dies damit, dass die Hauptaufgabe von Universitätskliniken gemäß Art. 5 Abs. 3 Satz 1 GG vor allem in der Forschung und Lehre liege. Die Krankenversorgung sei lediglich die Basis für den Forschungs- und Lehrauftrag. Die in einer Universitätsklinik erbrachten Leistungen insbesondere für schwerstkranke Patienten und solchen mit seltenen Erkrankungen seien nicht mit den in Allgemeinkrankenhäusern erbrachten Leistungen austauschbar. Der Umstand, dass das Universitätsklinikum Greifswald einen hohen Anteil an Leistungen der Grund- und Regelversorgung erbringe, spreche nicht gegen, sondern für die Abgrenzung eines eigenen Marktes für Universitätskliniken, da die Grund- und Regelversorgung in Greifswald ein besonderer Schwerpunkt der universitären Forschung des Forschungsschwerpunktes Community Medicine sei. Das Bundeskartellamt erkennt an, dass die Bereiche Forschung und Lehre nicht zum sachlich relevanten Krankenhausmarkt gehören und gegebenenfalls für den Bereich der klinischen Forschung einen eigenen relevanten Markt bilden können. Letztlich könne das allerdings dahinstehen, da Universitätskliniken jedenfalls auch auf dem Krankenhausmarkt tätig seien. Sie seien wie andere Krankenhäuser in die Krankenhauspläne der Bundesländer aufgenommen, sie dienten der Krankenversorgung der Bevölkerung und verhandelten ihre Budgets bzw. rechneten ihre Fälle ebenso mit den Krankenkassen ab. Hinzu komme, dass die Auswahlentscheidung aus der Sicht der Patienten auch bei schwerwiegenden Erkrankungen nicht auf Universitätskliniken beschränkt bleibe. So verfüge in der betroffenen Region gerade nicht das Universitätsklinikum Greifswald über eine hochspezialisierte Herzchirurgie, sondern das wesentlich kleinere Klinikum Karlsburg, welches als Herz- und Diabeteszentrum für das Land Mecklenburg-Vorpommern ausgewiesen sei.

3.2.2 Räumliche Marktabgrenzung

25. Räumlich relevanter Markt ist das Gebiet Greifswald und Umland, bestehend aus den Postleitzahlengebieten Greifswald, Wolgast, Usedom, Anklam, Demmin und Grimmen. Zwar geht das Bundeskartellamt davon aus, dass sich der relevante Markt aus Nachfragersicht lediglich auf ein Kerngebiet, bestehend aus Greifswald, Wolgast und Usedom, beschränkt. Da das Universitätsklinikum in den benachbarten Regionen allerdings noch relevante Marktanteile erreiche, werde bei der

kunde zu unterscheiden. Zusätzlich sei zu berücksichtigen, ob es sich bei den zu übernehmenden Krankenhäusern um Kliniken der ersten und zweiten Versorgungsstufe handelt, die mit Krankenhäusern der dritten und vierten Versorgungsstufe vermutlich nur sehr eingeschränkt im Wettbewerb stünden. Vgl. OLG Düsseldorf, VI-Kart 6/05 (V).

räumlichen Marktabgrenzung – zugunsten der Zusammenschlussbeteiligten – das Umland mit einbezogen.

26. Das Bundeskartellamt hat den räumlich relevanten Markt, wie vom Bundesgerichtshof gefordert, auf der Grundlage einer konkreten Prüfung der tatsächlichen Marktverhältnisse in dem betroffenen Gebiet sowie einer Gesamtwürdigung der Marktverhältnisse ermittelt.²⁶ Dabei hat das Amt sowohl eine angebotsseitige als auch eine nachfrageseitige Betrachtung angestellt. Es macht aber deutlich, dass es für die Zwecke der Zusammenschlusskontrolle entscheidend auf die Nachfrageseite ankommt. Ein Ergebnis der Ermittlungen ist, dass die Marktanteile im Kerngebiet Greifswald nahezu ausschließlich von Krankenhäusern des Kerngebietes gehalten werden und die Marktanteile von Krankenhäusern aus benachbarten Gebieten sehr gering sind. Die beiden beteiligten Krankenhäuser Universitätsklinik Greifswald und Kreiskrankenhaus Wolgast haben ihren Standort beide im Kerngebiet Greifswald. Die nachfrageseitige Betrachtung ergibt, dass Patienten aus dem Kerngebiet Greifswald ganz überwiegend Leistungen von Krankenhäusern aus dem Kerngebiet nachfragen. Die Krankenhäuser aus dem Umland stellen für sie keine Alternative dar. Daher betrifft der Zusammenschluss nach Auffassung des Amtes im Wesentlichen das Wettbewerbsgeschehen im Kerngebiet Greifswald. Die Einbeziehung des Umlandes in den räumlichen Markt geschieht zugunsten der Zusammenschlussbeteiligten, weil Patienten des Umlandes in einem nicht unerheblichen Maße auch Leistungen des Universitätsklinikums in Anspruch nehmen. Dies erfolgt nach Auffassung des Amtes allerdings vornehmlich, weil entsprechende Leistungen von den Krankenhäusern des eigenen Gebietes nicht angeboten werden.

3.2.3 Marktbeherrschung

27. Das Bundeskartellamt stellt fest, dass das Universitätsklinikum bereits vor dem Zusammenschluss über eine marktbeherrschende Stellung sowohl im Kerngebiet Greifswald als auch im Umland verfügt. Dafür sprechen neben den absoluten Marktanteilen – auf der Basis von Fallzahlen – von 55 % im Kerngebiet Greifswald und 40 % unter Einschluss des Umlands der Marktanteilsvorsprung sowie alle weiteren strukturellen Wettbewerbsparameter.²⁷ Der vor der geplanten Fusion gegebene Marktanteil übersteigt den Vermutungstatbestand für die Marktbeherrschung des § 19 Abs. 3 Satz 1 GWB von einem Drittel deutlich. Der nächstgrößere Wettbewerber ist das Kreiskrankenhaus Wolgast mit Marktanteilen von 25 % im Kerngebiet und 15 % unter Einschluss des Umlands. Danach folgen mit weitem Abstand das Klinikum Karlsburg und das Evangelische Krankenhaus Bethanien, ein Fachkrankenhaus für Psychiatrie, mit Marktanteilen von jeweils 5 % sowohl im Kerngebiet als auch unter Einschluss des Umlands.

28. Neben dem absoluten Marktanteil spreche der Marktanteilsvorsprung des Universitätsklinikums von 30 Prozentpunkten gegenüber dem folgenden Wettbewerber Kreiskrankenhaus Wolgast für das Bestehen einer marktbeherrschenden Stellung. Gegenüber den danach folgenden Wettbewerbern werden sogar achtmal höhere Marktanteile erreicht. Für die wettbewerbliche Gesamtbeurteilung sei darüber hinaus zu beachten – so das Bundeskartellamt –, dass das Universitätsklinikum Greifswald eine rein somatische Klinik sei und es daher kaum Überschneidungsbereiche mit dem psychiatrischen Fachkrankenhaus gebe. Zwar könne dahingestellt bleiben, ob es einen eigenständigen Markt

²⁶ BGH, Urteil vom 13. Juli 2004, WUW/E DE-R 1302, 1303 „Sanacorp/ANZAG“.

²⁷ Das Bundeskartellamt gibt die Marktanteile aus Gründen der Geheimhaltung von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen in einer Spanne von +/- 2,5 % an. Ein Marktanteil von 20 % repräsentiert daher einen tatsächlichen Marktanteil zwischen 17,5 % und 22,5 %.

für Psychiatrien in Mecklenburg-Vorpommern gebe. Bei wertender Betrachtung seien das psychiatrische Fachkrankenhaus und die psychiatrischen Fachabteilungen anderer Krankenhäuser jedenfalls keine effektiven Wettbewerber des Universitätsklinikums.

29. Weiterhin sprechen auch die sonstigen strukturellen Wettbewerbsparameter wie die Breite des Versorgungsangebots und der technischen Ausstattung, die Finanzkraft des Landes Mecklenburg-Vorpommern als Träger des Universitätsklinikums, die Größen- und Verbundvorteile des Klinikums sowie das Bestehen von vertikalen Verflechtungen mit sonstigen Einrichtungen des Gesundheitswesens für das Bestehen einer marktbeherrschenden Stellung. Bestes Beispiel für die Finanzkraft des Universitätsklinikums bzw. des dahinter stehenden Landes Mecklenburg-Vorpommern als Träger sei die Tatsache, dass für die Errichtung des neuen Klinikkomplexes bis zu seiner Fertigstellung im Jahr 2009 mehr als 250 Mio. EUR in den Bau, die Infrastruktur und die Ausstattung fließen werden. Im Vergleich dazu verfügen die Wettbewerber über erheblich geringere finanzielle Ressourcen. So seien die privaten Anbieter entweder relativ kleine Klinikgruppen oder freigemeinnützige Träger. Die Größen- und Verbundvorteile ergäben sich bereits aus der Planbettenzahl des Universitätsklinikums von 778 Planbetten. Die nächstgrößeren Kliniken in Greifswald und Umgebung verfügen dagegen über kaum mehr als 200 Planbetten. Hinzu komme, dass das Land Mecklenburg-Vorpommern mit dem Universitätsklinikum Rostock über ein weiteres Haus mit mehr als 1.000 Betten verfüge. Die Verflechtungen mit sonstigen Einrichtungen des Gesundheitswesens seien weit aus stärker als die der Wettbewerber. So verfüge das Universitätsklinikum im Gegensatz zu allen anderen Krankenhäusern über ein Medizinisches Versorgungszentrum. Daneben bestehen zahlreiche Kontakte und Kooperationen mit den Lehr- und Fachkrankenhäusern sowie den niedergelassenen Ärzten.

30. Das Bundeskartellamt weist ferner darauf hin, dass das Land Mecklenburg-Vorpommern – wie die anderen Bundesländer auch – für die Krankenhausplanung und die Investitionsfinanzierung zuständig ist. Da das Land gleichzeitig Träger und Eigentümer der beiden Universitätskliniken sei, bestehe ein potenzieller Interessenkonflikt. Zwar seien die Länder als Planungsbehörden zur Neutralität verpflichtet und aus der Planungskompetenz dürfe kein Wettbewerbsvorteil der öffentlich rechtlichen Krankenhäuser entstehen. Da aber nicht jede planungsrechtliche Streitigkeit vor die Gerichte, insbesondere nicht das Bundesverfassungsgericht, gebracht werden könne, bleibe ein struktureller Vorteil des Landes zumindest latent vorhanden.

3.2.4 Verstärkung der marktbeherrschenden Stellung

31. Durch den Erwerb des Kreiskrankenhauses Wolgast würde die marktbeherrschende Stellung des Universitätsklinikums Greifswald auf dem Markt für Krankenhausdienstleistungen erheblich verstärkt. Der Zusammenschluss des Marktführers und seines nächstgrößeren Wettbewerbers erbrächte addierte Marktanteile von 80 % im Kerngebiet Greifswald und 55 % im Kerngebiet einschließlich des Umlandes. Der Marktanteilsabstand zu den dann folgenden Wettbewerbern würde nochmals deutlich zunehmen. Dagegen erreicht keiner der übrig bleibenden Wettbewerber einen Marktanteil von mehr als 7,5 %. Bezogen auf einzelne Fachrichtungen wie Innere Abteilung oder Chirurgie würden die Zusammenschlussbeteiligten Marktanteile von 80 bzw. 90 % erreichen. In den Bereichen Kinderheilkunde und HNO würde sich der Marktanteil auf jeweils 97,5 % addieren.

32. Soweit Wettbewerber oder andere Einrichtungen bisher mit dem Kreiskrankenhaus Wolgast kooperieren, sind diese Beziehungen nach Auffassung des Bundeskartellamtes stark gefährdet, da das Universitätsklinikum bei allen Fachabteilungen – mit Ausnahme der psychiatrischen Abteilungen –, über eine fortschrittliche medizinische Ausstattung, hochspezialisierte Labore usw. verfügt. Das Universitätsklinikum kann alle denkbaren medizinischen Leistungen im eigenen Haus erbringen. Nach der Prognose des Amtes würde das Kreiskrankenhaus Wolgast die bisherigen Kooperationen zu Fachkliniken und sonstigen Einrichtungen nicht mehr aufrechterhalten. Davon sei auch deshalb auszugehen, weil das Universitätsklinikum – nach eigenem Vortrag gegenüber dem Bundeskartellamt – unterausgelastet sei.

33. Der Zusammenschluss würde zudem nachstoßenden Wettbewerb verhindern. Bisher entfalte sich der von dem Kreiskrankenhaus Wolgast ausgehende Wettbewerbsdruck auf das Universitätsklinikum in den Schranken seiner medizinischen Kompetenzen. Würde das Kreiskrankenhaus von einem anderen Wettbewerber übernommen, könnte dieser seine medizinischen und sonstigen Ressourcen dafür nutzen, die Wettbewerbsfähigkeit des Kreiskrankenhauses Wolgast zu verbessern. Dass es mindestens einen anderen potenziellen Interessenten gebe, zeige bereits das seinerzeit von einem Wettbewerber eingeleitete Kommunalaufsichtsverfahren gegen die beabsichtigte Veräußerung. Nicht zuletzt werde durch die Fusion der Marktzutritt neuer Wettbewerber allein schon dadurch erschwert, dass nach der Fusion geeignete Aquisitionenobjekte fehlen.

34. Der Zusammenschluss würde die Wettbewerbsbedingungen nach Meinung der Kartellbehörde auf dem relevanten Markt nachhaltig und in irreversibler Weise verschlechtern. Das Universitätsklinikum hätte kein Interesse daran, den Bestand des Kreiskrankenhauses langfristig zu sichern. Einerseits könne es betriebswirtschaftlich sinnvoll sein, die Leistungserbringung beider Häuser im Sinne der Optimierung von Synergieeffekten räumlich zusammenzufassen. Die Bettenkapazitäten des Kreiskrankenhauses dürften in dem bis 2009 komplett neu errichteten Klinikkomplex des Universitätsklinikums unproblematisch aufgenommen werden können. In Anbetracht der geringen Entfernung der Standorte sei damit zu rechnen, dass sich Patienten, die ein entsprechendes medizinisches Angebot in Wolgast nicht mehr vorfinden, direkt an das Universitätsklinikum in Greifswald wenden. Jeder andere Erwerber hätte eine entgegengesetzte Interessenlage und würde versuchen, die Existenz des Kreiskrankenhauses langfristig zu sichern, da nur dessen Erhalt eine Amortisation der Investition garantieren würde.

3.2.5 Wissenschaftsauftrag des Grundgesetzes

35. Das Universitätsklinikum hatte vorgetragen, der Erwerb des Kreiskrankenhauses sei erforderlich, um den grundgesetzlichen zugewiesenen Wissenschaftsauftrag des Art. 5 Abs. 3 GG, den das Universitätsklinikum Greifswald insbesondere im Bereich der Forschungsrichtung Community Medicine erfülle, nachhaltig sicherzustellen. Die Finanzierung der Budgets der Hochschulmedizin für Forschung und Lehre richte sich nach der Anzahl der Studierenden. Deren Anzahl könne aber nur gehalten oder erweitert werden, wenn ein entsprechender Zuwachs bei den Planbetten erfolge. Nach einer Empfehlung des Wissenschaftsrates bestünde für ein Klinikum einer medizinischen Fakultät eine Untergrenze von 850 Planbetten. Diese Untergrenze werde in Greifswald deutlich unterschritten. Zudem könnte mit dem Kreiskrankenhaus Wolgast ein Personalrotationssystem betrieben werden, mittels dessen das wissenschaftliche Personal des Universitätsklinikums entlastet werden könne. Auf diese Weise bleibe mehr Zeit für Forschung und Lehre, was eine Abwanderung des wissen-

schaftlichen Personals ins Ausland verhindere. Hinzu komme, dass der Forschungsverbund Community Medicine mit seinen Strukturen und Institutionen ein wissenschaftliches Alleinstellungsmerkmal der Region Greifswald darstelle. Durch den ausgeprägten Bevölkerung-, Präventions- und Versorgungsbezug sei Community Medicine ein wichtiger Standortfaktor für die Gesundheitswirtschaft in Greifswald und Vorpommern.

36. Das Bundeskartellamt bezweifelt, dass die Untersagungsentscheidung ursächlich dazu führen kann, dass Forschung und Lehre insbesondere im Bereich Community Medicine an der Universität Greifswald eingeschränkt werden. Nach eigenem Vortrag der Anmelderin hänge die Möglichkeit von Forschung und Lehre von Finanzierungsentscheidungen des Landes Mecklenburg-Vorpommern ab. Die fusionskontrollrechtliche Untersagungsentscheidung beschränke dagegen lediglich die externe Expansion des Universitätsklinikums im Krankenhausmarkt, d.h. den Zukauf von Marktanteilen bei der Patientenversorgung.

4. Der Antrag auf Erteilung einer Ministererlaubnis

37. Der Antrag auf Ministererlaubnis wurde namens und im Auftrag des Universitätsklinikums Greifswald gestellt. Das Kreiskrankenhaus Wolgast, der Landkreis Ostvorpommern sowie das Land Mecklenburg-Vorpommern wurden von der Antragstellerin in Kenntnis gesetzt. Der Antrag umfasst neben einer Kurzcharakterisierung der Beteiligten eine ausführliche Darstellung von Strukturdaten des Landes Mecklenburg-Vorpommern und des Landkreises Ostvorpommern. Im Anschluss werden die Untersagungsverfügung des Bundeskartellamtes referiert und eine Reihe von Gemeinwohlvor- teilen vorgetragen. Abschließend wird die Erforderlichkeit der Ministererlaubnis erörtert.

4.1 Strukturdaten des Landes Mecklenburg-Vorpommern und des Landkreises Ostvorpommern

38. Die am Zusammenschluss beteiligten Krankenhäuser befinden sich beide in Mecklenburg-Vor- pommern und dort in der Region Vorpommern. Mecklenburg-Vorpommern ist mit 1,7 Mio. Ein- wohnern eines der kleinsten Bundesländer. Es verfügt im Vergleich zu den anderen Ländern über den geringsten Urbanisierungsgrad, d.h. der Anteil der Bevölkerung, der in Gemeinden mit weniger als 5.000 Einwohnern liegt, ist mit 29,6 % deutlich größer als der Bundesdurchschnitt von 7,3 %. Mecklenburg-Vorpommern ist durch einen kontinuierlichen Bevölkerungsrückgang gekennzeich- net. Wanderungsverluste sind insbesondere bei der Bevölkerung zwischen 15 und 65 Jahren zu be- obachten. Bedingt durch einen deutlichen Geburtenrückgang und das selektive Wanderungsverhal- ten hat sich das Durchschnittsalter der Bevölkerung überdurchschnittlich schnell erhöht. Gleichzei- tig besteht in dem Bundesland statistisch eine der niedrigsten Lebenserwartungen in Deutschland.

39. Die Wirtschaftskraft des Landes Mecklenburg-Vorpommern ist gemessen an der Wachstumsrate des Bruttoinlandsprodukts und dem Bruttoinlandsprodukt je Einwohner unterdurchschnittlich. Das Land gilt als strukturschwach. Die Arbeitslosenquote liegt weit über dem Bundesdurchschnitt. Das- selbe gilt für den Anteil der Gesamtbevölkerung, der von der Sozialhilfe lebt.

40. Die Bevölkerungsentwicklung im Landkreis Ostvorpommern ist – anders als im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern – in den letzten Jahren eher stabil. Dies liege – so die Antragstellerin – daran, dass Ostvorpommern eine Zuzugsregion für ältere Menschen, der sog. „Generation 55plus“ sei. Die Wirtschaftsentwicklung in Ostvorpommern bleibt hinter der des Landes nochmals zurück. Insbesondere die Arbeitslosigkeit erreicht mit 25,7 % im Jahr 2005 den ungünstigsten Wert in ganz Mecklenburg-Vorpommern.

41. Die Region Ostvorpommern ist aus medizinischer Sicht nach dem Vortrag des Universitätsklini- kums eine Region mit äußerst ungünstigen Risikostrukturen und einem überdurchschnittlich schlechten Gesundheitszustand. Die medizinische Versorgung sei unterdurchschnittlich. Insbeson- dere im Hausarztbereich gebe es erhebliche Nachbesetzungsprobleme, die zu Lücken in der Sicher- stellung der wohnortnahen ambulanten hausärztlichen Versorgung führen. Das auf der fachärztli- chen Ebene in Ostvorpommern bestehende Defizit werde bereits teilweise durch Fachabteilungen des Kreiskrankenhauses Wolgast kompensiert. Es sei davon auszugehen, dass sich diese Entwick- lung zukünftig weiter verstärken werde.

4.2 Bewertung des Untersagungsbeschlusses

42. Der Ministererlaubnis Antrag referiert lediglich den Untersagungsbeschluss des Bundeskartellamtes und weist auf die eingelegte Beschwerde sowie die Beschwerdeerwiderung des Bundeskartellamtes hin. In der Beschwerdebegründung vom 12. März 2007 stellt die Antragstellerin fest, dass das Bundeskartellamt den Zusammenschluss zu Unrecht untersagt habe, da weder die formellen noch die materiellen Untersagungsvoraussetzungen gegeben seien. Die Anwendbarkeit des GWB sei allein schon wegen § 69 SGB V fraglich, der klarstelle, dass sowohl die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern als auch zu den Krankenhäusern durch die Vorschriften des SGB V abschließend geregelt werde. Hinzu komme, dass die Verhaltensspielräume der Krankenhausträger überwiegend reguliert seien, der Marktzugang durch die Krankenhausplanung geregelt und die Unternehmereigenschaft von Krankenhäusern zweifelhaft sei. In materieller Hinsicht werde eine marktbeherrschende Stellung weder begründet noch verstärkt, da die sachliche und räumliche Marktabgrenzung des Bundeskartellamtes unzutreffend sei. Es wird die Auffassung vertreten, es sei ein Markt für die Leistungen von Universitätsklinik abzugrenzen, deren Dienstleistungsspektrum sich durch die zusätzlichen Bereiche Forschung und Lehre deutlich von der reinen Patientenversorgung unterscheide. Ebenfalls bei der Marktabgrenzung zu berücksichtigen sei die unterschiedliche Versorgungsbreite und -tiefe der verschiedenen Krankenhäuser. So sei gegebenenfalls ein Markt für Maximalversorger abzugrenzen. Auch komme eine fachabteilungsbezogene Marktabgrenzung in Betracht. Der räumlich relevante Markt sei jedenfalls zu eng abgegrenzt.

4.3 Die Gemeinwohlgründe

43. Gemäß § 42 GWB erteilt der Bundesminister für Wirtschaft und Technologie die Erlaubnis zu einem vom Bundeskartellamt untersagten Zusammenschluss, wenn die Wettbewerbsbeschränkung von gesamtwirtschaftlichen Vorteilen aufgewogen wird oder der Zusammenschluss durch ein überragendes Interesse der Allgemeinheit gerechtfertigt ist. Die Antragstellerin verzichtet auf eine Trennung der Begriffe „gesamtwirtschaftliche Vorteile“ und „überragendes Interesse der Allgemeinheit“ und spricht statt dessen, in Anlehnung an den Sprachgebrauch in früheren Verfahren, allgemein von „Gemeinwohlgründen“.

44. Vorgetragen werden im Wesentlichen vier Argumente: Der Zusammenschluss führe zu einem Ausbau des in Deutschland einzigartigen Forschungsbereichs Community Medicine als speziellem Profil des Universitätsklinikums Greifswald. Die dort betriebene Entwicklung neuer Versorgungskonzepte sichere die ortsnahe medizinische Versorgung in der Region Ostvorpommern und verbessere die Qualität der Versorgung in Ostvorpommern und in Gesamtdeutschland. Darüber hinaus verwirkliche der Zusammenschluss gesundheitspolitische Ziele im Bereich der Prävention, Drogen- und Suchtpolitik sowie Verbraucheraufklärung. Schließlich etabliere der Zusammenschluss das Land Mecklenburg-Vorpommern nachhaltig als Standort der Gesundheitswirtschaft.

45. Zunächst nicht vorgetragen wurde das forschungs- und strukturpolitische Argument, dass der Zusammenschluss mit dem Kreiskrankenhaus Wolgast zum Erhalt des Status als Universitätsklinikum notwendig sei. Hinweise auf dieses Argument waren allerdings bereits aus den Verfahrensakten zu entnehmen. Mit Schreiben vom 22. Februar 2008 hat die Antragstellerin den Antrag auf Ministererlaubnis um den Gemeinwohlgrund Erhalt des universitären Status des Klinikums Greifswald ergänzt. Aus der Stellungnahme des Kreiskrankenhauses Wolgast gegenüber der Monopolkommis-

sion geht zudem hervor, dass der Zusammenschluss auch für die Existenzsicherung des Kreiskrankenhauses notwendig sei. Dessen wirtschaftliche Situation sei grenzwertig. Der Zusammenschluss sichere somit die Krankenversorgung im Landkreis Ostvorpommern.

4.3.1 Ausbau der Community Medicine als Forschungsschwerpunkt

4.3.1.1 Community Medicine

46. Community Medicine ist nach dem Vortrag der Antragstellerin eine bevölkerungsbezogene medizinische Wissenschaft mit starkem Praxisbezug, in deren Zentrum die Analyse, Intervention und Evaluation der regionalen gesundheitlichen und versorgungsepidemiologischen Bevölkerungssituation im Umkreis der kreisfreien Stadt Greifswald stehe. Ziele des Forschungsschwerpunktes seien die bevölkerungsbezogene Analyse des Versorgungsbedarfs, der Versorgungssituation und -qualität, die Erhebung der tatsächlich in der Bevölkerung bestehenden und gegebenenfalls behandlungsbedürftigen Erkrankungen sowie die Entwicklung zukunftsfähiger Konzepte zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Forschungsregion Vorpommern. Basiswissenschaften seien Human- und Zahnmedizin, Epidemiologie und Biometrie, Sozialmedizin, Demographie, Gesundheitspsychologie und Medizinische Informatik. Forschungsschwerpunkte seien die analytische Epidemiologie und Risikofaktorenforschung, Versorgungsforschung, Gesundheitssystemforschung und Transferforschung. Dabei gehe es weniger um die relativ seltenen Krankheiten, die eine Hochleistungsmedizin erfordern, sondern eher um weit verbreitete „Volkskrankheiten“, deren Behandlung sich auf Arztpraxen, allgemeine Krankenhäuser und Kliniken der Spitzenmedizin verteile. Das Zusammenwirken der verschiedenen Akteure und seine Optimierung stünden im Mittelpunkt dieser Forschungsrichtung, die mit ihren Untersuchungen deshalb über den Rahmen der einzelnen Universitätsklinik hinausgreifen müsse.

47. Im Bereich der Community Medicine lasse sich der Lehrverbund und der Forschungsverbund unterscheiden. Der Lehrverbund zwischen der Antragstellerin und der Universität Greifswald umfasse die Studiengänge Human- und Zahnmedizin. Daneben bestehe eine Kooperation mit derzeit 51 niedergelassenen Allgemeinmedizinern.²⁸ Der Lehransatz sehe einen frühen Patientenkontakt, einschließlich eines Hausbesuchsprogramms vor, welches in Zusammenarbeit mit den kooperierenden Hausärzten realisiert werde. In dem 1995 gegründeten Forschungsverbund Community Medicine seien Wissenschaftler aus zahlreichen Instituten und Kliniken der Universität organisiert. Er werde fortlaufend ausgebaut.

48. Im Bereich der Forschung stütze sich die Community Medicine gegenwärtig auf zwei Studien. Die Study of Health in Pomerania (SHiP), die seit 1995 verfolgt werde, erfasse und beschreibe den Gesundheitszustand der vorpommerschen Bevölkerung und gehe der Frage nach, ob sich diese risikoreicher verhalte als andere Bevölkerungsteile Deutschlands und somit Risikofaktoren für Erkrankungen mit hohem Mortalitätsrisiko in besonderer Weise kumuliere. Im Mittelpunkt stünden häufige Erkrankungen wie Herz- und Kreislauferkrankungen, Diabetes mellitus Typ II sowie Schilddrüsen- und Alkoholkrankungen. Grundlage der Studie sei eine zufällig aus der 20- bis 79-jährigen Bevölkerung gezogene Stichprobe. Bei den Studienteilnehmern handele es sich um Probanden und nicht um Patienten. Die Studienregion umfasse die ehemaligen Landkreise Stralsund-Land, Greifs-

²⁸ Zum Zeitpunkt Anfang Februar 2008 weicht die Anzahl der vertraglich gebundenen akademischen Lehrärzte mit 49 geringfügig von der im Ministererlaubnisvertrag genannten Anzahl von 51 ab. Vgl. Schreiben Sozietät Dr. Rehorn vom 5. Februar 2008.

wald-Land und Anklam-Land sowie die Städte Stralsund, Greifswald und Anklam, ohne die Insel Usedom und ohne Fischland-Darß. Die Bruttostichprobe umfasse 7.008 Personen, von denen sich 4.310 Personen an den Untersuchungen beteiligen.

49. Seit dem Jahr 2002 bilde die Studie „Survey of Neonates in Pomerania“ (SNiP) einen zweiten Forschungsschwerpunkt der Community Medicine. Ziel dieser Studie sei es, ein Neugeborenenregister anzulegen und epidemiologische Analysen zu der perinatalen Morbidität und Mortalität, zum Tabakkonsum von Schwangeren, zu intrauterinen Wachstumsstörungen, Hüftgelenksdisplasie, Früherkennung von Nierenfehlbildungen und der Lebensqualität von schwangeren Frauen vorzunehmen. Dazu würden derzeit von der im Forschungsverbund Community Medicine integrierten Kinderklinik des Universitätsklinikums Greifswald 95 % aller Geburten von Müttern mit Erstwohnsitz in der Stadt Greifswald und dem Landkreis Ostvorpommern erfasst.²⁹ Eingebunden seien das Kreiskrankenhaus Wolgast und das Diakonie-Klinikum Anklam.

50. Der Schwerpunkt Community Medicine sei mit seinen beiden Studien ein bundesweites Alleinstellungsmerkmal der Medizinischen Fakultät der Universität Greifswald in Kooperation mit dem Universitätsklinikum. Unterschiede bestünden insbesondere zu dem weiter verbreiteten Forschungsgebiet „Public Health“, welches sich lediglich modellhaft mit der gesamten Bevölkerung beschäftige ohne einen regionalen Bezug und ohne praktische Untersuchungen. Der Zusammenschluss leiste einen entscheidenden Beitrag zu einem grundlegenden und dauerhaften Ausbau der Community Medicine. Dies gelte sowohl hinsichtlich des Lehr- als auch des Forschungsverbundes.

4.3.1.2 Ausbau des Lehrverbundes Community Medicine

51. Die Lehre in der Community Medicine solle insbesondere an häufigen, bevölkerungsrelevanten Erkrankungen durchgeführt werden. Diese seien in dem Kreiskrankenhaus Wolgast häufiger anzutreffen als in dem Universitätsklinikum. Dies gelte, obwohl das Universitätsklinikum Greifswald in einem überdurchschnittlichen Ausmaß Leistungen der Grund- und Regelversorgung erbringe. So würden zum Beispiel im Kreiskrankenhaus Wolgast mehr als doppelt so viele Patienten mit dem bevölkerungsbezogenen Krankheitsbild Herzinsuffizienz behandelt als an dem Universitätsklinikum Greifswald. Der Lehrverbund werde durch den Zusammenschluss gestärkt, da ein höherer Praxisbezug der Lehre gerade für das Fach Community Medicine wünschenswert sei. So sei es möglich, den Studierenden im Rahmen von Hospitationsprogrammen und Blockpraktika bereits im ersten Studienjahr Einblicke in Abläufe und Routinen eines Hauses der Grund- und Regelversorgung zu verschaffen. Die Betreuung von Studenten an einem akademischen Lehrkrankenhaus umfasse dagegen lediglich das sog. praktische Jahr, welches das letzte Studienjahr bilde.

52. Mit der angestrebten Fusion solle das Kreiskrankenhaus vollständig in den Lehrverbund Community Medicine integriert werden, wovon sowohl die studentische Ausbildung als auch insbesondere die fachärztliche Weiterbildung profitiere. Die Voraussetzung dafür sei allerdings, dass die Lehre in dem Kreiskrankenhaus mit der Qualität einer universitären Einrichtung ausgeführt werde. Dafür fehle es zum jetzigen Zeitpunkt in Wolgast an entsprechenden, dem Forschungsschwerpunkt Community Medicine gerecht werdenden Strukturen. So müssten Vertreter des Kreiskrankenhauses regelmäßig an Fortbildungen und an Sitzungen des Lehrverbundes zur Abstimmung von Lehrinhalten und Festlegungen von Bewertungskriterien teilnehmen. Das wiederum setze voraus, dass deren

²⁹ Nach Angaben der Antragstellerin von Anfang Februar 2008 beträgt die Erfassungsquote sogar 97 %.

Abwesenheit bei der Planung und Terminierung von Nacht-, Bereitschafts- und Hintergrunddiensten und bei der Erstellung von Dienstplänen berücksichtigt werde. Es sei nicht davon auszugehen, dass solche Strukturen von einem anderen Träger geschaffen würden.

4.3.1.3 Ausbau des Forschungsverbundes Community Medicine

53. Vorgetragen wird, dass der Forschungsverbund Community Medicine durch die Fusion in zweifacher Weise gestärkt werden könne: erstens durch die Ausweitung der Studienregion auf die für die Forschungszwecke der Community Medicine besonders geeignete Modellregion „Ostvorpommern“ und zweitens durch die Erweiterung der Datenbasis. Die aus der Fusion mit dem Kreiskrankenhaus Wolgast erwachsenen Chancen für den Forschungsverbund seien noch weitaus bedeutsamer als die Chancen für den Lehrverbund. So könne die zusammenschlussbedingte Ausweitung der Datenbasis einen Durchbruch der Versorgungsforschung bewirken.

(a) Modellregion Ostvorpommern

54. Der Zusammenschluss würde es nach Auffassung der Antragstellerin ermöglichen, eine Modellregion zu gewinnen, die als Bezugsregion für die Versorgungsforschung dienen könne und die es in dieser Art in der Bundesrepublik Deutschland bisher nicht gebe. Die „Modellregion Ostvorpommern“ eigne sich besonders als Bezugsregion, weil sie erstens in einem besonderen Maße räumlich abgegrenzt, zweitens die Bevölkerung in Bezug auf ihren Altersdurchschnitt und ihre soziale Lage besonders geeignet und drittens die stationäre medizinische Versorgung mit je einem Haus der Maximal- sowie der Grund- und Regelversorgung besonders geprägt sei. Die Region besitze zudem mit 125.000 Einwohnern eine für die Forschungszwecke der Community Medicine hinreichende Größe.

55. Begrenzt sei die Modellregion im Osten durch die auf der Insel Usedom gelegene Grenze zu Polen, im Süden durch das Gebiet der Ortschaft Anklam und im Westen durch die Orte Grimmen, Demmin und Altentreptow. Sie umfasse die Einzugsgebiete des Universitätsklinikums Greifswald und des Kreiskrankenhauses Wolgast. Aufgrund der Grenzlage mit Polen im Osten und der Ostsee im Norden seien die Patientenströme im Vergleich mit anderen Regionen stark abgegrenzt. Patienten aus dem Kerngebiet Greifswald suchten nach den Ermittlungen des Bundeskartellamtes zu 92 % die beiden Krankenhäuser der Region auf. Die Eigenversorgungsquote der Region liege bei über 82 %.

56. Ostvorpommern sei eine Modellregion für Deutschland, weil sich dort die Alterung der Bevölkerung im Zeitraffer vollziehe. So sei Mecklenburg-Vorpommern im Jahr 1990 noch das Bundesland mit der jüngsten Bevölkerung gewesen und werde durch die zunehmende Lebenserwartung, die Abwanderung von jüngeren und den Zuzug von älteren Menschen bis 2012 zu einem Bundesland mit einer der ältesten Bevölkerungen in Deutschland. Dasselbe gelte für die Versorgungsstruktur. Auch diese laufe ihrer Zeit insoweit voraus, als sich bereits jetzt die Lücken bei der hausärztlichen Versorgung zeigten, die in anderen ländlichen Regionen zukünftig zu erwarten sind. Damit nehme Mecklenburg-Vorpommern und insbesondere die Region Ostvorpommern die Zusammensetzung der Altersstruktur der Bevölkerung sowie die Entwicklung der hausärztlichen Versorgungsstrukturen im ländlichen Raum für Gesamtdeutschland um mehrere Jahre vorweg. In einer Modellregion Ostvorpommern könnten bereits heute Konzepte für die zukünftige medizinische Versor-

gung entwickelt und geprüft werden, um sie später auf ähnlich strukturierte Regionen in Gesamtdeutschland zu übertragen.

57. Darüber hinaus sei das Land Mecklenburg-Vorpommern und insbesondere die Region Ostvorpommern durch die bundesweit höchste Arbeitslosenquote und eine vergleichsweise schwierige sozialen Lage der Bevölkerung gekennzeichnet. Damit verbunden seien typischerweise ungünstige gesundheitliche Risikofaktoren (Rauchen, Übergewicht) und ein durchschnittlich schlechterer Gesundheitszustand der Bevölkerung. Diese spezifischen Ausgangsbedingungen würden die Region als Modellregion für die Implementation und Evaluation von neuen Präventions- und Versorgungskonzepten prädestinieren.

58. Ein weiteres Merkmal sei, dass Ostvorpommern die einzige abgegrenzte Region in Deutschland sei, in der die gesamte stationäre medizinische Versorgung durch je ein Krankenhaus der Maximal- und der Grund- und Regelversorgung erfolgen. Zudem sei in dieser Region der überwiegende Teil der akademischen Lehrärzte des Universitätsklinikums Greifswald angesiedelt. Wegen dieser einzigartigen Versorgungsstruktur sei es grundsätzlich möglich, den gesamten Behandlungsverlauf einer Erkrankung des Patienten vom Erstkontakt zum niedergelassenen Arzt über gegebenenfalls mehrere stationäre Aufenthalte bis hin zur wünschenswerten Heilung der Erkrankung zu verfolgen.

(b) Erweiterung der Datenbasis

59. Die Forschung im Bereich der Community Medicine stütze sich bisher auf Routinedaten der gesetzlichen Krankenkassen, der statistischen Landes- und Bundesämter, der kassenärztlichen Vereinigungen, Daten der Gesundheitsstudien SHiP und SNiP sowie auf Daten von bevölkerungsbezogenen und klinischen Krebsregistern. Insbesondere die durch die Antragstellerin entwickelten Studien SHiP und SNiP seien als eine valide und belastbare Datenbasis eine wesentliche Voraussetzung für die Etablierung einer Modellregion Ostvorpommern, in der zukünftige innovative Konzepte und Modelle für die medizinische Versorgung erforscht und evaluiert werden könnten. Die angestrebte Fusion trage dazu bei, die vorhandene Datenbasis deutlich zu erhöhen und zu verbessern.

60. Erstens könne durch die Angliederung eines SHiP-Untersuchungszentrums am Kreiskrankenhaus Wolgast die Anzahl der Probanden deutlich erhöht werden. Das neu einzurichtende SHiP-Untersuchungszentrum solle von einem sog. SHiP-Team aus Greifswald geleitet werden. Ziel sei es, das Personal des Kreiskrankenhauses Wolgast unter Beachtung strikter Qualitätskriterien zu trainieren und zu zertifizieren, um damit die Vergleichbarkeit der in Greifswald und der in Wolgast produzierten Ergebnisse herzustellen. Durch die Angliederung des SHiP-Untersuchungszentrums am Kreiskrankenhaus Wolgast könne die Anzahl der Teilnehmer an der SHiP-Studie deutlich erhöht werden, da die bisherige Erfahrung zeige, dass die Bereitschaft von Personen, an der Studie teilzunehmen, mit der Entfernung zum Untersuchungszentrum abnehme. Gleichzeitig könne die Studienregion um die im Einzugsgebiet des Kreiskrankenhauses Wolgast gelegene Insel Usedom erweitert werden, was die Repräsentativität der SHiP-Studie und weiterer Bevölkerungsstudien des Forschungsverbundes Community Medicine deutlich verbessern würde.

61. Durch die Einbindung des Kreiskrankenhauses Wolgast erhöhe sich zudem die Anzahl der stationär behandelten Patienten, die in die Evaluation von Behandlungsmöglichkeiten bei den im Rahmen der Community Medicine bedeutsamen Erkrankungen einbezogen werden könnten. Das „Patientengut“ eines Universitätsklinikums eigne sich wesentlich weniger für eine bevölkerungsbezo-

gene medizinische Wissenschaft als das „Patientengut“ eines Kreiskrankenhauses. So zeige die Analyse der Patientenstrukturen, dass die Fallzahlen im Hinblick auf die im Fokus der Community Medicine stehenden Erkrankungen im Kreiskrankenhaus Wolgast durchweg höher seien als im Universitätsklinikum Greifswald.

62. Durch die Fusion gelinge es zweitens, bisher in der SHiP-Studie unterrepräsentierte Bevölkerungsgruppen, wie ältere und multimorbide Probanden oder Patienten mit Verhaltensstörungen durch Alkohol, in einem stärkeren Maße zu berücksichtigen. Personen mit diesen Merkmalen seien bisher unterrepräsentiert, da ihre Bereitschaft zur Teilnahme an wissenschaftlichen Studien gering ausgeprägt sei. Sie könne man regelmäßig nur im Rahmen eines stationären Aufenthaltes erfassen.

63. Schließlich sei es durch den Zusammenschluss möglich, Schwierigkeiten bei Fall-Kontroll-Studien zur Evaluierung von Therapiestrategien zu beheben. Bislang würden sich Fallgruppen nur für Therapieverfahren rekrutieren lassen, die klassischerweise an Universitätskliniken angesiedelt sind. Es sei für die Forschung vorteilhaft, wenn man bei der Bildung von Fallgruppen zudem auf die Patientenklientel eines kleineren, nicht universitären Hauses der Grund- und Regelversorgung zurückgreifen könne.

64. Die Fusion stelle nicht zuletzt die hohe Repräsentativität der SNIp-Studie sicher. Zwar sei nicht damit zu rechnen, dass der Zusammenschluss auch den Dateninput der SNIp-Studie erhöhen werde. Gleichwohl sei es außerordentlich wichtig, die gute Kooperation mit dem Kreiskrankenhaus Wolgast nachhaltig zu sichern. Es sei mehr als fraglich, ob der hohe repräsentative Grad der Studie auch durch eine Kooperation mit einem alternativen Erwerber des Kreiskrankenhauses aufrechterhalten werden könne. Bei einem Wegfall der Zusammenarbeit wäre jedenfalls der Populationsbezug für die SNIp-Studie nicht mehr gegeben, da 35 % der dort erfassten Geburten auf das Kreiskrankenhaus Wolgast entfallen.

4.3.2 Sicherung der ortsnahe medizinischen Versorgung und Verbesserung der Versorgungsqualität

65. Der Zusammenschluss sichere nicht nur eine wohnortnahe medizinische Grundversorgung der Bevölkerung im Landkreis Ostvorpommern und Umgebung auf einem qualitativ hohen Niveau, sondern erhöhe darüber hinaus die Qualität der Versorgung in Ostvorpommern. Dies folge bereits aus dem Status der Antragstellerin als Universitätsklinikum mit dem Forschungsschwerpunkt Community Medicine. Darüber hinaus verbessere die Fusion das Versorgungsniveau in der Region Ostvorpommern durch drei Faktoren maßgeblich:

- Die besondere Qualifikation des Universitätsklinikums Greifswald im Bereich der Notfallversorgung komme dem erhöhten akutmedizinischen Versorgungsbedarf zugute, der sich im Kreiskrankenhaus Wolgast in den Urlaubsmonaten ergebe. In dieser Zeit sei ein Anstieg insbesondere bei den hitzebedingten Erkrankungen, wie Herz-Kreislaufkrankungen bei älteren Urlaubern, zu verzeichnen. Das erforderliche Spektrum an hochspezialisierten Leistungen mit einer ausgeprägten saisonalen Flexibilität könne bei dem Kreiskrankenhaus Wolgast nur in enger Anbindung an das Universitätsklinikum mittelfristig gesichert und langfristig weiterentwickelt werden.
- Der Zusammenschluss verbessere die „indikationsspezifische Qualität“ der Versorgung. Dies bedinge zum einen die Analyse der Leitliniengerechtigkeit von Diagnose, Therapie und Verord-

nung für bestimmte Erkrankungen und zum anderen die Analyse einer Vielzahl anderer Faktoren wie Krankenhauseinweisungen und Wiedereinweisungen, Aufenthaltsdauer und vieles mehr. Um diese Analysen durchführen zu können, sei es notwendig, die Behandlungspfade von Patienten im ambulanten und stationären Bereich lückenlos verfolgen zu können. Voraussetzung dafür sei, dass die Struktur-, Prozess- und Kostendaten des Kreiskrankenhauses Wolgast in die Analysen mit einbezogen würden. Dies wiederum setze die Fusion voraus, da solche Daten oftmals als Betriebs- und Geschäftsgeheimnis behandelt würden.³⁰

- Durch den Zusammenschluss könne darüber hinaus der in Ostvorpommern bereits aktuell zu beobachtende Prozess von Änderungen im Krankheitsspektrum der Bevölkerung und bei der Inanspruchnahme stationärer und ambulanter medizinischer Versorgung auf einem medizinisch hohen Niveau begleitet werden. Insbesondere die Alterung der Bevölkerung verursache deutliche Veränderungen im Krankheitsspektrum und bei der Inanspruchnahme stationärer und ambulanter medizinischer Versorgung. Zu rechnen sei auch damit, dass in den kommenden fünf bis zehn Jahren der Versorgungsbedarf aufgrund steigender Patientenzahlen zunehmen werde. Für eine Sicherstellung der künftigen medizinischen Versorgung seien insbesondere versorgungsepidemiologische Analysen notwendig, die im Rahmen der Community Medicine mit Bezug auf die Modellregion geleistet werden könnten.

66. Vorgetragen wird, dass der Zusammenschluss auch dazu geeignet sei, die gesamtdeutsche Versorgungslandschaft positiv zu beeinflussen. So führe die zukünftige Alterung der Bevölkerung in Deutschland zu einer Zunahme der Patientenzahlen mit altersbedingten Erkrankungen, wie es in Ostvorpommern bereits zu beobachten sei. Die auf die Modellregion Ostvorpommern bezogene Versorgungsforschung im Rahmen der Community Medicine könne erheblich zu der Entwicklung, Implementierung und Evaluierung neuer Versorgungskonzepte beitragen. Die Fusion sei notwendig, weil für das Erreichen einer Reihe von Forschungszielen, insbesondere für die Analyse und das Monitoring der Vorsorge-, Diagnose- und Behandlungsqualität, der Zugriff auf Prozess-, Qualitäts- und Kostendaten des Kreiskrankenhauses Wolgast unabdingbar sei.

67. Die gesamtdeutsche Versorgung werde positiv beeinflusst, weil die in der Modellregion Ostvorpommern entwickelten Versorgungskonzepte zunächst auf Regionen mit vergleichbaren Rahmenbedingungen und nach entsprechenden Anpassungen deutschlandweit übertragen werden könne. Die durch die Community Medicine unter Berücksichtigung der Daten aus Wolgast erheblich verbesserte bevölkerungsbezogene Prognose zu der Entwicklung einzelner Parameter ermögliche eine Prioritätensetzung und eine frühere strategische Ausrichtung auf Schwerpunktaktivitäten. Möglich werde die Entwicklung, Implementierung und Evaluierung neuer Versorgungskonzepte, die zukünftig auf andere Regionen übertragen werden könnten. Exemplarisch werden eine Reihe von möglichen Forschungszielen genannt, die verfolgt werden könnten und die für unterschiedliche Gesundheits- und Versorgungsbereiche einen konkreten Nutzen beinhalten würden. Dazu gehört als For-

³⁰ Auf Nachfrage der Monopolkommission wurde in einem Schreiben der Antragstellerin vom 5. Februar 2008 näher konkretisiert, um welche Daten es sich dabei handelt. Unter „Prozessdaten“ versteht die Antragstellerin Angaben zu den Aufnahme- und Entlassungsdiagnosen, zur Gesamtheit der Befunde, zu den klinischen und operativen Untersuchungsergebnissen, zu den lückenlosen Behandlungsverläufen einschließlich der Medikation sowie gegebenenfalls zu den operativen Eingriffen. „Qualitätsdaten“ sind Angaben zu den Liegezeiten, Mehrfachuntersuchungen, Beatmungstagen, Komplikationen, Wiederaufnahmen usw. „Kostendaten“ sind DRG-relevante Eingangsdaten, Daten zu internen und externen Verlegungen, Angaben zu Verschlüsselungen sowie kosten- und abrechnungsrelevante Daten. „Weitere Daten“ beziehen sich auf die Auslastung von Fachabteilungen oder eine diagnosespezifische Statistik der Einzugsgebiete.

schungsziel die Analyse und das Monitoring der Vorsorge-, Diagnose- und Behandlungsqualität mit einem besonderen Fokus auf die Leitliniengerechtigkeit der Diagnose und Therapie, der Arzneimittelverordnung, der Heil- und Hilfsmittelverordnung, der Rate der Krankenhauseinweisungen und Wiedereinweisungen, der Aufenthaltsdauer usw. Gerade für diesen Punkt sei der Zugriff auf Prozess-, Struktur-, Qualitäts- und Kostendaten des Kreiskrankenhauses unabdingbar.

4.3.3 Gesundheitspolitische Vorteile

68. Der Zusammenschluss verwirklicht nach dem Vortrag der Antragstellerin zentrale Ziele der deutschen und mecklenburg-vorpommerschen Gesundheitspolitik. Zu nennen seien insbesondere die Ziele

- Erhöhung der Effizienz im Versorgungssystem,
- Senkung von Kosten durch die Verzahnung von ambulantem und stationärem Sektor und effizienten intersektoralen Strukturen,
- Aufbau und Förderung der Schwerpunkte Prävention, Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation, Drogen- und Suchtverhalten der Bevölkerung sowie eine Verbraucheraufklärung in den Bereichen gesunde Ernährung und Bewegung.

69. Genannt werden darüber hinaus standortpolitische Ziele. So solle der „Masterplan Gesundheitswirtschaft Mecklenburg-Vorpommern 2010“ dazu beitragen, Mecklenburg-Vorpommern als einen wettbewerbsfähigen und attraktiven Standort der Gesundheitswirtschaft zu etablieren, die damit verbundenen Wachstums- und Beschäftigungspotenziale zu mobilisieren, die notwendigen Entwicklungsinfrastrukturen zu schaffen und die Gesundheit und Lebensqualität der Bevölkerung durch eine qualitativ hochwertige Gesundheitsvorsorge zu verbessern.

70. Zwischen der Fusion mit dem Kreiskrankenhaus Wolgast und den gesundheits- und standortpolitischen Zielen besteht nach dem Vortrag der Antragstellerin im Wesentlichen ein indirekter Zusammenhang. So trage der Zusammenschluss dazu bei, den Forschungsschwerpunkt Community Medicine zu stärken, der wiederum die Konzepte entwickle, die gesundheitspolitischen Ziele zu erreichen und den Landesforschungsschwerpunkt „Gesundheit und Prävention“ langfristig zu etablieren.

4.3.4 Förderung des Gesundheitstourismus

71. Vorgetragen wird schließlich das standortpolitische Argument, der Zusammenschluss fördere den Gesundheitstourismus in der Region. Unter Gesundheitstourismus versteht der Antrag sowohl Tourismus im Sinne von Urlaub als auch im Sinne von Ansiedlung in der Region, um die hier besonders ausgebauten bzw. auszubauenden gesundheitsbezogenen Angebote wahrnehmen zu können. Hier liege ein großes Potenzial für die strukturschwache Region Ostvorpommern. Das für die Bereitstellung der gesundheitswirtschaftlichen Angebote und Kompetenzen wichtige breite Spektrum an hochspezialisierten Leistungen in Kombination mit einer ausgeprägten saisonalen Flexibilität könne langfristig nur durch eine enge Anbindung des Kreiskrankenhauses Wolgast an die Antragstellerin gesichert und weiterentwickelt werden.

4.3.5 *Erhalt des Status als Universitätsklinikum*

72. Das Universitätsklinikum Greifswald ist mit aktuell 778 Planbetten, wovon 760 Betten für Forschung und Lehre ausgewiesen sind, sowie 20 tagesklinischen Plätzen für die Behandlung gerontopsychiatrischer und psychosomatischer Patienten die kleinste universitätsmedizinische Einrichtung in Deutschland. Diese an der Bettenzahl gemessene Größe des Klinikums sei als äußerst kritisch einzustufen. Der Wissenschaftsrat gebe für Universitätskliniken als grundsätzliche Mindestgröße eine Zahl von 850 Planbetten vor, die gegenwärtig bereits deutlich unterschritten werde und bei der sich abzeichnenden Tendenz zu einem weiteren Bettenabbau zukünftig noch deutlicher unterschritten werde. So weise der Feststellungsbescheid des Sozialministeriums Mecklenburg-Vorpommern vom 22. Dezember 2004 für das Universitätsklinikum Greifswald für den Zeitpunkt ab 31. Dezember 2008 als voraussichtliche Planbettenzahl nur noch 704 vollstationäre Betten aus.

73. Die zum Zeitpunkt der Erstellung des Vierten Krankenhausplans des Landes Mecklenburg-Vorpommern im Jahr 2004 gestellte Prognose weiter zurückgehender Bettenzahlen habe sich insbesondere vor dem Hintergrund des im selben Jahr eingeführten Abrechnungssystems nach Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups, DRG), bestätigt. Zwar sei es im Moment noch nicht absehbar, welche Konsequenzen das Abrechnungssystem konkret für die Entwicklung der Bettenzahl haben werde. Gleichwohl bleibe die Zahl der Betten als Planungs- und Steuerungsgröße weiterhin der zentrale Parameter für Universitätsklinika, wie der Wissenschaftsrat in seiner Stellungnahme zu Leistungsfähigkeit, Ressourcen und Größe universitätsmedizinischer Einrichtungen aus dem Jahre 2005 feststelle.

74. Ohne eine Erhöhung der Anzahl der Planbetten des Universitätsklinikums Greifswald könne auf Dauer weder der Status des Universitätsklinikums noch die Medizinische Fakultät nachhaltig gesichert werden. Die Existenz der Medizinischen Fakultät stehe infrage, da in der klinischen Ausbildung zwingend eine Anbindung an ein Universitätsklinikum notwendig sei. Das gelte, weil in Greifswald das sog. „Bochumer Modell“, nach dem Studierende der Medizin ihre klinische Ausbildung in Allgemeinkrankenhäusern ohne universitären Status absolvieren können, in Greifswald nicht zu realisieren sei. Dazu fehle es in der Region an der notwendigen Krankenhausdichte.

75. Die Erhöhung der Planbettenzahl könne nur durch eine Fusion mit dem Krankenhaus Wolgast erfolgen. Für das den hochschulmedizinischen Standort Greifswald prägende Konzept der Community Medicine komme eine kooperative Lösung nicht in Betracht. Dabei könne weder die notwendige vollständige Eingliederung in den Lehrverbund des Universitätsklinikums erfolgen noch der für die bevölkerungsbezogene Forschung notwendige Zugang zu sämtlichen individualisierten Behandlungsdaten sowie den Struktur- und Kostendaten gewährleistet werden.

76. Mit dem Verlust des Status eines Universitätsklinikums würde nicht nur eine über 500-jährige Tradition der universitären Medizin in Greifswald beendet, sondern dem Land Mecklenburg-Vorpommern würden etliche, allein in Greifswald vorhandene Forschungsschwerpunkte, insbesondere der deutschlandweit einzigartige Schwerpunkt Community Medicine, verloren gehen. Darüber hinaus sei zu erwarten, dass bei einer Umwandlung in ein Haus der Grund- und Regelversorgung mit etwa 600 Betten 1.700 Arbeitsplätze in den Bereichen Forschung und Lehre sowie der Krankenversorgung verloren gehen.

4.4 Erforderlichkeit des Zusammenschlusses

77. In dem Antrag auf Ministererlaubnis wird ausgeführt, dass der Zusammenschluss erforderlich sei, um die aufgeführten Gemeinwohlvorteile zu realisieren. Der Zusammenschluss biete für den Lehr- und Forschungsverbund Community Medicine einzigartige Möglichkeiten der Weiterentwicklung. Durch die Fusion könne eine eng abgegrenzte Region mit geringen Patientenströmen nach außen komplett erfasst und abgebildet werden. Die Fusion ermögliche einen umfassenden Zugriff auf die Daten der stationären Versorgung, die in der Region zudem nicht nur durch einen Maximal-, sondern auch durch einen Grund- und Regelversorger erbracht werde. Die Gemeinwohlvorteile seien nur durch die Fusion des Universitätsklinikums mit dem Kreiskrankenhaus Wolgast erreichbar. Sie seien nicht erreichbar, wenn das Kreiskrankenhaus an einen anderen Erwerber verkauft würde.

4.4.1 Einzigartige Forschungsmöglichkeiten

78. Durch die Berücksichtigung des Kreiskrankenhauses Wolgast könne eine bevölkerungsbezogene Bezugsregion gewonnen werden, die insbesondere bei der Evaluation von neuen Versorgungsmodellen von hoher Wichtigkeit und bundesweit derzeit nicht verfügbar sei. Wegen der Besonderheit, dass in der in Bezug auf die Patientenströme weitgehend abgeschlossenen Region Ostvorpommern nahezu die gesamte stationäre Behandlung durch die beiden Zusammenschlussparteien Universitätsklinikum und Kreiskrankenhaus erbracht wird, ergebe sich die einzigartige Möglichkeit, den größten Teil der Behandlungsverläufe für die Forschungszecke der Community Medicine lückenlos und über das komplette stationäre Leistungsspektrum der Maximal-, Grund- und Regelversorgung zu erfassen. Bislang sei es zum Beispiel nicht möglich, den Patienten nach seiner Entlassung aus dem Universitätsklinikum dahingehend zu verfolgen, ob dieselbe oder eine damit in Zusammenhang stehende Erkrankung erneut stationär behandlungsbedürftig wurde, sofern die Folgebehandlung nicht durch das erstbehandelnde Krankenhaus erbracht wurde. Erst die Einbeziehung der Daten des Kreiskrankenhauses Wolgast erlaube diese Erfassung.

4.4.2 Zusammenschluss zwingend erforderlich

79. Die Antragstellerin führt aus, dass die Gemeinwohlvorteile nur durch den Zusammenschluss und nicht durch andere Formen der Zusammenarbeit mit dem Kreiskrankenhaus Wolgast zu erzielen seien. Notwendig sei der Zugriff sowohl auf patientenbezogene Daten als auch auf Struktur-, Prozess- und Kostendaten des Kreiskrankenhauses. Im Falle des Verkaufs an einen anderen Träger sei nicht damit zu rechnen, dass die erforderlichen Daten sachgerecht erhoben und in der erforderlichen Ausführlichkeit an das Universitätsklinikum weitergegeben werden. Für die Ermittlung der Daten seien sowohl Durchgriffsrechte auf die internen Strukturen und Verfahren des Krankenhauses Wolgast als auch auf die für das Management relevanten Prozesse essenzielle Voraussetzung. Die Weitergabe von Daten an Kooperationspartner finde regelmäßig dort ihre Grenzen, wo es um Daten über die Qualität der Versorgung oder über die Kostenstrukturen des Krankenhauses gehe, da solche Daten üblicherweise als Geschäftsgeheimnisse behandelt würden.

80. Hinzu komme, dass die Community Medicine im Rahmen der klinischen Forschung auch auf innovative klinische Untersuchungsmethoden wie Echokardiographie, Schilddrüsen-, Carotis- und Leberultraschall, Tele-EKG und anderes angewiesen sei. Daher müsse sichergestellt sein, dass

diese Untersuchungen auf einem universitären Niveau durchgeführt werden, was wiederum lediglich durch das Universitätsklinikum selbst und nicht durch andere Erwerber garantiert werden könne.

5. Das Gewicht der Wettbewerbsbeschränkungen

81. Der Bundesminister für Wirtschaft und Technologie ist bei seiner Entscheidung an die Feststellungen zur Wettbewerbsbeschränkung in der Untersagungsverfügung des Bundeskartellamtes gebunden. Jedoch ist er im Rahmen seiner Abwägung nach § 42 Abs. 1 GWB auch dazu verpflichtet, die Wettbewerbsbeschränkungen durch den Zusammenschluss in ihrer Bedeutung zu gewichten und zu entscheiden, ob die Wettbewerbsbeschränkungen von gesamtwirtschaftlichen Vorteilen des Zusammenschlusses aufgewogen werden oder der Zusammenschluss durch ein überragendes Interesse der Allgemeinheit gerechtfertigt ist. Im Grundsatz gilt, dass der Minister umso höhere Anforderungen an die Gemeinwohlvorteile zu stellen hat, je bedeutender die Auswirkungen des Zusammenschlusses auf die Betroffenen sind. Dieser Grundsatz gilt in gleicher Weise für die Stellungnahme der Monopolkommission.

82. Damit wird eine Gewichtung der Wettbewerbsbeschränkung erforderlich. Ihr Zweck geht nicht dahin, die Beurteilung durch das Bundeskartellamt zu untermauern bzw. zu relativieren oder gar infrage zu stellen. Ein Zusammenschluss ist nach ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs vom Bundeskartellamt zu untersagen, wenn er auch nur in ganz geringem Maße zu einer Verstärkung einer Marktbeherrschung führt; diese Verstärkung muss nicht einmal spürbar sein. Das Ausmaß der Beschränkung des Wettbewerbs durch den Zusammenschluss kann aber sehr unterschiedlich ausfallen, je nachdem wie intensiv der Wettbewerb vor dem Zusammenschluss war und wie stark er nach dem Zusammenschluss voraussichtlich noch sein wird. Zu diesem Ausmaß muss sich das Bundeskartellamt im Rahmen der Zusammenschlusskontrolle gemäß § 36 GWB nicht äußern. Soweit es dies gleichwohl tut, handelt es sich dabei nicht um tragende Gründe seiner Entscheidung, sondern um obiter dicta. Sie können den Bundesminister für Wirtschaft und Technologie – anders als die Ausführungen des Amtes zu der Begründung oder Verstärkung einer marktbeherrschenden Stellung als solcher – nicht binden. Der Bundesminister für Wirtschaft und Technologie und die Monopolkommission haben sich vielmehr ein eigenständiges Urteil über das Gewicht der Wettbewerbsbeschränkung zu bilden. Dies geschieht im Hinblick auf die Abwägung der Wettbewerbsbeschränkung mit den Gemeinwohlgründen, die auf dem Spiel stehen und die ebenfalls zu gewichten sind. Mit anderen Worten interessiert das Ausmaß der Wettbewerbsbeschränkung im Ministererlaubnisverfahren nicht als solches, sondern in einer komparativen Perspektive im Hinblick auf das Gewicht der fraglichen Gemeinwohlgründe.

83. Das Bundeskartellamt hat als sachlich relevanten Markt den Markt für stationäre medizinische Dienstleistungen abgegrenzt. Es rechtfertigt diese vergleichsweise weit gefasste sachliche Marktabgrenzung damit, dass bei den behandelten DRGs zwischen den unterschiedlichen Fachabteilungen erhebliche Überschneidungen zu beobachten seien und in Krankenhäusern standortbezogene Querschnittsleistungen dominierten. Daher sei eine fachrichtungsbezogene Marktabgrenzung abzulehnen.³¹ Die sachliche Marktabgrenzung des Bundeskartellamtes beruht auf einer umfangreichen Erhebung von Krankenhausdaten im Bundesland Bayern, die im Zusammenschlussfall Rhön-Klinikum AG mit dem Landkreis Rhön-Grabfeld im Jahr 2003 erhoben wurden. Das Kartellamt geht davon aus, dass die hierbei erzielten Erkenntnisse auf das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern und den Zusammenschluss Universitätsklinikum Greifswald mit dem Kreiskrankenhaus Wolgast übertragbar sind und die sachliche Marktabgrenzung auch in diesem Fall analog vorzunehmen ist. Räumlich relevanter Markt ist das Kerngebiet Greifswald mit den Postleitzahlengebieten Greifs-

³¹ Vgl. BKartA, B3-1002/6, insbesondere S. 27 ff.

wald, Wolgast und Usedom. Entscheidend für die vorgenommene räumliche Marktabgrenzung sei, dass die Patienten aus diesen Gebieten weit überwiegend nur die Krankenhäuser in diesem Gebiet als tatsächliche, hinreichende Alternativen ansehen.

84. Das Bundeskartellamt hat eine bereits vor dem Zusammenschluss bestehende Marktbeherrschung durch das Universitätsklinikum Greifswald festgestellt. In dem abgegrenzten räumlich relevanten Markt Kerngebiet Greifswald mit den PLZ-Gebieten Greifswald, Wolgast und Usedom beträgt sein Marktanteil 55 %, mithin wird der Vermutungstatbestand für die Marktbeherrschung des § 19 Abs. 3 Satz 1 GWB von einem Drittel deutlich übertroffen.³² Das Bundeskartellamt macht deutlich, dass in qualitativer Hinsicht keine anderen Ergebnisse vorliegen, wenn anstelle des räumlich relevanten Marktes Kerngebiet Greifswald die weitere Marktabgrenzung Greifswald und Umland mit den zusätzlichen PLZ-Gebieten Anklam, Demmin und Grimmen vorgenommen würde, auf denen das Universitätsklinikum ebenfalls relevante Marktanteile erreicht. Nächstgrößter Wettbewerber ist das Kreiskrankenhaus Wolgast, zu dem ein Marktanteilsabstand von 30 Prozentpunkten besteht. Für eine marktbeherrschende Stellung des Universitätsklinikums Greifswald sprechen nach Auffassung des Bundeskartellamtes auch die sonstigen strukturellen Wettbewerbsparameter wie die Breite des Versorgungsangebotes, seine technische Ausstattung, die Finanzkraft des Landes Mecklenburg-Vorpommern, Größen- und Verbundvorteile des Klinikums sowie vertikale Verflechtungen mit sonstigen Einrichtungen des Gesundheitswesens, etwa über das nur in Greifswald bestehende Medizinische Versorgungszentrum. Für die Finanzkraft des Landes als Träger des Universitätsklinikums spreche, dass in das neue Universitätsklinikum bis zu seiner Fertigstellung im Jahr 2009 insgesamt mehr als 250 Mio. EUR in den Bau, die Infrastruktur und die Ausstattung investiert würden.³³ Die Wettbewerber des Universitätsklinikums hingegen verfügten nur über geringere finanzielle Ressourcen und könnten auch Größen- und Verbundvorteile durch ihre deutlich geringeren Bettenzahlen nicht in vergleichbarer Weise realisieren.

85. Das Bundeskartellamt erwartet durch den Zusammenschluss des Marktführers mit seinem nächstgrößten Konkurrenten eine erhebliche Verstärkung der marktbeherrschenden Stellung des Universitätsklinikums.³⁴ Im Kerngebiet Greifswald addierten sich die Marktanteile auf 80 %. Auch der Marktanteilsabstand zu den dann folgenden Wettbewerbern nähme nochmals deutlich zu. Das Amt befürchtet, dass infolge des Zusammenschlusses bislang bestehende Kooperationen zu Wettbewerbern reduziert und der Druck nachstoßenden Wettbewerbs, der bisher noch von dem Kreiskrankenhaus Wolgast auf das Universitätsklinikum ausgeübt wird, schwinden würde.

86. Von der Antragstellerin wurde gegenüber der Monopolkommission betont, dass der Erhalt des Forschungsstandortes Greifswald und der Ausbau des Forschungsschwerpunktes Community Medicine vornehmliches und einziges Interesse des Zusammenschlusses sei. Das Universitätsklinikum Greifswald erzielt nach eigenen Angaben mit seinem günstigen Basisfallwert bundesweit die betriebswirtschaftlich besten Werte aller Universitätsklinika. Damit sei der Gesundheitsstandort Greifswald trotz schwieriger Rahmenbedingungen fit für den Wettbewerb. Zur Sicherung der Marktposition sei in den letzten Jahren ein wichtiges strategisches Ziel – vor dem Hintergrund sin-

32 Das Bundeskartellamt gibt – wie bereits unter Fn. 27 ausgeführt – die Marktanteile aus Gründen der Geheimhaltung von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen in einer Spanne von +/- 2,5 % an. Bei einem angegebenen Marktanteil von 55 % liegt der tatsächliche Marktanteil in dem Intervall zwischen 52,5 % und 57,5 %. Diese Art der systematischen Verzerrung gilt auch für alle weiteren Marktanteilsangaben.

33 Vgl. hierzu auch die Pressemitteilung des Universitätsklinikums Greifswald „Uniklinikum Greifswald erreicht bundesweit niedrigsten Basisfallwert“ vom 17. Januar 2007.

34 Vgl. BKartA, B3-1002/6, S. 66, Tz. 142 und S. 70, Tz. 152.

kender Budgets – ein stabiles Umsatzwachstum im Kernbereich, nämlich der Krankenhausversorgung, gewesen.³⁵ Niedergelassene Ärzte und Wettbewerber der Zusammenschlussbeteiligten haben gegenüber der Monopolkommission darauf hingewiesen, dass der Standort Wolgast vermutlich zu einem Portalkrankenhaus herabgestuft werde, in dem verbreitete allgemeinmedizinische Krankheitsbilder behandelt würden, während komplexere Krankheitsbilder in stärkerem Ausmaß als bisher an das Universitätsklinikum verwiesen würden. Gleichzeitig sei zu befürchten, dass die Fusion zu Marktanteilsverschiebungen zugunsten des Universitätsklinikums beitrage. Insbesondere wurde angeführt, dass das Universitätsklinikum aufgrund seiner dann größeren Marktanteile verbleibende andere Krankenhausstandorte durch Direktverträge mit den Krankenkassen aushebeln könne. Die Monopolkommission ist der Auffassung, dass zukünftige Marktanteilsverschiebungen auch das Ergebnis eines legitimen Wettbewerbsverhaltens der Antragstellerin sein können und nicht zwingend auf ihre marktbeherrschende Position zurückzuführen sind.

87. Im Fusionskontrollverfahren und dem noch laufenden Beschwerdeverfahren vor dem zuständigen Oberlandesgericht Düsseldorf wurde vonseiten der Antragstellerin die sachliche und räumliche Marktabgrenzung des Bundeskartellamtes als unzutreffend kritisiert. Es wird die Auffassung vertreten, es sei ein Markt für die Leistungen von Universitätsklinika abzugrenzen, deren Dienstleistungsspektrum sich durch die zusätzlichen Bereiche Forschung und Lehre deutlich von der reinen Patientenversorgung unterscheide. Auf einem solchen wäre dann keine marktbeherrschende Stellung des Universitätsklinikums Greifswald festzustellen, daher der Zusammenschluss mit dem Kreiskrankenhaus Wolgast nicht wettbewerbsbeschränkend. Der Auffassung der Antragstellerin, die Marktabgrenzung des Bundeskartellamtes falle im Hinblick auf die Berücksichtigung eines Marktes für Universitätsklinika zu eng aus, kann sich die Monopolkommission nicht anschließen. Bei der Abgrenzung von Krankenhausmärkten kommt es auf die Substituierbarkeit von Leistungen durch die Patienten als Verbraucher an. Zwar mag aus Patientensicht ein bundesweiter Markt beispielsweise für medizinische Spitzenleistungen in der Onkologie gegeben sein, die Bestandteil der elektiven Therapien gegen eine lebensbedrohliche oder die Lebensqualität stark beeinträchtigende Erkrankung sind. Dies gilt jedoch nicht für den hohen Anteil der in dem Universitätsklinikum Greifswald behandelten Fälle, die in den Bereich der Grund- und Regelversorgung fallen.³⁶

88. Die Monopolkommission hat sich in den beiden Ministererlaubnisverfahren Rhön/Grabfeld und Asklepios/Mariahilf bereits eingehend mit den spezifischen Rahmenbedingungen des Wettbewerbs auf dem Krankenhausmarkt auseinandergesetzt. Es sei an dieser Stelle noch einmal darauf hingewiesen, dass momentan kaum Preiswettbewerb zwischen Krankenhäusern stattfindet, da diese ihre Leistungen zu regulierten Preisen (DRG-Fallpauschalen) abrechnen. Zudem lassen auch der Versicherungsschutz und die einheitlichen Finanzierungsmodalitäten für Krankenhäuser heute allenfalls Raum für einen geringfügigen Preiswettbewerb auf dem Krankenhausmarkt. Somit kann – anders als auf den meisten anderen Märkten – Marktmacht nicht dazu genutzt werden, Preise (missbräuchlich) anzuheben. Marktstrukturveränderungen führen mithin zunächst nicht zu Veränderungen des Preises und der nachgefragten Menge und auch nicht zu dem dadurch ansonsten induzierten allokativen Effizienzverlust. Bereits im Rhön/Grabfeld-Fall wurde daher auf die besondere Rolle des Qualitätswettbewerbs im Krankenhausmarkt hingewiesen.³⁷ Die Angebotsqualität wird zum entscheidenden Wettbewerbsparameter, an dem Patienten und einweisende Mediziner ihre Wahlent-

³⁵ <http://idw-online.de/pages/de/news192308> (Abruf: 26. Februar 2008).

³⁶ Vgl. BKartA, B3-1002/6, S. 14 ff.; BKartA, B3-1002/6 B (Beschwerdeerwiderng), S. 15 ff.

³⁷ Vgl. Monopolkommission, Zusammenschlussvorhaben der Rhön-Klinikum AG mit dem Landkreis Rhön-Grabfeld, Sondergutachten 45, Baden-Baden 2006, insbesondere Tz. 118 f.

scheidungen ausrichten. Da rechtliche Qualitätsvorgaben nur geeignet sind, die Patienten vor gravierenden Behandlungsfehlern zu schützen, erstreckt sich der Qualitätswettbewerb auf sämtliche Bereiche des stationären Angebotes und umfasst auch eine Vielzahl von Leistungen, etwa die Freundlichkeit des Personals, die Länge von Wartezeiten, die Ausstattung der Zimmer oder die Qualität der Verpflegung, die rechtlich nicht einklagbar sind. Wichtige Voraussetzung für ein wirksames Wettbewerbsgeschehen auf dem Krankenhausmarkt ist jedoch, dass Patienten Wahlentscheidungen auf der Basis von Informationen treffen können, die den tatsächlichen Status relevanter Angebotsqualität vergleichsweise umfassend und zutreffend beschreiben. Im Asklepios/Mariahilf-Fall hat die Monopolkommission hierzu unterstrichen, dass das Wettbewerbsgeschehen auf dem Krankenhausmarkt noch nicht für alle Patientengruppen in gleicher Weise transparent ist. Sie geht deshalb von einer umso größeren Bedeutung örtlicher Wettbewerbsbeziehungen aus, da Patienten in der Regel über ihre lokalen Verhältnisse besser informiert sein können als über die Krankenhausangebote weiter entfernter Regionen, daher die Intensität des Qualitätswettbewerbs vor Ort eine besondere Bedeutung genießt.³⁸ Schließlich erscheint sinnvoll, auf den Erhalt wettbewerblicher Strukturen zu achten, die dem Gesetzgeber die Möglichkeit erhalten, zukünftig wirksamen Preiswettbewerb im Krankenhausesektor zu verankern und den Qualitätswettbewerb weiter zu intensivieren.

89. Diese Feststellungen gelten im Grundsatz auch im vorliegenden Fall. Die Monopolkommission bestreitet daher auch nicht, dass die vom Bundeskartellamt festgestellte Verstärkung einer marktbeherrschenden Stellung durch den Zusammenschluss auftritt und wettbewerbsbeschränkende Wirkungen eintreten. Jedoch weist der Fall eine Reihe von Besonderheiten auf, die ihn zum einen von den bisherigen Ministererlaubnisverfahren im Krankenhausbereich abheben und die das Gewicht der Wettbewerbsbeschränkung aus dem Zusammenschlussvorhaben zum anderen relativieren.

90. Bei einer genauen Betrachtung der vom Bundeskartellamt erhobenen Daten ergibt die angebotsseitige Betrachtung zunächst, dass das Universitätsklinikum Greifswald über ein deutlich größeres Einzugsgebiet als das Kreiskrankenhaus Wolgast verfügt. Ein möglicher Grund hierfür mag darin liegen, dass das Universitätsklinikum als Maximalversorger ein breiteres und tieferes Angebot als unmittelbar umliegende Krankenhäuser aufweist. Das Bundeskartellamt stützt diese These durch einen Vergleich der Gewichte der Fachabteilungen Inneres und Chirurgie in den unterschiedlichen Herkunftsgebieten der Patienten. Aus der Untersuchung kann offenbar der Rückschluss gezogen werden, dass mit der zunehmenden räumlichen Entfernung vom Klinikstandort die Neigung der Patienten wächst, das Universitätsklinikum Greifswald nur noch aufgrund seiner Spezialitäten aufzusuchen, da diese dort vorgehaltenen Leistungen von den Krankenhäusern des eigenen Gebietes nicht erbracht werden.³⁹ Neben den auch in Wolgast vertretenen Fachabteilungen unterhält das Universitätsklinikum zusätzlich auch eine Augenheilkunde, eine Dermatologie, eine Kinderchirurgie, eine Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, eine Neurochirurgie sowie Fachabteilungen für Neurologie, Nuklearmedizin, Orthopädie und Urologie. Zudem erfüllt es die medizinischen Schwerpunktaufgaben Onkologisches Zentrum, Perinatalzentrum, Schlaganfallversorgung und Geriatriisches Konsil. Mithin ist das Universitätsklinikum Greifswald mit diesen Angeboten auch ein Anbieter von Spitzenmedizin, deren Bedeutung für die Nachfrager über eine unmittelbare engräumige Markt- abgrenzung hinausgeht. In diesem Bereich steht das Universitätsklinikum Greifswald nicht im Wettbewerb zum Kreiskrankenhaus Wolgast, das diese Leistungen nicht anbietet.

³⁸ Vgl. Monopolkommission, Zusammenschlussvorhaben der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH mit der Krankenhaus Mariahilf gGmbH, Sondergutachten 52, Baden-Baden 2008, insbesondere Tz. 73 ff.

³⁹ Vgl. BKartA, B3-1002/6, S. 38 ff.

91. Die an der Fusion beteiligten Krankenhäuser Universitätsklinikum Greifswald und Kreiskrankenhaus Wolgast liegen ca. 30 Straßenkilometer voneinander entfernt. Die Bevölkerung konzentriert sich in dem betrachteten Kerngebiet Greifswald jeweils in der unmittelbaren Umgebung dieser Krankenhäuser. Es mag bei der nachfrageorientierten Betrachtung daher wenig verwundern, dass der Marktanteil des Universitätsklinikums Greifswald im eigenen Gebiet und auf dem sachlich relevanten Markt für stationäre medizinische Dienstleistungen vor der Fusion bereits 76 % beträgt, im Gebiet Wolgast 23 % und auf Usedom 29 %. Auch das Kreiskrankenhaus Wolgast besitzt im eigenen Gebiet bereits vor der Fusion mit 58 % Marktanteil eine starke Marktstellung, in Greifswald erreicht es 6 % Marktanteil und auf Usedom, das noch östlich von Wolgast gelegen ist, 45 %. Beschränkt man die Betrachtung auf die allgemeinen Fachabteilungen Inneres, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Kinderheilkunde, so erreicht das Universitätsklinikum Greifswald im eigenen Gebiet einen Marktanteil von 81 %, in Wolgast 12 % und auf Usedom 18 %. Das Kreiskrankenhaus Wolgast erreicht im eigenen Gebiet 73 % Marktanteil, in Greifswald 7 % und auf Usedom 57 %. Es verstärkt sich mithin der Eindruck, dass die Patienten in Ostvorpommern die sich ihnen bietenden Wahlmöglichkeiten bislang nur in einem vergleichsweise geringen Umfang wahrnehmen. Für die Monopolkommission ist jedenfalls nicht feststellbar, inwiefern für die Wahlentscheidungen der Patienten in Ostvorpommern unterschiedliche Spezialisierungen der Krankenhäuser in Greifswald und Wolgast ausschlaggebend sind, da ihr keine Daten auf der Ebene der DRGs zur Verfügung stehen. Der ortsnahen klinischen Versorgung kommt im vorliegenden Fall offensichtlich eine besondere Bedeutung zu. Durch diese Beobachtung wird das Gewicht der zu erwartenden wettbewerbsbeschränkenden Wirkungen aus dem Zusammenschlussvorhaben vermindert.

92. Bei der wettbewerbsrechtlichen Beurteilung eines Zusammenschlussvorhabens steht die Betrachtung von Anreizen und Möglichkeiten für das marktmächtige Unternehmen im Vordergrund, künftig seine Marktmacht zu missbrauchen. § 35 Abs. 1 GWB sieht für die Zusammenschlusskontrolle eine Aufgreifschwelle in Höhe von 500 Mio. EUR weltweiter Umsatzerlöse für die beteiligten Unternehmen vor, die eine Reihe von Funktionen erfüllt. Die für die wettbewerbsrechtliche Beurteilung bedeutende Funktion der Aufgreifschwelle liegt in der Vermutung, dass nur hinlänglich umsatzstarke Unternehmen durch den Einsatz ihrer Finanzkraft die gesellschaftliche Wohlfahrt in relevanter Weise schädigen können. Die konzernmäßige Konsolidierung aller Umsätze ist hierbei für private Unternehmen zweckmäßig. Denn diese besitzen selbst bei einer großen Diversifizierung ihrer Angebote stets die Möglichkeit, einzelne Aktivitäten zu veräußern und ihre Kräfte hiernach ganz auf den fusionsrelevanten Markt zu konzentrieren. Zudem können sich hier eher Potenziale für eine wettbewerbswidrige Quersubventionierung im Zusammenhang mit Verdrängungsstrategien ergeben. In dem vorliegenden Fall des Zusammenschlusses zweier öffentlicher Unternehmen ist darauf hinzuweisen, dass die Aufgreifschwelle des § 35 Abs. 1 GWB nur deswegen überschritten wird, weil die Umsätze der verschiedenen Landesbetriebseinheiten in Mecklenburg-Vorpommern wie z.B. der Lottogesellschaft Mecklenburg-Vorpommern in die Betrachtung einbezogen wurden. In formaler Hinsicht mag diese Vorgehensweise zutreffend sein. Denn § 130 Abs. 1 GWB bestimmt, dass das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen auch auf Unternehmen der öffentlichen Hand Anwendung findet. Da das Universitätsklinikum Greifswald als ein durch das Land Mecklenburg-Vorpommern beherrschtes Unternehmen einzustufen ist, berücksichtigt das Bundeskartellamt gemäß § 36 Abs. 2 GWB folglich die Umsätze aus allen unternehmerischen Tätigkeiten des Bundeslandes unabhängig davon, ob die jeweilige Tätigkeit einem gesetzlichen Auftrag nachkommt. Die Monopolkommission erachtet jedoch die konzernmäßige Konsolidierung aller Umsätze eines Bundeslandes mit Bezug auf dieselbe Aufgreifschwelle wie bei Zusammenschlussvorhaben privater

Unternehmen als weniger aussagekräftig, was die Gefährdung des Wettbewerbs betrifft. Denn die betrachteten wirtschaftlichen Aktivitäten öffentlicher Gebietskörperschaften unterliegen zumindest politischen, wenn nicht rechtlichen Bindungen und stehen daher nicht in gleicher Weise zur Disposition der Entscheidungsträger wie in privaten Unternehmen. So ist aus Sicht der Monopolkommission kaum möglich oder zu erwarten, dass beispielsweise die Einnahmen aus der Lottogesellschaft zur Finanzierung von wettbewerbswidrigen Verdrängungsstrategien des Krankenhausbetriebes genutzt werden könnten. Es ist außerdem zu bemerken, dass die Investitionen in das neue Universitätsklinikum in Höhe von 250 Mio. EUR als solche nur wenig über die Finanzkraft des Landes sagen. So wurden dem Land nach § 12 Abs. 1 HSBauFördG 50 % der Bausumme vom Bund erstattet. Aus diesen Zusammenhängen folgt, dass das formale Erreichen der Konzernumsatz-Schwellenwerte durch das Land Mecklenburg-Vorpommern für die mit einem Zusammenschluss verbundenen Gefahren für den Wettbewerb nicht das Gleiche bedeutet wie entsprechende Konzernumsätze bei einem Zusammenschlussvorhaben privater Unternehmen. Auch diese Überlegung mindert das Gewicht der Wettbewerbsbeschränkung im vorliegenden Fall.

93. Das Ausmaß der wettbewerbsbeschränkenden Wirkungen des vorliegenden Zusammenschlussvorhabens mag ferner aus dem Grunde als vergleichsweise gering eingestuft werden, weil die Gebietskörperschaften Bundesland und Landkreis, die gegenwärtig das Universitätsklinikum respektive das Kreiskrankenhaus Wolgast beherrschen, durch das Instrument der Kreisaufsicht miteinander verbunden sind. In Mecklenburg-Vorpommern obliegt nach § 124 Kommunalverfassung die Kreisaufsicht in rechtlicher oder fachlicher Hinsicht dem Bundesland. Daher ist nicht auszuschließen, dass gewisse Einflussmöglichkeiten des Landes Mecklenburg-Vorpommern auf die wirtschaftlichen Geschehnisse des Landkreises Ostvorpommern bestehen, die denen innerhalb eines faktischen Konzerns zumindest nahekommen. Mithin sind nach Auffassung der Monopolkommission bereits gegenwärtig indirekte Einflussmöglichkeiten zwischen den Krankenhäusern Universitätsklinikum Greifswald und Kreiskrankenhaus Wolgast gegeben, die die Intensität der bestehenden Wettbewerbsbeziehung abmildern.

94. Die Monopolkommission zweifelt nicht an der Einschätzung, dass der Zusammenschluss des Universitätsklinikums Greifswald mit dem Kreiskrankenhaus Wolgast eine Verstärkung der marktbeherrschenden Stellung des Universitätsklinikums auf dem Markt für stationäre medizinische Dienstleistungen in der Region nach sich zieht. Die mit dem Zusammenschluss verbundene Wettbewerbsbeschränkung erscheint der Monopolkommission jedoch vergleichsweise gering. Ausschlaggebend hierfür ist im vorliegenden Fall zum einen, dass die stationäre Versorgung in der Region weniger im Wettbewerb, sondern ganz überwiegend durch das dort jeweils befindliche Krankenhaus allein erbracht wird. Ein Grund dafür mag sein, dass momentan im Krankenhaussektor kaum Preiswettbewerb möglich ist. Zum anderen wird ein Zusammenschlussvorhaben zweier öffentlicher Unternehmen betrachtet. Da rechtliche Vorgaben das Ausgabenverhalten des Bundeslandes auch in Zukunft beschränken werden und durch das Instrument der Kreisaufsicht, die das Bundesland über die Landkreise ausübt, bereits in der Vergangenheit Einflussmöglichkeiten zwischen den beteiligten Gebietskörperschaften bestanden, erachtet die Monopolkommission den Krankenhauswettbewerb in der Region bereits vor der Fusion als vergleichsweise eingeschränkt und schätzt daher die zwar evidente zusätzliche beschränkende Wirkung des Zusammenschlussvorhabens als relativ gering ein.

6. Würdigung der Gemeinwohlgründe

95. Vor der Einzelbetrachtung der als Gemeinwohlgründe angeführten Aspekte erinnert die Monopolkommission daran, dass als Gemeinwohlgründe im Ministererlaubnisverfahren gemäß § 42 GWB nur Aspekte in Betracht kommen, die als allgemeiner staats-, wirtschafts- oder gesellschaftspolitischer Rechtfertigungsgrund gelten können. Es genügt nicht, dass die am Zusammenschluss Beteiligten die betriebswirtschaftlichen Vorteile ihres Vorhabens darlegen. Vielmehr muss die Allgemeinheit, hier die Bevölkerung des Landkreises Ostvorpommern und darüber hinaus, ein überragendes Interesse daran haben, dass der Zusammenschluss trotz der durch ihn hervorgerufenen Wettbewerbsbeschränkungen vollzogen wird. Dies wäre dann der Fall, wenn die Vorteile für die Allgemeinheit nur durch den Zusammenschluss realisierbar sind und die damit verbundenen Wettbewerbsbeschränkungen aufwiegen. Eine Ministererlaubnis ist nur dann zu erteilen, „wenn die anderweitigen staats-, wirtschafts- oder gesellschaftspolitischen Gründe im Einzelfall großes Gewicht haben, konkret nachgewiesen sind und wenn wettbewerbskonforme Abhilfemaßnahmen des Staates nicht möglich sind“.⁴⁰

6.1 Ausbau der Community Medicine als Forschungsschwerpunkt

96. Vorgetragen wird, dass der Zusammenschluss des Universitätsklinikums Greifswald mit dem Kreiskrankenhaus Wolgast einen grundlegenden und dauerhaften Beitrag zur Stärkung des Forschungsschwerpunktes Community Medicine leiste. Die Lehre profitiere davon, dass das Kreiskrankenhaus vollständig in den Lehrverbund des Universitätsklinikums integriert werden könne. Der Forschungsverbund werde gestärkt, erstens durch die Möglichkeit, eine für die Versorgungsforschung wichtige und in Deutschland einmalige Modellregion zu gewinnen, und zweitens durch die Erweiterung und qualitative Verbesserung der Datenbasis für die etablierten Studien SHiP und SNiP.

97. Die Monopolkommission sieht in dem Ausbau des auf bevölkerungsbezogene Erkrankungen gerichteten medizinischen Forschungsschwerpunktes Community Medicine einen Gemeinwohlgrund im Sinne von § 42 GWB. Die Community Medicine ist Teil der Versorgungsforschung, der nach Auffassung des Wissenschaftsrates eine hohe gesellschaftliche und politische Relevanz zukommt. Da der Forschungsschwerpunkt Community Medicine in Deutschland ausschließlich in Greifswald existiert und die Entwicklung des Forschungsbereichs nach Auffassung des Wissenschaftsrates trotz deutlicher Fortschritte in den vergangenen Jahren hinter der in anderen Nationen zurückbleibt, liegt der Ausbau des Forschungsschwerpunktes an dem Universitätsklinikum Greifswald im Interesse der Allgemeinheit. Im Ergebnis können aber weder das Vorbringen der Antragstellerin noch die eigenen Ermittlungen der Monopolkommission mit der in einem Ministererlaubnisverfahren notwendigen Sicherheit belegen, dass der Zusammenschluss geeignet ist, den Forschungsschwerpunkt Community Medicine zu fördern, oder dass der Zusammenschluss die notwendige Voraussetzung für die Realisierung von Forschungsprojekten der Community Medicine ist.

⁴⁰ Begründung zum Regierungsentwurf eines zweiten Gesetzes zur Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen, BT-Drs. VI/2520 vom 18. August 1971, S. 31.

6.1.1 Stärkung des Lehrverbundes

98. Dem Lehrverbund Community Medicine gehören alle an der Lehre in diesem Bereich interessierten Hochschullehrer, Mitarbeiter, Studierende höherer Semester sowie die akademischen Lehrärzte der Medizinischen Fakultät Greifswald an.⁴¹ Charakteristisch für die Lehre im Bereich der Community Medicine ist nach dem Vortrag der Antragstellerin ein möglichst frühzeitiger Patientenkontakt. Die Lehre müsse insbesondere an häufigen bevölkerungsbezogenen Erkrankungen durchgeführt werden. Solche Erkrankungen seien in einem Haus der Grund- und Regelversorgung eher anzutreffen als in einem Universitätsklinikum als Haus der Maximalversorgung. Es sei vorgesehen, das Kreiskrankenhaus Wolgast in die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Medizinstudenten, Ärzten und Pflegepersonal einzubeziehen. Davon profitiere sowohl die studentische Ausbildung als auch insbesondere die fachärztliche Weiterbildung.

99. Nach Auffassung der Monopolkommission erscheint es zwar plausibel, dass die Lehre in der Community Medicine profitiert, wenn Studenten und Ärzte in der praktischen Aus- und Weiterbildung in einem stärkeren Maße mit dem Patientenspektrum und den Arbeitsabläufen eines Hauses der Grund- und Regelversorgung konfrontiert werden. Auch bestätigen die von der Monopolkommission befragten Wissenschaftler, dass das Patientengut eines Krankenhauses der Grund- und Regelversorgung sich von dem Patientengut eines Universitätsklinikums unterscheidet und dass das Patientengut eines Krankenhauses der Grund- und Regelversorgung für die praxisorientierte Lehre im Bereich der Community Medicine besser geeignet ist als das Patientengut eines Universitätsklinikums. Gleichwohl bestehen Zweifel, dass es überhaupt Defizite im praktischen Teil der studentischen und fachärztlichen Ausbildung im Rahmen der Community Medicine an dem Universitätsklinikum Greifswald gibt. Der Antrag auf Ministererlaubnis liefert dazu jedenfalls keine Belege. Dies mag daran liegen, dass das Universitätsklinikum Greifswald zu einem vergleichsweise hohen Anteil selber Leistungen der Grund- und Regelversorgung erbringt und damit zumindest in Teilen über eine Patientenstruktur verfügt, die dem eines Hauses der Grund- und Regelversorgung entspricht. Wenn es aber bereits in der Vergangenheit Defizite bei der studentischen und fachärztlichen Ausbildung gegeben hat und das Kreiskrankenhaus Wolgast über ein für die praktische Ausbildung besonders geeignetes Patientengut verfügt, stellt sich die Frage, warum erst Ende des Jahres 2007 eine Kooperationsvereinbarung über den Status eines akademischen Lehrkrankenhauses vereinbart wurde.

100. Die Monopolkommission ist zudem der Auffassung, dass das Kreiskrankenhaus Wolgast auch ohne den Zusammenschluss stärker in den Lehrverbund Community Medicine eingebunden werden kann. Das Kreiskrankenhaus Wolgast ist akademisches Lehrkrankenhaus des Universitätsklinikums Greifswald und damit bereits in die Lehre des Universitätsklinikums eingebunden. Zwar beschränkt sich diese Einbindung bislang auf die Ausbildung der Studenten im letzten Studienjahr, dem sog. praktischen Jahr, könnte aber auch auf die praktische Ausbildung von Studenten in früheren Ausbildungsphasen oder die ärztliche Weiterbildung ausgeweitet werden. Der Monopolkommission wurde jedenfalls nicht vorgetragen, dass eine solche Ausweitung des Lehrverbundes mit einem akademischen Lehrkrankenhaus aus praktischen, rechtlichen oder sonstigen Gründen nicht möglich sei.

101. Wenig überzeugend ist der Vortrag, dass der Zusammenschluss erforderlich sei, da nur das Universitätsklinikum als Käufer des Kreiskrankenhauses die strukturellen Voraussetzungen schaffe,

⁴¹ Schreiben von RA Rehborn vom 5. Februar 2008, S. 8.

damit die Lehre in Wolgast den universitären Anforderungen entspreche. Zum einen handelt es sich bei den genannten strukturellen Voraussetzungen im Wesentlichen um organisatorische Angelegenheiten, zu deren Regelung es keiner Fusion bedarf. Zum anderen bedeutet die Einbindung von Ärzten und sonstigem Personal des Kreiskrankenhauses Wolgast in den Lehrverbund des Universitätsklinikums zwar einen – gegebenenfalls erheblichen – Mehraufwand. Gleichwohl ist davon auszugehen, dass auch ein anderer Käufer des Kreiskrankenhauses diesen Mehraufwand tragen würde, da die Einbindung in die universitäre Lehre für das Krankenhaus und das betroffene Personal mit Image- und Reputationsgewinnen verbunden ist. Falls dies zur Kompensation des Mehraufwandes nicht ausreicht, gäbe es noch die Möglichkeit, das Kreiskrankenhaus für die Einbindung in den Lehrverbund finanziell zu entschädigen.

6.1.2 Stärkung des Forschungsverbundes

102. Der für die Medizinische Fakultät Greifswald zentrale Forschungsschwerpunkt Community Medicine wurde, ausgehend von einem Votum des Wissenschaftsrates, im Jahr 1992 etabliert und im Zuge der Evaluation der medizinischen Fakultäten in den neuen Bundesländern als spezielles Profil der Universität Greifswald aufgebaut und weiterentwickelt. Der Hintergrund für die Empfehlung des Wissenschaftsrates war, dass es in Greifswald außer dem Universitätsklinikum keine weiteren Krankenhäuser gab und gibt und dass das Universitätsklinikum deshalb dort traditionell den Großteil der Normalversorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen wahrnimmt. Vor diesem Hintergrund empfahl der Wissenschaftsrat, gerade diese Besonderheit gezielt für Lehre und Forschung nutzbar zu machen. Dies sollte dadurch geschehen, dass der wissenschaftliche und klinische Schwerpunkt auf das gemeindenahere „Normalspektrum“ der in der Bevölkerung auftretenden Krankheiten ausgerichtet sein sollte. Für diese Schwerpunktbildung hatte der Wissenschaftsrat die Bezeichnung „Community Medicine“ vorgeschlagen. Konzeptionell besteht eine enge Verbindung zu der in den angelsächsischen Ländern etablierten Forschungsrichtung des „Public Health“. Darunter versteht eine Definition der World Health Organization (WHO) die „Wissenschaft und die Praxis von Krankheitsverhütung und Lebensverlängerung sowie die Förderung psychischen und physischen Wohlbefindens durch gemeindebezogene Maßnahmen.“ Nicht das Individuum, sondern Bevölkerungsgruppen und ihre Gesundheit mit den Wechselbeziehungen zwischen Mensch und Umwelt stehen dabei im Mittelpunkt.⁴²

103. Zentrale Instrumente des Forschungsschwerpunktes Community Medicine sind die Basisstudien SHiP und SNiP. SHiP wurde im Jahr 1997 implementiert. Ziele der Studie sind die umfassende Beschreibung des Gesundheitszustandes der vorpommerischen Bevölkerung und die Überprüfung der Hypothese, ob sich die dortige Bevölkerung risikoreicher verhält als andere Bevölkerungsteile Deutschlands und sich somit in der Region Risikofaktoren für Erkrankungen mit hohem Mortalitätsrisiko kumulieren. Der Focus von SHiP liegt auf häufigen Erkrankungen wie Herz- und Kreislauferkrankungen, Diabetes usw. Die erste Untersuchungsphase – SHiP-0 – wurde 2001 abgeschlossen. Die zweite Phase, das sog. Fünf-Jahres-Follow-up lief von Oktober 2002 bis September 2006 (SHiP-1). Gegenwärtig wird nach Vortrag der Antragstellerin das Zehn-Jahres-Follow-up (SHiP-2) vorbereitet. Dabei sollen alle Untersuchungen, die entweder in SHiP-0 oder SHiP-1 durchgeführt worden sind, noch einmal durchgeführt werden. Die Untersuchung der Probanden in

⁴² Vgl. Wissenschaftsrat, Stellungnahme zur weiteren Entwicklung der Hochschulmedizin in Mecklenburg-Vorpommern, a.a.O., S. 111.

SHiP-2 soll voraussichtlich im April 2008 beginnen und bis 2011 andauern.⁴³ Parallel dazu wird nach Angaben der Antragstellerin momentan eine neue Stichprobe von 5.000 Probanden rekrutiert, die ähnlich umfassend wie die SHiP-Kohorte charakterisiert werden soll (SHiP-Trend).

104. Die zweite Basisstudie SNiP wurde im Jahr 2002 implementiert. Sie erfasst unter Beteiligung der regionalen Geburtskliniken – Universitätsklinikum Greifswald, Kreiskrankenhaus Wolgast und AMEOS Diakonie-Klinikum Anklam – sowie der ambulant tätigen Hebammen populationsbasiert ca. 97 % aller Neugeborenen und ihre Mütter. Die wissenschaftlichen Fragestellungen umfassen Morbidität- und Mortalitätsrisikofaktoren bei Neugeborenen, die Effektivität von Screening und Vorsorgemaßnahmen sowie die Lebensumstände und -qualität der Mütter.⁴⁴ SNiP beinhaltet die Dokumentation der Daten der Schwangeren und Neugeborenen, ein standardisiertes Interview durch speziell geschulte Mitarbeiter der Studie sowie einen Selbstausfüller-Fragebogen der Mütter. Zusätzlich werden bei Kindern und ihren Müttern DNA-Proben sowie Plazentagewebe entnommen und asserviert.

105. Der Zusammenschluss mit dem Kreiskrankenhaus Wolgast stärkt nach dem Vortrag der Antragstellerin den Forschungsschwerpunkt Community Medicine, weil dadurch erstens die Möglichkeit entsteht, den Forschungsansatz auf eine „Modellregion Ostvorpommern“ zu beziehen, und zweitens, weil damit die Datenlage für die Studien SHiP und SNiP verbessert werde.

106. Die Anhörungen der Monopolkommission haben bestätigt, dass die Generierung einer geeigneten Bezugsregion der Forschung im Bereich der Community Medicine Impulse geben kann und dass es in der bundesdeutschen Versorgungsforschung bislang an einer solchen Region fehlt. Dass es zur Gründung der Modellregion Ostvorpommern der Fusion zwischen dem Universitätsklinikum und dem Kreiskrankenhaus Wolgast bedarf, wird von der Antragstellerin im Wesentlichen damit begründet, dass es einerseits notwendig sei, die Behandlungspfade der Patienten innerhalb der Modellregion lückenlos verfolgen zu können, und andererseits, dass es im Rahmen der Versorgungsforschung auch auf darauf ankomme, neben dem Zugang zu Patientendaten den Zugang zu Prozess- und Kostendaten der stationären Versorgung in der Region zu erhalten. Beide Argumente sind nach Auffassung der Monopolkommission aber nicht tragfähig.

107. Soweit es im Rahmen der Modellregion Ostvorpommern notwendig ist, die Behandlungspfade von Patienten vollständig und lückenlos zu erfassen, genügt der Zugriff auf die Daten des Universitätsklinikums Greifswald und des Kreiskrankenhauses Wolgast nicht. Für eine vollständige Erfassung der Behandlungspfade bedarf es vielmehr des Zugriffs auf die Daten der kompletten stationären Versorgung in der Modellregion, wozu auch die Fachkrankenhäuser in der Region gehören, sowie des Zugriffs auf die Daten der niedergelassenen Ärzte in der Modellregion. Beides wird durch den Zusammenschluss nicht erreicht. Die Antragstellerin selber trägt vor, dass der Zugriff auf die Daten des ambulanten Bereichs durch Kooperationen mit den niedergelassenen Ärzten erfolgen soll. Das wiederum legt den Schluss nahe, dass auch der Zugriff auf die Patientendaten der stationären Versorgung grundsätzlich durch Kooperationen möglich ist.

108. Gegen den Vortrag, dass es für die Bildung der Bezugsregion zwingend auf den Zusammenschluss ankommt, spricht auch, dass in einem ebenfalls auf eine Bezugsregion zugeschnittenen Modellprojekt des Instituts für Community Medicine aus dem Jahr 2004, bei dem es um die Sicherung

⁴³ Vgl. Schreiben RA Rehborn vom 5. Februar 2008, S. 9.

⁴⁴ Vgl. ebenda, S. 16 f.

der medizinischen Versorgung in einer räumlich weiter geschnittenen „Modellregion Vorpommern“ ging, an keiner Stelle von der Notwendigkeit für Krankenhauszusammenschlüsse die Rede ist.⁴⁵ Vielmehr soll das Universitätsklinikum Greifswald im Rahmen dieses Projektes mit umliegenden Krankenhäusern der Region sowie den niedergelassenen Haus- und Fachärzten in einem regionalen Netzwerk kooperieren.

109. Nicht überzeugend ist das Argument, dass es für den Zugang zu patientenbezogenen Daten des Zusammenschlusses bedarf. Der Monopolkommission wurde von angehörten Wissenschaftlern bestätigt, dass Kooperationen von Universitätskliniken mit Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten für Zwecke der medizinischen Forschung üblich und erprobt sind und in den allermeisten Fällen völlig reibungslos funktionieren. Wäre dem nicht so, müssten vermutlich sämtliche Universitätskliniken zu Forschungszwecken andere Krankenhäuser übernehmen.

110. Unstreitig ist, dass die Bereitschaft kooperierender Krankenhäuser, Prozess-, Struktur-, Qualitäts- und Kostendaten für Forschungszwecke an andere Krankenhäuser weiterzugeben, gering sein dürfte. Solche Daten werden häufig als Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse behandelt. Die Monopolkommission sieht darin allerdings keine hinreichende Begründung für die Notwendigkeit des Zusammenschlusses. Die im Antrag auf Ministererlaubnis und in der Anhörung vorgetragene These, dass das Forschungsprojekt Community Medicine den Zugriff auf solche Daten benötigt, ist vielmehr nicht hinreichend belegt. Im Antrag selber wird die Notwendigkeit des Zugangs zu solchen Daten nicht einmal im Zusammenhang mit dem Gemeinwohlgrund „Ausbau der Community Medicine“, sondern im Zusammenhang mit dem Gemeinwohlgrund „Verbesserung der indikations-spezifischen Versorgungsqualität in Ostvorpommern“ diskutiert. Auf Nachfrage der Monopolkommission wurden zwar die Prozess-, Struktur-, Qualitäts- und Kostendaten näher definiert, ihre Verwendung im Rahmen konkreter Forschungsprojekte aber nicht hinreichend erläutert. Verwiesen wurde auf Studien zur Delegation hausärztlicher Leistungen an speziell qualifizierte Mitarbeiter sowie zu den Behandlungskosten bei Patienten mit Fettleber. Dabei geht es offenbar um die Kosten der Behandlung, die nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) etc. abgerechnet werden, und nicht darum, welche Kosten der Krankenhäuser und niedergelassenen Ärzte (Kosten durch Mehrfachuntersuchungen, Kosten durch Komplikationen, Gehälter der Praxishilfe, Praxismieten usw.) tatsächlich entstehen. Verwiesen wurde weiterhin auf Analysen zum Blutbedarf und der zur Verfügung stehenden Anzahl von Blutspenden sowie zur Hochrechnung der Patientenzahl und der verbrachten Tage auf der Intensivstation. Solche Daten sind offensichtlich unabhängig von Kostendaten und dürften nach Einschätzung der Monopolkommission auch im Rahmen von Forschungsoperationen zu erheben sein. Soweit die Antragstellerin darauf hinweist, dass im Rahmen der Erforschung innovativer Versorgungskonzepte die Analyse der relevanten tatsächlichen Kostenstruktur in einer definierten Bevölkerung, d.h. „eine vollständige Abbildung der realen Kosten in einer klar definierten Bezugsregion“ erforderlich sei, kann dies ohnehin nicht durch die Fusion gewährleistet werden. Ein vollständiger Kostenüberblick in der definierten Bezugsregion ließe sich wohl nur durch die Fusionierung sämtlicher Krankenhäuser und Arztpraxen in der Region ermitteln lassen, was aber von der Antragstellerin selber abgelehnt wird.

111. Die Monopolkommission ist zudem der Auffassung, dass der Zusammenschluss auch nicht notwendig ist, um die Datenbasis für die Studien SHiP und SNiP quantitativ und qualitativ zu ver-

⁴⁵ Vgl. Klinikum der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Institut für Community Medicine, Modellprojekt Regionale Gesundheitsversorgung in Vorpommern („Das blaue Buch“).

bessern. Dem Antrag auf Ministererlaubnis ist zu entnehmen, dass sich die Wiederholungsuntersuchungen innerhalb der SHiP-Studie – SHiP-1 und SHiP-2 – auf dieselben Probanden bezieht wie SHiP-0. Adressaten der SHiP-2 Studie dürften damit die etwa 3.300 Probanden sein, die bereits im Rahmen von SHiP-0 und SHiP-1 untersucht wurden. Diese zu erreichen, dürfte kein Problem sein, welches lediglich im Rahmen eines Unternehmenszusammenschlusses gelöst werden kann. Erstens werden Probanden, die bereits bei der Basisstudie und der Wiederholungsstudie beteiligt waren, leichter zu erreichen sein als neue Probanden, die mit dem Untersuchungsprofil noch nicht vertraut sind. Gegebenenfalls haben sie sogar ein eigenes Interesse an den Wiederholungsuntersuchungen. Zweitens deutet die im Rahmen der ersten Wiederholungsuntersuchung erreichte Quote von über 83 % nicht darauf hin, dass der Zugang zu Probanden besonders schwierig ist. Drittens ist die Monopolkommission davon überzeugt, dass ein SHiP-Zentrum am Kreiskrankenhaus Wolgast, welches den Probanden für zukünftige Untersuchungen den Weg nach Greifswald erspart und damit deren Bereitschaft zur Teilnahme an den Studien erhöht, auch ohne den Zusammenschluss eingerichtet werden könnte.

112. Bei der SNIp-Studie geht die Antragstellerin selbst nicht davon aus, mit dem Zusammenschluss den Zugang zu Probanden zu verbessern, da die Geburtsklinik des Kreiskrankenhauses Wolgast bereits vollständig in die Studie integriert ist. Der Zusammenschluss soll lediglich dazu dienen, den Zugriff auf die Patienten der Wolgaster Geburtsklinik langfristig zu sichern. Dahinter steht die Vorstellung, dass sich ein anderer Träger des Kreiskrankenhauses Wolgast gegebenenfalls nicht mehr an SNIp beteiligen würde. Nach Auffassung der Monopolkommission ist das spekulativ und wenig plausibel.

113. Zusammenfassend ist festzustellen, dass der Ausbau der Community Medicine zwar ein Gemeinwohlgrund im Sinne von § 42 GWB ist, dass der Zusammenschluss aber weder zur Stärkung des Lehr- noch des Forschungsverbundes notwendig zu sein scheint. Eine stärkere Beteiligung des Kreiskrankenhauses Wolgast am Lehrverbund Community Medicine ist auch im Rahmen von Kooperationen möglich. Das Kreiskrankenhaus ist bereits seit Ende des Jahres 2007 akademisches Lehrkrankenhaus des Universitätsklinikums. Diese auf vertragliche Vereinbarungen beruhende Kooperation könnte für Zecke der Lehre weiter ausgebaut werden. Für die Förderung des Forschungsverbundes durch die Bildung einer Modellregion Ostvorpommern ist der Zusammenschluss nicht notwendig. Soweit es darum geht, die Behandlungspfade von Patienten vollständig und lückenlos zu erfassen, genügt der Zugriff auf die Daten des Universitätsklinikums Greifswald und des Kreiskrankenhauses Wolgast nicht. Dazu ist eine Erfassung der Daten der kompletten stationären Versorgung in der Modellregion, wozu auch die Fachkrankenhäuser gehören, sowie der Zugriff auf die Daten der niedergelassenen Ärzte notwendig. Beides wird durch den Zusammenschluss nicht erreicht. Soweit es um den Zugang zu patientenbezogenen Daten bzw. um die Verbesserung der Datenlage für die Basisstudien SHiP und SNIp geht, ist nicht ersichtlich, dass die Zusammenarbeit in einer Forschungsk Kooperation auch vor dem Hintergrund der Erfahrungen anderer Universitätsklinik nicht ausreichend wäre. Die These, dass der Zusammenschluss für den Zugang zu wirtschaftlich relevanten Prozess-, Struktur- und Kostendaten des Kreiskrankenhauses notwendig ist, wird somit nicht hinreichend belegt.

6.2 Sicherung der ortsnahen medizinischen Versorgung und Verbesserung der Versorgungsqualität

114. Als weitere Gemeinwohlgründe führt die Antragstellerin die Sicherung einer wohnortnahen medizinischen Grundversorgung der Bevölkerung im Landkreis Ostvorpommern und Umgebung sowie die Verbesserung der Versorgungsqualität in der Region Ostvorpommern und in Deutschland an. Näher begründet wird lediglich der Gemeinwohlgrund Verbesserung der Versorgungsqualität. Sie sei erstens dadurch zu erwarten, dass das Universitätsklinikum seine besondere Qualifikation im Bereich der Notfallversorgung in das Kreiskrankenhaus Wolgast einbringe und dadurch den in den Sommermonaten in der Urlaubsregion Vorpommern erhöhten Bedarf an akutmedizinischer Versorgung mittelfristig sichere und langfristig weiterentwickle. Zweitens werde die regionale Versorgungsqualität und die Versorgungsqualität in Deutschland indirekt durch den Ausbau der Community Medicine verbessert.

6.2.1 Sicherung der ortsnahen medizinischen Versorgung

115. Die Monopolkommission hält die Sicherstellung einer wohnortnahen medizinischen Versorgung auf hohem Niveau für einen Gemeinwohlgrund.⁴⁶ Die Allgemeinheit – hier die Bevölkerung des Landkreises Ostvorpommern und Umgebung – hat ein schützenswertes Interesse an einer ortsnahen Krankenversorgung auf hohem Niveau.⁴⁷ Der vom Bundesminister für Wirtschaft und Technologie gemachten Einschränkung, dass lediglich eine ortsnahe medizinische Versorgung, die über dem gesetzlich vorgegebenen Niveau liegt, ein anerkennungsfähiger Gemeinwohlgrund ist, kann gefolgt werden.⁴⁸ Das ergibt sich bereits daraus, dass das im Landeskrankenhausgesetz Mecklenburg-Vorpommern (LKHG M-V) vorgegebene medizinische Versorgungsniveau ohnehin zu sichern ist. Im Fall des Zusammenschlusses zwischen dem Universitätsklinikum Greifswald und dem Kreiskrankenhaus Wolgast trägt die Fusion gegebenenfalls auf längere Sicht zu einer Sicherung einer wohnortnahen medizinischen Versorgung auf hohem Niveau bei, wenn dadurch der Bestand des Universitätsklinikums Greifswald gesichert werden kann. Dieser positive Effekt für das Gemeinwohl wird dann geschmälert, wenn der Zusammenschluss dazu führen würde, dass das Kreiskrankenhaus Wolgast in seiner bisherigen Form nicht erhalten bleibt. Eine akute Gefährdung der ortsnahen medizinischen Grundversorgung im Landkreis Ostvorpommern ist nicht erkennbar.

116. Der gegenwärtige Stand der ortsnahen medizinischen Versorgung im Landkreis Ostvorpommern und Umgebung wird von den Beteiligten, den befragten Wettbewerbern sowie den gesetzlichen und privaten Krankenkassen in Mecklenburg-Vorpommern als gut bis sehr gut bezeichnet. Auf mittlere und längere Sicht sinkt das Niveau der medizinischen Versorgung allerdings, wenn das Universitätsklinikum Greifswald seinen Status als Universitätsklinik verliert, wie die Antragstellerin an anderer Stelle vorträgt. Damit würde die Region Ostvorpommern das einzige Haus der Maximalversorgung verlieren, was mit einem deutlichen Niveauverlust der ortsnahen medizinischen Versorgung einhergehen würde. Gleichwohl bleibt der Beitrag, den der Zusammenschluss zur Realisierung des Gemeinwohlgrundes Sicherung der wohnortnahen medizinischen Versorgung leistet, gering, da der Verlust des Status eines Universitätsklinikums nicht bedeutet, dass das einzige Kran-

⁴⁶ Vgl. Monopolkommission, Zusammenschlussvorhaben der Rhön-Klinikum AG mit dem Landkreis Rhön-Grabfeld, Sondergutachten 45, Baden-Baden 2006, Tz. 126.

⁴⁷ Vgl. Der Bundesminister für Wirtschaft und Technologie, Verfügung vom 22. Mai 2006, I B 2 - 22 14 10/2 (Landkreis Rhön-Grabfeld/Rhön-Klinikum AG), Tz. 64.

⁴⁸ Vgl. ebenda.

kenhaus in Greifswald geschlossen würde. Dies dürfte mit dem Versorgungsauftrag des LKHG M-V nicht zu vereinbaren sein. Von der Antragstellerin selber wird die Prognose vorgetragen, dass das Universitätsklinikum durch ein Haus der Grund- und Regelversorgung ersetzt würde, dass in etwa mit 600 Betten ausgestattet wäre.⁴⁹

117. Das Kreiskrankenhaus Wolgast, welches selbst nicht Antragstellerin ist, macht gegenüber der Monopolkommission geltend, der Verkauf der Mehrheitsbeteiligung an das Universitätsklinikum diene unter anderem der Bestandssicherung des Kreiskrankenhauses, da die derzeitige wirtschaftliche Situation grenzwertig sei, und sichere damit die Krankenversorgung im Landkreis Ostvorpommern. Die Monopolkommission kann nicht nachvollziehen, dass der Zusammenschluss den Bestand des Kreiskrankenhauses sichert. Sie ist im Gegenteil davon überzeugt, dass das Kreiskrankenhaus Wolgast in seiner bisherigen Form nicht erhalten bleibt. Möglich sind zwei Szenarien. Das Kreiskrankenhaus wird ersatzlos geschlossen oder es erhält die Funktion eines sog. Portalkrankenhauses für das Universitätsklinikum Greifswald mit einem deutlich geringeren Leistungs- und Bettenangebot. Wahrscheinlicher erscheint das letztere Szenario. Bestätigt wird diese Vermutung von niedergelassenen Ärzten und von Krankenhäusern aus der Region, die sich gegenüber der Monopolkommission in ähnlicher Weise geäußert haben. Führt der Zusammenschluss jedoch dazu, dass das Kreiskrankenhaus Wolgast in seiner Funktion als Grund- und Regelversorger eingeschränkt wird, verschlechtert sich die wohnortnahe medizinische Versorgung im Landkreis Ostvorpommern eher.

118. Ein mittel- bis langfristiges Problem der wohnortnahen medizinischen Versorgung ist in der Region Ostvorpommern bei der hausärztlichen Versorgung zu verzeichnen. Hausärzte, die ihre Praxis aufgeben, finden häufig keinen Nachfolger. Die Fusion kann hier indirekt einen positiven Beitrag leisten, wenn der Zusammenschluss langfristig den Erhalt des Universitätsklinikums Greifswald sichert und das Universitätsklinikum durch seine Existenz in der Region sowie durch Aus- und Fortbildungsangebote im Bereich der hausärztlichen Versorgung dazu beiträgt, dass ausgebildete Ärzte in der Region verbleiben und sich in Ostvorpommern niederlassen.⁵⁰

6.2.2 Verbesserung der Versorgungsqualität

119. Die Monopolkommission sieht in der Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung in Ostvorpommern und Deutschland im Grundsatz einen Gemeinwohlgrund. Sie kann aber weder erkennen, dass es in Ostvorpommern Defizite im Bereich der medizinischen Versorgung gibt, noch wird hinreichend konkret nachgewiesen, dass der Zusammenschluss dazu beiträgt, die Qualität der medizinischen Versorgung in Ostvorpommern und in Deutschland zu erhöhen.

120. Das Argument, der Zusammenschluss leiste einen direkten Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität, weil das in der Urlaubsregion Ostvorpommern erforderliche Spektrum an hochspezialisierten Leistungen mit einer ausgeprägt saisonalen Flexibilität im Kreiskrankenhaus Wolgast nur in enger Anbindung an das Universitätsklinikum gesichert und weiterentwickelt werden könne, entbehrt jeglicher Substanz. Es wird weder von den Beteiligten noch von einer anderen Partei vorgetragen, dass die akutmedizinische Versorgung von Urlaubern durch das Kreiskrankenhaus

⁴⁹ Nachtrag zum Ministererlaubnis-antrag vom 22. Februar 2008, S. 12.

⁵⁰ Es ist vorgesehen, in Greifswald eine Akademie für Allgemeinmedizinische Weiterbildung zu gründen. Dazu läuft zum Zeitpunkt der Vorbereitung diese Gutachtens die Abstimmung mit dem Ministerium für Gesundheit des Landes Mecklenburg-Vorpommern. Wünschenswert aus Sicht der akademischen Lehrärzte ist darüber hinaus die Einrichtung eines Lehrstuhls für Allgemeinmedizin an der Medizinischen Fakultät in Greifswald.

Wolgast infrage steht oder verbesserungswürdig ist. Hinzu kommt, dass die Qualität der akutmedizinischen Versorgung von Urlaubern in der Region Wolgast und Usedom eher abnehmen wird, wenn es im Zusammenhang mit dem Zusammenschluss zu einer Schließung des Kreiskrankenhauses oder seine Umgestaltung zu einem Portalkrankenhaus kommen sollte. Dabei geht die Monopolkommission davon aus, dass die Qualität der akutmedizinischen Versorgung sinkt, wenn die Wege zum nächst gelegenen Krankenhaus deutlich länger werden. Das ist dann zu konstatieren, wenn Urlauber zum Beispiel aus Usedom in dem Portalkrankenhaus Wolgast nicht mehr behandelt werden können und stattdessen in das Universitätsklinikum nach Greifswald verbracht werden müssen.

121. Die behauptete zusammenschlussbedingte Verbesserung der indikationsspezifischen Qualität der Versorgung in der Region Ostvorpommern wird mit dem Ausbau der Community Medicine begründet. Über die Generierung einer Modellregion Ostvorpommern, die es erlaubt, die Behandlungspfade der Patienten vollständig und lückenlos zu verfolgen, sowie den Zugang zu Prozess-, Struktur-, und Kostendaten sei es möglich, neue Versorgungskonzepte für die Region zu entwickeln und diese auf vergleichbare Regionen und – nach Modifizierungen – auf ganz Deutschland zu übertragen. Die Monopolkommission ist – wie bereits dargelegt – der Auffassung, dass es für die Generierung einer Modellregion und die vollständige Erfassung der Behandlungspfade der Patienten in der Region nicht ausreicht, den Zugriff auf die Daten des Universitätsklinikums und auf diejenigen des Kreiskrankenhauses Wolgast zu haben. Dazu wird der Zugang zu sämtlichen Daten der stationären und ambulanten Versorgung benötigt, wozu die Fusion nicht ausreicht. Auch in diesem Zusammenhang fehlt es an einem hinreichenden Nachweis dafür, dass es für die Erforschung neuer Versorgungskonzepte des Zugangs zu den Prozess-, Struktur- und Kostendaten des Kreiskrankenhauses Wolgast bedarf. Die Antragstellerin weist selber darauf hin, dass für ihre Forschungen zur Verbesserung der regionalen Versorgungsqualität eine vollständige Abbildung der realen Kosten in einer klar definierten Bezugsregion erforderlich sei. Dies wird durch den Zusammenschluss ohnehin nicht gewährleistet. Dazu wäre die Fusionierung sämtlicher Krankenhäuser und Arztpraxen in der Region notwendig, was aber von der Antragstellerin selbst abgelehnt wird.

122. Da der Zusammenschluss mit dem Kreiskrankenhaus Wolgast nicht geeignet und hinreichend ist, die Versorgungsqualität in Ostvorpommern zu verbessern, ist er auch nicht geeignet, die Versorgungsqualität deutschlandweit zu verbessern.

123. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Zusammenschluss nicht dazu beiträgt, die wohnortnahe medizinische Versorgung in Ostvorpommern zu sichern. Wenn das Universitätsklinikum ohne den Zusammenschluss auf längere Sicht den universitätsmedizinischen Status verliert, wird das Haus der Maximalversorgung nicht lediglich geschlossen, sondern voraussichtlich durch ein Haus der Grund- und Regelversorgung ersetzt. Das würde zwar mit einer Reduzierung des Niveaus der medizinischen Versorgung in Ostvorpommern einhergehen. Die wohnortnahe medizinische Versorgung selber steht jedoch nicht infrage. Zu erwarten ist vielmehr, dass der Zusammenschluss, wenn überhaupt, zu einer Verschlechterung der wohnortnahen medizinischen Versorgung führt. Die Monopolkommission hält es für möglich, dass das Kreiskrankenhaus Wolgast nach einer Übernahme durch das Universitätsklinikum nicht in seiner bisherigen Form erhalten bleibt. Wahrscheinlich ist, dass das Kreiskrankenhaus zu einem Portalkrankenhaus für das Universitätsklinikum Greifswald mit einem eingeschränkten Leistungs- und Bettenangebot umgewandelt wird. Der Zusammenschluss trägt auch weder zu einer direkten Qualitätsverbesserung der Versorgung in Ostvorpommern durch die Einbringung besonderer Notfallkompetenzen für die medizinische Versorgung von

Urlaubern im Kreiskrankenhaus Wolgast bei, noch wird durch die Fusion indirekt über die Stärkung der Community Medicine die Versorgungsqualität in Ostvorpommern und Gesamtdeutschland erhöht.

6.3 Gesundheitspolitische Vorteile und Förderung des Gesundheitstourismus

124. Die Antragstellerin macht geltend, dass der Zusammenschluss dazu beitrage, gesundheitspolitische Ziele des Landes Mecklenburg-Vorpommern und der Bundesrepublik Deutschland zu erreichen. Ziele wie die Erhöhung der Effizienz im Versorgungssystem, Kostensenkungen durch eine Verzahnung von ambulantem und stationärem Sektor sowie der Aufbau und die Förderung von Prävention, Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation werden erreicht, indem der Zusammenschluss den Forschungsschwerpunkt Community Medicine stärkt. Vorgetragen werden darüber hinaus standortpolitische Argumente, wie das Ziel Mecklenburg-Vorpommerns, das Bundesland zu einem wettbewerbsfähigen und attraktiven Standort der Gesundheitswirtschaft zu machen, um damit Wachstums- und Beschäftigungspotenziale zu mobilisieren. Durch den Zusammenschluss gefördert werde zudem der Gesundheitstourismus in der Region, da es für die Bereitstellung von gesundheitswirtschaftlichen Angeboten für Touristen und zuziehende ältere Menschen wichtig sei, hochspezialisierte Leistungen und ausgeprägte saisonale Flexibilität zu kombinieren. Langfristig könne das nur durch eine enge Anbindung des Kreiskrankenhauses Wolgast an das Universitätsklinikum Greifswald gewährleistet werden.

125. Grundsätzlich können das Erreichen gesundheitspolitischer Ziele und standortpolitische Argumente Gemeinwohlgründe im Sinne von § 42 GWB sein. Auch für diese gilt allerdings, dass sie hinreichend konkret nachzuweisen sind und in einem hinreichend konkreten Zusammenhang mit dem Zusammenschluss stehen müssen. Vorliegend ist das nach Auffassung der Monopolkommission nicht der Fall. Für das Erreichen der genannten gesundheitspolitischen Ziele bedarf es allein schon deshalb nicht des Zusammenschlusses, da eine Stärkung der Community Medicine auch auf anderem Wege, etwa durch die Kooperation mit dem Kreiskrankenhaus Wolgast, möglich ist. Dasselbe gilt für die Verwirklichung der standortpolitischen Ziele, Mecklenburg-Vorpommern zu einem attraktiven Standort der Gesundheitswirtschaft zu machen und den Gesundheitstourismus zu fördern. Selbst wenn der Zusammenschluss einen Beitrag leisten könnte, diese Ziele zu erreichen, würde er bei Weitem nicht dazu ausreichen. Hinzu kommen müssten andere Maßnahmen, die von der Antragstellerin nicht genannt werden.

126. Die Monopolkommission ist zudem der Auffassung, dass der Zusammenschluss nicht dazu beiträgt, das standortpolitische Ziel der Förderung des Gesundheitstourismus zu erreichen. Unter Gesundheitstourismus versteht der Antrag auf Ministererlaubnis sowohl krankheitsbedingte Aufenthalte und Aufenthalte, die auf „gesundheitsförderndes Wohlfühlen, Entspannung sowie Fitness“ gerichtet sind, als auch die Zuwanderung von älteren Menschen (55plus). Es ist nicht ersichtlich und wird auch nicht näher begründet, auf welche Weise der Zusammenschluss den traditionellen Gesundheitstourismus fördert. Für den traditionellen Tourismus in der Region dürfte es ausreichen, eine sichere Krankenversorgung für Notfälle zu haben. Es ist nicht ersichtlich und wird auch nicht näher begründet, welche Bedeutung die Existenz einer Universitätsklinik für den Tourismus im Allgemeinen und den auf „gesundheitsförderndes Wohlfühlen, Entspannung und Fitness“ ausgerichtete Tourismus in einer Urlaubsregion hat. Ein Zusammenhang mit dem Zusammenschluss ist nicht erkennbar.

127. Ebenso wenig begründet wird der Zusammenhang zwischen dem Zusammenschluss und dem Zuzug älterer Menschen in die Region. Der Zuzug dieser Altersgruppe mag auch davon abhängen, dass die medizinische Versorgung in der Zuzugsregion gut oder besser ist als in den bisherigen Wohnorten der Menschen. Dabei kann die Existenz einer Universitätsklinik in der Zuzugsregion sicherlich einen Beitrag leisten. Wie groß dieser Beitrag ist und welcher Zusammenhang mit dem angestrebten Zusammenschluss besteht, bleibt unklar.

128. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das Erreichen gesundheitspolitischer Ziele und standortpolitische Argumente grundsätzlich Gemeinwohlgründe im Sinne von § 42 GWB sein können. Im vorliegenden Fall werden diese Zusammenhänge aber weder hinreichend konkretisiert noch nachgewiesen.

6.4 Erhalt von Arbeitsplätzen

129. In dem Nachtrag vom 22. Februar 2008 zu ihrem Antrag auf Ministererlaubnis führt die Antragstellerin als einen zusätzlichen Gemeinwohlgrund den Erhalt von etwa 1.700 Arbeitsplätzen an. Diese seien bedroht, wenn das Klinikum wegen des Verlustes ihres universitätsmedizinischen Status in ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung mit etwa 600 Betten überführt würde.

130. Die Sicherung von Arbeitsplätzen kommt als Gemeinwohlgrund in Betracht. Tatsächlich wird in nahezu jedem der bisher gestellten Anträge auf Ministererlaubnis geltend gemacht, dass der Zusammenschluss bestehende Arbeitsplätze sichere. An den Nachweis einer Beschäftigungssicherung sind allerdings hohe Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass die zukünftige Arbeitsplatzsicherung von den Antragstellern hinreichend konkret nachzuweisen ist.⁵¹ Vorliegend ist das nicht geschehen. Gegenwärtig gibt es keine konkrete Gefährdung von Arbeitsplätzen am Universitätsklinikum Greifswald. Dem Abbau von Arbeitsplätzen müsste zunächst die Aberkennung des Status als Universitätsklinikum und die Umwandlung in ein Haus der Grund- und Regelversorgung vorausgehen, was voraussichtlich eher Jahre als Monate dauern würde. Die Prognose von Arbeitsplatzentwicklungen in der entfernten Zukunft und auf der Grundlage eines ungewissen Ereignisses kann nicht zur Begründung eines Gemeinwohlgrundes im Sinne von § 42 GWB herangezogen werden. In aller Regel verlaufen Kapazitäts- und Arbeitsplatzentwicklungen anders als von den Unternehmen unterstellt.⁵² Hinzu kommt, dass der zusammenschlussbedingte Ausbau einer bestehenden marktbeherrschenden Stellung sowie die Nutzung von Rationalisierungspotenzialen in aller Regel eher mit dem Abbau von Arbeitsplätzen verbunden ist als mit deren Sicherung.

131. Im vorliegenden Fall steht der gegebenenfalls zu erwartenden langfristigen Sicherung von Arbeitsplätzen bei dem Universitätsklinikum Greifswald ein zu erwartender Abbau von Arbeitsplätzen im Kreiskrankenhaus Wolgast gegenüber. Der ist dann zu erwarten, wenn das Krankenhaus zu einem Portalkrankenhaus des Universitätsklinikums Greifswald wird. Nicht auszuschließen ist darüber hinaus der Verlust von Arbeitsplätzen in anderen Krankenhäusern der Region. So macht das Klinikum Karlsburg in seiner Stellungnahme gegenüber der Monopolkommission die Befürchtung geltend, dass eine Umleitung von Patienten, die gegenwärtig aus Wolgast an das Herz- und Diabeteszentrum des Klinikums Karlsburg überwiesen werden, an das Universitätsklinikum Greifswald

⁵¹ Vgl. Monopolkommission, Zusammenschlussvorhaben der E.ON AG mit der Gelsenberg AG und der E.ON AG mit der Bergemann GmbH, Sondergutachten 34, Baden-Baden 2002, Tz. 202 f.

⁵² Vgl. Erfahrungsbericht des Bundeswirtschaftsministeriums über Ministererlaubnis-Verfahren bei Firmen-Fusionen, in: *Wirtschaft und Wettbewerb*, Jg. 42, 1992, S. 925 ff, hier: S. 927.

im schlimmsten Fall zu einer Schließung des Klinikums Karlsburg führen könnte. Damit stünden alleine hier mehr als 500 qualitativ hochwertige Arbeitsplätze infrage.

132. Zusammenfassend ist daher festzuhalten, dass die Sicherung von Arbeitsplätzen am Universitätsklinikum als Gemeinwohlgrund nicht anzuerkennen ist, da die Antragstellerin weder eine Gefährdung von Arbeitsplätzen noch deren Sicherung durch den Zusammenschluss hinreichend konkret nachgewiesen hat.

6.5 Erhalt des Status als Universitätsklinikum und der Medizinischen Fakultät

133. Der Zusammenschluss trägt gemäß dem Vortrag der Antragstellerin zu einer langfristigen Absicherung des universitätsmedizinischen Status des Klinikums Greifswald bei. Da die Existenz der Medizinischen Fakultät an die Anbindung an ein Universitätsklinikum gebunden sei, sichere die Fusion auch die Existenz der Medizinischen Fakultät an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald. Gefährdet sei der Status als Universitätsklinikum, da die Anzahl vollstationärer Planbetten an dem Universitätsklinikum Greifswald aktuell bereits unterhalb der Empfehlungen des Wissenschaftsrats liege und absehbar weiter sinken werde. Durch den Zusammenschluss mit dem Kreis Krankenhaus Wolgast erhöhe sich die Anzahl der Planbetten, die dem Universitätsklinikum zugerechnet werden könnten auf 958 Planbetten, was auch bei dem zukünftig zu erwartenden weiteren Abbau von Planbetten eine nachhaltige Absicherung des Universitätsklinikums Greifswald bedeuten würde.

134. Die Monopolkommission hält den Erhalt des Status als Universitätsklinikum und den damit verbundenen Erhalt der Medizinischen Fakultät an der Universität Greifswald für einen Gemeinwohlgrund gemäß § 42 GWB, dem großes Gewicht zukommt. Das wird durch die verfassungsrechtliche Verankerung der Wissenschaftsfreiheit in Art. 5 Abs. 3 GG indiziert. Dieses Grundrecht erschöpft sich nicht in der Abwehr staatlicher Eingriffe in den ergebnisoffenen Prozess der wissenschaftlichen Wahrheitssuche und Betätigung. Darüber hinaus hat das Bundesverfassungsgericht gerade am Beispiel der Wissenschaftsfreiheit seine Werttheorie der Grundrechte weiterentwickelt: „In den Grundrechtsvorschriften der Verfassung verkörpert sich eine objektive Wertordnung, ‚in der eine prinzipielle Verstärkung der Geltungskraft der Grundrechte zum Ausdruck kommt‘ und die als verfassungsrechtliche Grundentscheidung für alle Bereiche des Rechts gilt. [...] Auch dort, wo der Gesetzgeber – wie im Bereich der gewährenden Staatstätigkeit – größere Gestaltungsfreiheit besitzt, schränken die besonderen Wertentscheidungen des Grundgesetzes diese Freiheit ein, [...] Eine solche Wertentscheidung enthält auch Art. 5 Abs. 3 GG. Sie beruht auf der Schlüsselfunktion, die einer freien Wissenschaft sowohl für die Selbstverwirklichung des Einzelnen als auch für die gesamtgesellschaftliche Entwicklung zukommt. Diese Wertentscheidung bedeutet nicht nur die Absage an staatliche Eingriffe in den [...] Eigenbereich der Wissenschaft; sie schließt vielmehr das Entstehen des Staates, der sich als Kulturstaat versteht, für die Idee einer freien Wissenschaft und seine Mitwirkung an ihrer Verwirklichung ein und verpflichtet ihn, sein Handeln positiv danach einzurichten, d.h. schützend und fördernd einer Aushöhlung dieser Freiheitsgarantie vorzubeugen.“⁵³

135. Diese Ausführungen des Bundesverfassungsgerichts interessieren hier nicht so sehr wegen des daraus gefolgerten Schutzes der Wissenschaftsinstitutionen und der Pflicht des Staates zur Förderung wissenschaftlicher Einrichtungen. Maßgeblich ist vielmehr im vorliegenden Zusammenhang

⁵³ BVerfG, Urteil vom 29. Mai 1973, BVerfGE 35,79 [114] sowie in: NJW 1973, 1176 sub C II 2.

der Charakter der Wissenschaftsfreiheit als einer Wertentscheidung, die gemäß Art. 1 Abs. 3 GG für alle Staatsgewalten bindend ist und die deshalb auch vom Bundesminister für Wirtschaft und Technologie bei der Abwägung gegen die Wettbewerbsbeeinträchtigung beachtet werden muss. Er hat dabei auch zu berücksichtigen, dass die Wissenschaftsfreiheit – anders als die Grundrechte des Art. 5 Abs. 1 GG, also Meinungsfreiheit und Pressefreiheit – nicht den Schranken der allgemeinen Gesetze gemäß Art. 5 Abs. 2 GG unterliegt. An ihre Grenzen stößt die Wissenschaftsfreiheit vielmehr erst dort, wo Grundrechte anderer Beteiligten auf dem Spiel stehen; dies lässt sich im vorliegenden Fall nicht erkennen. Deshalb folgt aus der herausragenden Bedeutung der Wissenschaftsfreiheit als wertentscheidender Grundsatznorm, dass sie sich im Falle eines Konflikts mit dem Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen gegen dieses durchsetzt, zumal das Wettbewerbsprinzip im Grundgesetz jedenfalls als allgemeines Ordnungsprinzip keinen verfassungsrechtlichen Rang erhalten hat. Dies wird die Bedeutung des Wettbewerbs als Organisationsprinzip der Wirtschaft nur selten schmälern, denn die Durchsetzung des GWB führt nur ganz ausnahmsweise zu einer Beeinträchtigung der Freiheit der Wissenschaft. Doch mag der vorliegende Fall eine solche Ausnahme darstellen, wenn die Untersagung des Zusammenschlusses die Medizinische Fakultät der Universität Greifswald in ihrer Existenz bedroht. Dem Erhalt der Fakultät kommt unter dem Gesichtspunkt des Art. 5 Abs. 3 GG nämlich großes Gewicht zu.

136. Dies gilt umso mehr, als die Universitätsklinik Greifswald in einer strukturschwachen Region angesiedelt ist. Sie ist dort in mehrfacher Hinsicht Kern einer regionalen Entwicklung. So verhindert sie nicht nur die Abwanderung junger Menschen, sondern zieht Studenten aus anderen Teilen des Landes Mecklenburg-Vorpommern, aus Deutschland insgesamt und aus dem Ausland an. In Greifswald studieren knapp 1.300 Personen Human- und Zahnmedizin. Die Fakultät hat in den vergangenen Jahren eine kontinuierlich steigende Nachfrage nach ihren Studienplätzen zu verzeichnen und gehört im Jahr 2007 bei der Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen (ZVS) zu den am stärksten nachgefragten medizinischen Fakultäten in Deutschland. Sie sorgt in einer Region mit einem ohnehin bereits bestehenden Ärztemangel für eine bedarfsnahe Ausbildung des Ärztenachwuchses. Aller Erfahrung nach verbleibt zumindest ein Teil davon nach seiner Ausbildung in der Region. Sollte die Ärzteausbildung in Greifswald eingeschränkt werden, würde dies den ohnehin bereits bestehenden Ärztemangel im Nordosten Deutschlands weiter verstärken.⁵⁴

6.5.1 Gefährdung der Existenz des Universitätsklinikums

137. Der Status als Universitätsklinikum und damit die Existenz der Medizinischen Fakultät an der Universität Greifswald ist gefährdet, da die wissenschaftliche Wettbewerbsfähigkeit nach Aussage des Wissenschaftsrates gegenüber der Monopolkommission im Bereich der Medizin und der Lebenswissenschaften von dem Erreichen „kritischer Massen“ abhängt. Aus der Stellungnahme des Wissenschaftsrates ist nicht ersichtlich, ob es sich bei den notwendigen kritischen Massen um Planbetten der Krankenversorgung, um aufgestellte Betten, um Betten für Forschung und Lehre oder um Behandlungsfälle handelt.⁵⁵ Die Monopolkommission interpretiert die Aussagen des Wissenschafts-

⁵⁴ Vgl. Wissenschaftsrat, Stellungnahme gegenüber der Monopolkommission, Drs. 8372-08 vom 21. Februar 2008.

⁵⁵ Planbetten sind nach der Definition des Wissenschaftsrates die durch das Hochschulbauförderungsgesetz finanzierten Betten der Universitätsklinik, die den ordnungsbehördlichen Vorschriften entsprechend tatsächlich und ständig aufgestellt sowie für die amtliche Statistik gemeldet sind oder von den Landesbehörden als Planbetten anerkannt werden. Aufgestellte Betten sind alle betriebsbereit aufgestellten Betten eines Krankenhauses, die zur vollstationären Behandlung von Patienten bestimmt sind. Die Zahl der aufgestellten Betten wird als Jahresdurchschnittswert der an den Monatsenden vorhandenen Betten ermittelt. Vgl. Wissenschaftsrat, Stellungnahme zu Leistungsfähigkeit, Ressourcen und Größe universitätsmedizinischer Einrichtungen, Drs. 6913-05 vom 11. November 2005.

rates dahingehend, dass ausschlaggebende Kennziffern die Anzahl der Planbetten der Krankenversorgung und letztlich die stationären Fallzahlen sind. Für die klinische Ausbildung dürfte es vor allem auf die Fallzahlen ankommen, mit denen die Medizinstudenten konfrontiert werden können. Diese werden eher mit der Anzahl der für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung in der Region notwendigen Betten korreliert sein als mit einer davon unabhängig ausgewiesenen Anzahl von Betten für Forschung und Lehre.

138. Der Wissenschaftsrat hat sich mehrfach mit der für Forschung und Lehre erforderlichen Anzahl von Planbetten in Universitätskliniken befasst und festgestellt, dass die Bettenzahl mit den Leistungen eines Universitätsklinikums in Forschung und Lehre korreliert.⁵⁶ Festgestellt wird, dass es in der Praxis für die Bettenzahl eine Untergrenze durch das für die akademischen Aufgaben notwendige Fächerspektrum, die Zahl der für die Ausbildung notwendigen Hochschullehrer, die Studienanfängerzahlen und die betriebswirtschaftlichen Fixkosten gibt. Bei einer zu geringen Bettenzahl kann ein Klinikum nicht in der Weise auf Veränderungen im Gesundheitswesen reagieren, wie das ein größeres Klinikum durch Umverteilungen kann. Die Zahl der in den klinischen Fächern aufgestellten Betten korreliert zudem leicht mit den Drittmitteln pro Professor. Die Zahl der aufgestellten Betten und die stationären Fallzahlen, bezogen auf die Anzahl der Studierenden im klinischen Studienabschnitt, korrelieren leicht mit dem Prüfungserfolg. Als Untergrenze hält der Wissenschaftsrat für ein Kernklinikum 850 Planbetten für erforderlich.⁵⁷

139. Durch die Umstellung des Abrechnungssystems im Jahr 2004 auf Fallpauschalen, die sich nach einem an der Diagnose orientierten Katalog von Fallgruppen (DRG) richten, gewinnen weitere Kennzahlen für die Bestimmung der Größe eines Universitätsklinikums an Bedeutung: Bewertungsrelationen⁵⁸, absolute Anzahl der stationären und ambulanten Fälle, Anteil der Fälle außerhalb der Grund- und Regelversorgung oder Verweildauer. Diese Kennzahlen können allerdings nach Aussage des Wissenschaftsrates gegenüber der Monopolkommission gegenwärtig die Bettenzahl als Planungs- und Steuerungsgröße für Universitätsklinika noch nicht ablösen. Aussagen zur Bedeutung von Fallzahlen für Forschung und Lehre können frühestens zum Ende der Konvergenzphase im Jahr 2009 getroffen werden.

140. Die Bedeutung der Bettenzahl als Planungs- und Steuerungsgröße für Universitätsklinika wird auch daran deutlich, dass die Kapazitätsverordnung (KapVO), die die Aufnahmekapazität in der Universitätsmedizin regelt, auf die Anzahl der tagesbelegten Betten abstellt. Für einen Studienanfänger in der Humanmedizin werden mindestens 4,3 tagesbelegte Betten für notwendig gehalten. Daraus folgt, dass für 200 Studienanfänger, wie sie etwa für Greifswald vorgesehen sind, mindestens 860 Planbetten vorhanden sein müssen. Auch die Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen (ZVS) hat im Jahr 2007 in ihren Gremien anhand von Datenerhebungen festgestellt, dass eine alternative Ermittlung der patientenbezogenen Aufnahmekapazität auf Basis von Behandlungsfällen nicht umsetzbar ist.⁵⁹ Maßgeblich bleibt auch nach diesen Feststellungen die Anzahl der tagesbelegten Betten.

⁵⁶ Vgl. ebenda.

⁵⁷ Ebenda, S. 34.

⁵⁸ Bewertungsrelationen spiegeln den Kostenunterschied der verschiedenen DRG untereinander wider. Sie werden durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus kalkuliert, welches jährlich aus den Leistungs- und Kostendaten den Katalog der abrechenbaren DRG bestimmt.

⁵⁹ Vgl. Wissenschaftsrat, Stellungnahme gegenüber der Monopolkommission, a.a.O., S. 8.

141. Die Universität Greifswald liegt mit gegenwärtig 778 Planbetten bereits erheblich unter der vom Wissenschaftsrat empfohlenen Mindestanzahl für Universitätsklinika von 850 Betten und auch unter der für Greifswald akzeptierten Untergrenze von 805 Betten. Der Wissenschaftsrat hatte in einer Stellungnahme zur weiteren Entwicklung der Hochschulmedizin in Mecklenburg-Vorpommern im Jahr 1996 unter Hinweis auf das spezifische Konzept der Community Medicine eine Absenkung auf 805 Planbetten akzeptiert, hatte aber zugleich festgestellt, dass mit der Reduktion der Bedarf für Forschung und Lehre deutlich unterschritten wird und eine Übertragung auf andere Hochschulen daraus nicht abgeleitet werden kann. Die Situation für das Universitätsklinikum Greifswald wird im laufenden Jahr nochmals schwieriger, weil der Vierte Krankenhausplan für das Land Mecklenburg Vorpommern als voraussichtliches Soll für die bedarfsgerechte Versorgung ab Ende des Jahres 2008 für das Klinikum in Greifswald nur noch 704 Betten vorsieht.

142. Die Monopolkommission hat sich auch mit der Frage beschäftigt, welche Relevanz eine Empfehlung des Wissenschaftsrates zur Mindestanzahl von Planbetten für ein Universitätsklinikum hat. De jure entscheidet der Wissenschaftsrat weder über den universitären Status des Klinikums noch über den Erhalt der Medizinischen Fakultät an der Universität Greifswald. Entscheidend ist hier die Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern. Allerdings kommt dem Wissenschaftsrat eine gesetzlich verankerte Beratungsfunktion zu, so bei der Aufnahme einer Hochschule in das Verzeichnis der als Gemeinschaftsaufgabe von Bund und Land finanzierten Hochschulen (§ 4 HSBauFördG) und bei der Aufstellung des Rahmenplans für den Hochschulbau gemäß § 9 HSBauFördG. Über Empfehlungen des Wissenschaftsrates darf sich der Planungsausschuss danach nur nach einer Anhörung des Vorsitzenden des Wissenschaftsrates hinwegsetzen. Auch faktisch sind die Stellungnahmen des Wissenschaftsrates von erheblicher Bedeutung. Sie werden in der Regel aufgegriffen und umgesetzt, wenn auch mitunter mit gewissen Zeitverzögerungen. Der Wissenschaftsrat selber weist darauf hin, dass seine Empfehlungen erhebliche Signalwirkungen im Hinblick auf das Renommee einer Einrichtung und auf die Einstellung von Drittmittelgebern und Sponsoren haben. Den Erfahrungen nach kann ein positive wie eine negative Stellungnahme Aufwärts- oder Abwärtsspiralen in der Entwicklung einer Einrichtung befördern.⁶⁰

143. Fakt ist allerdings auch, dass der Wissenschaftsrat keine neue Evaluation der Medizinischen Fakultät in Greifswald vorgenommen hat und es aktuell keine Empfehlungen im Hinblick auf die weitere Entwicklung des Universitätsklinikums oder der Medizinischen Fakultät in Greifswald gibt. Eine unmittelbare Gefährdung des universitären Status oder der Medizinischen Fakultät, auf die das Universitätsklinikum mit dem Erwerb des Kreiskrankenhauses Wolgast reagiert, liegt damit nicht vor. Der Ausschuss Medizin des Wissenschaftsrates hat sich allerdings auf Bitten des Landes Mecklenburg-Vorpommern auf seiner Sitzung am 20. November 2007 mit der Situation des Universitätsklinikums Greifswald nach der Untersagung des Zusammenschlusses mit dem Kreiskrankenhaus Wolgast durch das Bundeskartellamt befasst. In einem Brief an den Minister für Bildung, Wissenschaft und Kultur des Landes Mecklenburg-Vorpommern vom 28. November 2007 bestätigt der Wissenschaftsrat seine bisherige Linie, dass die Größe des Universitätsklinikums Greifswald mit weniger als 800 vollstationären Betten als kritisch in Bezug auf das für Forschung und Lehre erforderliche Maß eines Kernklinikums einzustufen ist.⁶¹ Nach Auffassung des Wissenschaftsrates besteht kein Zweifel, dass eine Arrondierung am Standort Greifswald erforderlich und die vorgesehe-

⁶⁰ Vgl. ebenda, S. 6.

⁶¹ Vgl. Wissenschaftsrat, Generalsekretär, Tgb.-Nr.: 5639-07, Anlage A25 des Antrags auf Ministererlaubnis.

ne Erweiterung der der Forschung und Lehre dienenden Krankenversorgung zu begrüßen ist. Festgestellt wird auch, dass fehlende Entwicklungsmöglichkeiten den universitätsmedizinischen Standort Greifswald langfristig gefährden.

144. Die Monopolkommission zieht aus all dem den Schluss, dass der universitätsmedizinische Status des Klinikums Greifswald und damit auch die Existenz der Medizinischen Fakultät zwar nicht akut, aber auf mittlere und längere Sicht nachhaltig gefährdet ist.

6.5.2 Eignung des Zusammenschlusses zur Sicherung des Universitätsklinikums

145. Die Monopolkommission ist der Auffassung, dass der Zusammenschluss geeignet ist, den universitätsmedizinischen Status des Klinikums Greifswald und die Existenz der Medizinischen Fakultät langfristig abzusichern. Unklar ist, ob die zugekauften Betten unmittelbar dem Universitätsklinikum zugerechnet werden können. Die Antragstellerin geht davon aus. Sie trägt in ihrem Nachtrag zum Antrag auf Ministererlaubnis vor, dass die Anzahl der Planbetten des Universitätsklinikums mit dem Mehrheitserwerb an dem Kreiskrankenhaus auf 958 vollstationäre Betten ansteigt. Damit sei die Existenz des universitären Status auch für den Fall gesichert, dass zukünftig weitere Betten in der Region abgebaut werden müssten. Die Monopolkommission bezweifelt dagegen, dass eine unmittelbare Zurechnung der zugekauften Betten zum Universitätsklinikum möglich ist. Gleichwohl ist der Zusammenschluss geeignet, den universitätsmedizinischen Status zu sichern, da das Universitätsklinikum in die Lage versetzt wird, die Patientenströme so zu lenken, dass die Fallzahlen am Standort Greifswald ansteigen und damit auch die Bettenzahl in Greifswald nicht nur erhalten, sondern deutlich erhöht werden kann.

146. Dies wird nach Einschätzung der Monopolkommission in der Weise geschehen, dass das Kreiskrankenhaus Wolgast zu einem Portalkrankenhaus des Universitätsklinikums Greifswald wird. In diesem Krankenhaus werden dann die Notfallbehandlungen und die Erstversorgung von Patienten übernommen, während die Weiterversorgung im Wesentlichen im Universitätsklinikum erfolgt. Damit verbunden ist eine deutliche Einschränkung des Leistungsangebotes und der Bettenzahl in Wolgast. Weniger wahrscheinlich erscheint die von Wettbewerbern und niedergelassenen Ärzten der Region gegenüber der Monopolkommission geäußerte Befürchtung, dass das Kreiskrankenhaus ganz geschlossen werden könnte. Dagegen sprechen versorgungsrechtliche Gründe. Der Vierte Krankenhausplan Mecklenburg-Vorpommern hält eine flächendeckende Versorgung mit akut-stationären Krankenhausleistungen für gewährleistet, wenn die Entfernung zum jeweils nächstgelegenen Krankenhaus in der Grundversorgung für die Einrichtungen Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie/Geburtshilfe 25 bis 30 km nicht übersteigt.⁶² Für größere Teile der Insel Usedom dürfte das nicht mehr gewährleistet sein, wenn das Kreiskrankenhaus Wolgast ersatzlos geschlossen würde. Zu konstatieren ist allerdings auch, dass dieses Kriterium der Krankenhausplanung in dem nächstfolgenden Fünften Krankenhausplan Mecklenburg-Vorpommern durchaus auch weiter gezogen werden könnte.

147. Die Antragstellerin selber hat vorgetragen, dass dem Krankenhaus Wolgast eine fünfjährige Bestandsgarantie in der gegenwärtigen Form vertraglich zugesichert sei und auch danach nicht daran gedacht sei, den Standort einzuschränken. Die Monopolkommission hält das für wenig glaubwürdig. Ihrer Prognose nach zwingt das Erfordernis der Umlenkung von Patientenströmen nach

62 Vgl. Viertes Krankenhausplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern, a.a.O., S. 18.

Greifswald die Umgestaltung des Kreiskrankenhauses zu einem Portalkrankenhaus mit einem eingeschränktem Leistungsangebot und eingeschränkter Bettenzahl. Für diese Auffassung sprechen auch die Äußerungen des Wissenschaftsrates und des Ministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur des Landes Mecklenburg-Vorpommern, die beide in Stellungnahmen davon sprechen, dass wegen der Größe des Universitätsklinikums eine Arrondierung bzw. eine Zusammenlegung am Standort Greifswald erforderlich ist.⁶³

6.5.3 Notwendigkeit des Zusammenschlusses zur Sicherung des Universitätsklinikums

148. Der Zusammenschluss ist notwendig zur langfristigen Sicherung des universitätsmedizinischen Status des Klinikums und der Existenz der Medizinischen Fakultät in Greifswald, da nach Auffassung der Monopolkommission keine weniger wettbewerbsschädliche Alternative existiert. Die Monopolkommission sieht drei Alternativen zu dem angestrebten Mehrheitserwerb: (i) Ausbau des Universitätsklinikums Greifswald, (ii) Übernahme eines anderen Krankenhauses sowie (iii) Fusionierung der Universitätsklinika Rostock und Greifswald.

149. Da die Zuweisung von Betten für Universitätskliniken durch die Wissenschaftsministerien der Länder erfolgt und auch die Krankenhausplanung Sache der Länder ist, könnte die Landesregierung das Universitätsklinikum Greifswald grundsätzlich mit einer ausreichenden Anzahl von Betten gemäß der Empfehlungen des Wissenschaftsrates ausstatten. Da der Bedarf an Betten in der Region begrenzt und bereits gedeckt ist, würde die Zuweisung von zusätzlichen Betten an das Universitätsklinikum die Krankenhausplanung dazu zwingen, Betten in anderen Krankenhäusern der Region abzubauen. Es liegt nahe, dass davon auch das Kreiskrankenhaus Wolgast betroffen wäre. Der Abbau von Betten in Wolgast und gegebenenfalls anderen Krankenhäusern in der Region in einem Umfang, der dem Klinikum Greifswald langfristig den universitätsmedizinischen Status sichert, könnte die Existenz dieser Krankenhäuser nachhaltig gefährden und im Ergebnis zu einer noch stärkeren Konzentration auf dem regionalen Krankenhausmarkt führen.

150. Die Übernahme eines anderen Krankenhauses in der Region Greifswald durch das Universitätsklinikum wäre wegen der bereits bestehenden starken Marktstellung wettbewerbsrechtlich ebenso problematisch wie der Zusammenschluss mit dem Kreiskrankenhaus Wolgast. Abgesehen davon ist diese Alternative nur theoretisch denkbar, da weder das AMEOS Diakonie-Klinikum in Anklam noch das Klinikum Karlsburg zum Verkauf stehen.

151. Grundsätzlich in Betracht käme der Zusammenschluss der beiden Universitätskliniken des Landes Mecklenburg-Vorpommern Rostock und Greifswald. Ähnlich wie bei der Fusion der Universitätskliniken Marburg und Gießen könnten die beiden Medizinischen Fakultäten in Rostock und Greifswald erhalten bleiben. Die klinische Ausbildung beider Fakultäten fände dann nicht mehr in dem jeweils eigenen, sondern dem gemeinsamen Universitätsklinikum Rostock-Greifswald statt. Klinische Ausbildung ist allerdings an physische Klinikstandorte gebunden. Die Annahme, dass Studierende in manchen Fächern an Standort A und in anderen an Standort B unterrichtet werden, mag sich bei einer Entfernung von 30 km wie im Falle Marburg/Gießen noch realisieren lassen. Bei einer Entfernung von 100 km wie derjenigen zwischen Rostock und Greifswald entbehrt diese Annahme dagegen jeder Grundlage. Dies bedeutet, dass die kritische Masse von Patienten, die für eine

⁶³ Vgl. Wissenschaftsrat, Schreiben an den Minister für Bildung, Wissenschaft und Kultur des Landes Mecklenburg-Vorpommern vom 28. November 2007; Schreiben des Ministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur des Landes Mecklenburg-Vorpommern an das Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie vom 7. Januar 2008.

Universitätsklinik erforderlich ist, an jedem der beiden Standorte vorhanden sein muss. Der Zusammenschluss der Universitätskliniken von Greifswald und Rostock würde also an der gegenwärtigen Unterdimensionierung des Universitätsklinikums Greifswald nichts ändern, auch wenn er vielleicht betriebswirtschaftlich vorteilhaft wäre. Schließlich ist es nach der föderalen Zuständigkeitsverteilung Sache des Landes Mecklenburg-Vorpommern, die forschungs- und hochschulpolitische Entscheidung über die Anzahl der Standorte seiner medizinischen Fakultäten und der ihm zugeordneten Universitätskliniken zu treffen. Diese Entscheidung ist vom Bundesminister für Wirtschaft und Technologie im Rahmen des Ministererlaubnisverfahrens als Konkretisierung des hier behandelten Gemeinwohlgrundes zu respektieren.

152. Zusammenfassend ist festzustellen, dass der Erhalt des Status als Universitätsklinikum und die damit verbundene Sicherung der Existenz der Medizinischen Fakultät an der Universität Greifswald ein Gemeinwohlgrund von erheblichem Gewicht ist. Das durch Art. 5 Abs. 3 GG geschützte Grundrecht der Wissenschaftsfreiheit indiziert eine hohe Wertigkeit von Forschung und Lehre. Dem Erhalt einer medizinischen Fakultät kommt vor diesem Hintergrund ein besonderes Gewicht zu. Das gilt umso mehr, als die Universitätsklinik Greifswald in einer strukturschwachen Region angesiedelt ist und dort in mehrfacher Hinsicht Kern einer regionalen Entwicklung ist. So verhindert sie nicht nur die Abwanderung junger Menschen, sondern zieht Studenten aus anderen Teilen des Landes Mecklenburg-Vorpommern, aus Deutschland insgesamt und aus dem Ausland an. Sie sorgt in einer Region für eine bedarfsnahe Ausbildung des Ärztenachwuchses und wirkt dem bestehenden Ärztemangel im Nordosten Deutschlands entgegen. Der Status als Universitätsklinikum und damit die Existenz der Medizinischen Fakultät an der Universität Greifswald ist gefährdet, da die wissenschaftliche Wettbewerbsfähigkeit von einer Mindestbettenzahl abhängt, die das Universitätsklinikum bereits aktuell deutlich unterschreitet und zukünftig noch weiter unterschreiten wird. Der Zusammenschluss mit dem Kreiskrankenhaus Wolgast ist dazu geeignet, den universitätsmedizinischen Status des Klinikums Greifswald zu sichern. Das Universitätsklinikum wird mit dem Zusammenschluss in die Lage versetzt, Patientenströme so zu lenken, dass Fallzahlen am Standort Greifswald ansteigen und damit auch die Bettenzahl in Greifswald nicht nur erhalten, sondern deutlich erhöht werden kann. Der Zusammenschluss ist notwendig zur langfristigen Sicherung des universitätsmedizinischen Status des Klinikums und der Existenz der Medizinischen Fakultät in Greifswald, da nach Auffassung der Monopolkommission keine weniger wettbewerbschädliche Alternative existiert. Der Ausbau des Universitätsklinikums durch die Zuweisung weiterer Betten ginge zulasten anderer Krankenhäuser in der Region, unter anderem zulasten des Kreiskrankenhauses Wolgast, und würde diese gegebenenfalls in ihrer Existenz gefährden. Der Zusammenschluss mit einem anderen Krankenhaus stieße auf ähnliche wettbewerbsrechtliche Bedenken wie die Fusion mit dem Kreiskrankenhaus Wolgast.

7. Bedingungen und Auflagen

153. Die Antragstellerin hat im Verlauf des Verfahrens keine Bedingungen oder Auflagen vorgeschlagen, unter denen eine Ministererlaubnis auch dann genehmigt werden könnte, wenn die Gemeinwohlvorteile die Wettbewerbsnachteile der Fusion nicht aufwiegen. In die Diskussion gebracht wurde die Möglichkeit von Bedingungen und Auflagen allerdings durch einen Wettbewerber des Universitätsklinikums Greifswald. Das Klinikum Karlsburg hat in seiner schriftlichen Stellungnahme vom 5. Februar 2008 vorgetragen, dass es im Zuge der zu erwartenden Umwandlung des Kreiskrankenhauses Wolgast in ein Portalkrankenhaus des Universitätsklinikums Greifswald Patienten verlieren und in wirtschaftliche Schwierigkeiten geraten könnte. In letzter Konsequenz sei eine Schließung des Herz- und Diabeteszentrums Karlsburg nicht auszuschließen. Am 13. März 2008 – und damit unmittelbar vor der Entscheidung der Monopolkommission über ihre Empfehlung an den Bundesminister für Wirtschaft und Technologie – hat das Klinikum Karlsburg der Monopolkommission die Frage vorgelegt, ob im Falle der Erteilung der Ministererlaubnis die Existenz des Klinikums Karlsburg durch Bedingungen oder Auflagen gesichert werden könnte.

154. Die Monopolkommission ist aufgrund der ihr in der Kürze der Zeit möglichen Recherchen zu der Überzeugung gelangt, dass eine unmittelbare Gefährdung der Existenz des Klinikums Karlsburg infolge des Zusammenschlusses zwischen dem Universitätsklinikum Greifswald und dem Kreiskrankenhaus Wolgast nicht gegeben ist. Sie kann diesen Punkt allerdings nicht mit abschließender Sicherheit klären.

155. Die Monopolkommission teilt die Auffassung, dass das Kreiskrankenhaus Wolgast nach dem Zusammenschluss zu einem Portalkrankenhaus des Universitätsklinikums Greifswald wird und dass es in der Folge zu einer Umlenkung von Patienten aus Wolgast nach Greifswald kommt. Es liegt auf der Hand, dass Patienten mit bestimmten Krankheitsbildern, die bisher aus dem Kreiskrankenhaus Wolgast in das Klinikum Karlsburg überwiesen werden, nach dem Zusammenschluss in das Universitätsklinikum Greifswald überwiesen werden. Fraglich ist, ob das in einem Ausmaß geschehen wird, welches die Existenz des Herz- und Diabeteszentrums Karlsburg gefährdet. Die Monopolkommission hält diese Annahme für nicht sehr wahrscheinlich. Dagegen spricht erstens, dass sich das Leistungsspektrum des Klinikums Karlsburg und des Universitätsklinikums Greifswald nur teilweise überschneidet. Das Leistungsspektrum des Klinikums Karlsburg umfasst vor allem die Bereiche Kardiologie, Herzchirurgie und die Behandlung von Diabetes und Stoffwechselerkrankungen. Überschneidungen mit dem Leistungsspektrum des Universitätsklinikums gibt es im Wesentlichen nur im Bereich der Kardiologie. In den Bereichen Herzchirurgie und Diabetes- und Stoffwechselerkrankungen gibt es kaum erkennbare Überschneidungen, d.h. die beiden Kliniken stehen hier bislang nicht in einer Konkurrenzbeziehung zueinander. Gegen eine akute Gefährdung des Fortbestandes des Klinikums Karlsburg spricht zweitens, dass es als Herz- und Diabeteszentrum Einweisungen aus insgesamt 17 Krankenhäusern und Kliniken erhält, zu denen das Kreiskrankenhaus Wolgast und das Universitätsklinikum Greifswald gehören.⁶⁴ Es ist schwer vorstellbar, dass der befürchtete Wegfall des Kreiskrankenhauses Wolgast als einweisende Klinik für Patienten aus dem Bereich Kardiologie vor dem Hintergrund der Vielzahl der einweisenden Kliniken eine existenzgefährdende Wirkung hat. Die Monopolkommission geht vielmehr davon aus, dass die zu erwartende Umwandlung des Kreiskrankenhauses Wolgast in ein Portalkrankenhaus mit deutlich eingeschränk-

⁶⁴ Vgl. Homepage des Klinikums Karlsburg, www.drguth.de/klinikum-karlsburg/kooperationen.html.

tem Leistungsspektrum für das Klinikum Karlsburg auch Möglichkeiten eröffnet, sein bisheriges Leistungsspektrum auszuweiten, um den Verlust an Patienteneinweisungen aus Wolgast gegebenenfalls zu kompensieren.

156. Selbst wenn zu erwarten wäre, dass der Zusammenschluss die Existenz des Klinikums Karlsburg gefährdet, stellte sich die Frage, ob es zulässige Auflagen oder Bedingungen gibt, die diese Gefahr vermindern könnten. Gemäß § 42 Abs. 2 GWB kann die Ministererlaubnis mit Bedingungen und Auflagen verbunden werden. Diese dürfen sich nach § 40 Abs. 3 GWB allerdings nicht darauf richten, die beteiligten Unternehmen einer laufenden Verhaltenskontrolle zu unterziehen. Nach Auffassung der Monopolkommission sind Auflagen zulässig, wenn sie (i) auf die Marktstruktur bezogen sind, (ii) sich in einem einmaligen Akt vollziehen lassen und (iii) zu ihrer Kontrolle eine einmalige Überprüfung ausreicht.⁶⁵ Dem gleichzustellen sind Maßnahmen, die in wenigen zeitlich eng zusammenliegenden Akten zu realisieren und durch das Bundeskartellamt mit einem vertretbaren Aufwand zu kontrollieren sind.⁶⁶ Das Klinikum Karlsburg hat selber keine Auflagen vorgeschlagen. Denkbar wären Auflagen zum Einweisungsverhalten des Universitätsklinikums oder zum Abschluss einer Kooperationsvereinbarung mit dem Klinikum Karlsburg.

157. Als Auflage unzulässig wäre eine öffentlich-rechtliche Verpflichtung des Universitätsklinikums, Patienten des Kreiskrankenhauses Wolgast weiterhin vorrangig an das Klinikum Karlsburg zu überweisen. Nach Auffassung der Monopolkommission würde dadurch eine „laufende Verhaltenskontrolle“ durch das Bundeskartellamt erforderlich, der fusionierende Unternehmen gemäß § 40 Abs. 3 Satz 2 GWB gerade nicht unterstellt werden dürfen. Anders wäre dagegen eine Auflage zu beurteilen, wonach das Universitätsklinikum zum Abschluss eines zivilrechtlichen Vertrages verpflichtet wird, der seinerseits die Überweisung von Patienten an das Klinikum Karlsburg zum Gegenstand hat; eine solche Auflage wäre mit dem Vertragsabschluss erfüllt. Die Erfüllung des Vertrages durch das Universitätsklinikum Greifswald wäre Sache der Vertragsparteien, die ihren Streit gegebenenfalls vor den ordentlichen Gerichten austragen könnten. Eine „laufende Verhaltenskontrolle“ durch die Behörde fände in diesem Fall nicht statt. Denkbar wäre außerdem auch die Auflage, dass das Universitätsklinikum das Klinikum Karlsburg zu einem Kooperationspartner, etwa zu einem akademischen Lehrkrankenhaus, machen muss. Von dem rechtlichen Rahmen einmal abgesehen, ist jedoch stets zu bedenken, dass entsprechende Auflagen auch den Restwettbewerb auf dem Markt für Krankenhausleistungen in der Region Greifswald weiter reduzieren und zu einer Zementierung der Marktstrukturen beitragen können.

158. Festzuhalten bleibt, dass die Monopolkommission keine unmittelbare Gefährdung der Existenz des Klinikums Karlsburg infolge des Zusammenschlusses zwischen dem Universitätsklinikum Greifswald und dem Kreiskrankenhaus Wolgast sieht, dass sie aber nur eingeschränkte Möglichkeiten hatte, diese Einschätzung durch eigene Ermittlungen abzusichern. Existenzsichernde Auflagen begegnen im Übrigen zum Teil erheblichen rechtlichen Bedenken, zum Teil sind sie auch in wettbewerblicher Hinsicht fragwürdig.

⁶⁵ Vgl. Monopolkommission, Zusammenschlussvorhaben der Georg von Holtzbrinck GmbH & Co. KG mit der Berliner Verlag GmbH & Co. KG, Baden-Baden 2003, Tz. 152.

⁶⁶ Ebenda.

8. Abwägung und Empfehlung

159. Die Entscheidung des Bundesministers für Wirtschaft und Technologie ergibt sich aus einer Abwägung der gewichteten Wettbewerbsbeschränkung und des gewichteten Gemeinwohlgrundes.⁶⁷ Das Gewicht der Wettbewerbsbeschränkung ist im Fall der Übernahme des Kreiskrankenhauses Wolgast durch das Universitätsklinikum Greifswald als vergleichsweise gering einzustufen. Die Monopolkommission zweifelt nicht an der Einschätzung, dass der Zusammenschluss des Universitätsklinikums Greifswald mit dem Kreiskrankenhaus Wolgast eine Verstärkung der marktbeherrschenden Stellung des Universitätsklinikums auf dem Markt für stationäre medizinische Dienstleistungen in der Region nach sich zieht. Der Fall weist jedoch Besonderheiten auf, die ihn von den bisherigen Ministererlaubnisverfahren im Krankenhausbereich unterscheiden und zu einer anderen Gewichtung der Wettbewerbsbeschränkungen aus dem Zusammenschlussvorhaben führen. Ausschlaggebend hierfür ist zum einen, dass die stationäre Versorgung in den Regionen Greifswald und Wolgast weniger im Wettbewerb, sondern überwiegend durch das dort jeweils befindliche Krankenhaus allein erbracht wird. Die Analyse der Marktanteilsverteilung auf dem räumlich relevanten Markt lässt den Schluss zu, dass Patienten in Ostvorpommern die sich bietenden Wahlmöglichkeiten bei der Versorgung mit Krankenhausdienstleistungen bislang nur in einem vergleichsweise geringen Umfang wahrnehmen. Ein Grund dafür mag sein, dass momentan im Krankenhaussektor kaum Preiswettbewerb möglich ist. Zum anderen wird ein Zusammenschlussvorhaben zweier öffentlicher Unternehmen betrachtet. Da rechtliche Vorgaben das Ausgabenverhalten des Bundeslandes auch in Zukunft beschränken werden und durch das Instrument der Kreisaufsicht, die das Bundesland über die Landkreise ausübt, bereits in der Vergangenheit Einflussmöglichkeiten zwischen den beteiligten Gebietskörperschaften bestanden, erachtet die Monopolkommission den Krankenhauswettbewerb in der Region bereits vor der Fusion als vergleichsweise eingeschränkt und schätzt daher die zusätzliche beschränkende Wirkung des Zusammenschlussvorhabens ungeachtet ihrer Anerkennung dem Grunde nach als gering ein.

160. Demgegenüber sieht die Monopolkommission in dem forschungs- und strukturpolitischen Argument der Sicherung der Existenz des Universitätsklinikums und dem damit verbundenen langfristigen Erhalt der Medizinischen Fakultät an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald einen Gemeinwohlgrund von erheblichem Gewicht. Das durch Art. 5 Abs. 3 GG geschützte Grundrecht der Wissenschaftsfreiheit indiziert eine hohe Wertigkeit von Forschung und Lehre als Gemeinwohlgrund. Dem Erhalt einer medizinischen Fakultät kommt vor diesem Hintergrund ein besonderes Gewicht zu. Das gilt umso mehr, als das Universitätsklinikum Greifswald in einer strukturschwachen Region angesiedelt und dort in mehrfacher Hinsicht Kern einer regionalen Entwicklung ist. Es verhindert die Abwanderung junger Menschen, zieht Studenten aus anderen Teilen des Landes an und sorgt in einer Region, die ohnehin unter Ärztemangel leidet, für eine bedarfsnahe Ausbildung des Ärztenachwuchses. Der Status als Universitätsklinikum und damit die Existenz der Medizinischen Fakultät an der Universität Greifswald ist gefährdet, da die wissenschaftliche Wettbewerbsfähigkeit von einer Mindestbettenzahl abhängt, die das Universitätsklinikum bereits aktuell deutlich unterschreitet und zukünftig noch weiter unterschreiten wird. Der Zusammenschluss mit dem Kreiskrankenhaus Wolgast ist dazu geeignet, den universitätsmedizinischen Status des Klinikums Greifswald zu sichern. Das Universitätsklinikum wird mit dem Zusammenschluss in die Lage versetzt, Patientenströme so zu lenken, dass Fallzahlen am Standort Greifswald ansteigen und damit auch die Bet-

⁶⁷ Vgl. oben Tz. 82.

tenzahl in Greifswald nicht nur erhalten, sondern deutlich erhöht werden kann. Der Zusammenschluss ist notwendig zur langfristigen Sicherung des universitätsmedizinischen Status des Klinikums und der Existenz der Medizinischen Fakultät in Greifswald, da nach Auffassung der Monopolkommission keine weniger wettbewerbsschädliche Alternative existiert.

161. Da die gesamtwirtschaftlichen Vorteile des vorliegenden Zusammenschlusses nach Einschätzung der Monopolkommission die damit verbundenen Wettbewerbsbeschränkungen aufwiegen, empfiehlt die Monopolkommission dem Bundesminister für Wirtschaft und Technologie, die Erlaubnis gemäß § 42 Abs. 1 GWB zu erteilen. Vor dem Hintergrund ihres Informationsstandes empfiehlt die Monopolkommission auch keine Auflagen im Hinblick auf eine Existenzsicherung des Herz- und Diabeteszentrums Karlsburg. Sie sieht keine Gefährdung der Existenz des Klinikums Karlsburg infolge des geplanten Zusammenschlusses, hatte allerdings nur eingeschränkte Möglichkeiten, diese Einschätzung durch eigene Ermittlungen abzusichern. Existenzsichernde Auflagen begegnen im Übrigen zum Teil erheblichen rechtlichen Bedenken, zum Teil sind sie auch in wettbewerblicher Hinsicht fragwürdig.

Bonn, im März 2008

Jürgen Basedow

Jörn Aldag

Justus Haucap

Peter-Michael Preusker

Katharina M. Trebitsch