



Freigabe des Zusammenschlusses zwischen Charité und Deutschem Herzzentrum Berlin

Branche: Krankenhäuser

Aktenzeichen: B3-67/21

Datum der Entscheidung: 7. Juni 2021 (Freigabe in der ersten Phase)

Das Bundeskartellamt hat die Zusammenführung der herzmedizinischen Angebote der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Berlin („Charité“) und der Deutsches Herzzentrum Berlin, Stiftung des bürgerlichen Rechts („DHZB-Stiftung“ für den Träger bzw. „DHZB“ für den Krankenhausbetrieb) unter der künftigen Bezeichnung „Deutsches Herzzentrum der Charité“ („DHZC“) in der ersten Phase freigegeben. Das DHZC soll gemäß der geplanten Rahmenerrichtungsvereinbarung zwischen dem Land Berlin, der Charité und der DHZB-Stiftung ein international führendes herzmedizinisches Krankenhaus werden. Zur Unterbringung des DHZC ist die Errichtung eines Neubaus auf dem Gelände der Charité am Campus Virchow-Klinikum geplant, der sowohl vom Bund als auch vom Land Berlin finanziert wird. Die Charité und das DHZB sind die einzigen Berliner Kliniken, die neben Abteilungen für Innere Medizin und Kardiologie auch über herzchirurgische Fachabteilungen verfügen.

1. Die Beteiligten

Die Charité zählt zu den bedeutendsten Universitätskliniken Europas mit rund 3.000 Betten sowie rund 150.000 (teil-)stationären und rund 700.000 ambulanten Fällen pro Jahr. Im Jahr 2020 erzielte die Charité Umsätze in Höhe von 1,5 Mrd. Euro. Die Charité verfügt über die folgenden bettenführenden Standorte in Berlin:

- „Campus Virchow-Klinikum“ im Bezirk Mitte/Ortsteil Wedding,
- „Campus Charité Mitte“ im Bezirk Mitte/Ortsteil Mitte,
- „Campus Benjamin Franklin“ im Bezirk Steglitz-Zehlendorf/Ortsteil Lichterfelde.

Herzmedizinische Leistungen werden derzeit an allen drei Standorten der Charité in mehreren Kliniken erbracht, wobei der Schwerpunkt im Bereich der Kardiologie liegt. Am Campus Virchow-Klinikum betreibt die Charité zudem auch eine herzchirurgische Fachabteilung (Klinik für Kardiovaskuläre Chirurgie), die allerdings im Vergleich zum DHZB bedeutend geringere Fallzahlen und ein eingeschränktes Leistungsspektrum aufweist.

Bei der Charité handelt es sich um eine Körperschaft des öffentlichen Rechts als Gliedkörperschaft der Freien Universität Berlin und der Humboldt-Universität zu Berlin, deren Verwaltungsorganisation im Berliner Universitätsmedizinengesetz („BerUniMedG“)¹ geregelt ist. Die Charité ist als verbundenes Unternehmen der Landes Berlin im Sinne von § 36 Abs. 2 GWB anzusehen. Das Land Berlin übt über das Recht, gemäß § 11 Abs. 1 Nr. 1 bis Nr. 3 BerUniMedG mindestens die Hälfte der Aufsichtsratsmitglieder bei der Charité zu bestimmen, einen beherrschenden Einfluss auf diese aus.

Neben der Charité sind insbesondere auch die Kliniken der Vivantes – Netzwerk für Gesundheit GmbH („Vivantes“) dem Land Berlin nach § 36 Abs. 2 GWB zuzurechnen. Vivantes betreibt in Berlin neun Krankenhausstandorte mit insgesamt rd. 5.400 Betten. Sieben Vivantes-Kliniken verfügen über eine Fachabteilung für Innere Medizin und Kardiologie, jedoch nicht über herzchirurgische Abteilungen.

Die DHZB-Stiftung wurde im Jahr 1985 vom Land Berlin als rechtsfähige Stiftung bürgerlichen Rechts mit Sitz in Berlin gegründet. Der Standort des DHZB befindet sich ebenfalls auf dem Campus Virchow-Klinikum. Das DHZB bietet das gesamte Spektrum herz- und gefäßchirurgischer Eingriffe einschließlich Kinderherzchirurgie, Transplantationen und anderer Organersatzverfahren in drei Fachabteilungen für Herzchirurgie, Innere Medizin und Kardiologie sowie Kinder- und Jugendheilkunde. Das DHZB verfügt über 194 Betten und behandelt jährlich rund 8.000 stationäre und 22.000 ambulante Fälle. Die Umsatzerlöse des DHZB lagen im Jahr 2020 bei 150-200 Mio. Euro.

Die DHZB-Stiftung war von vornherein eng mit ihrem Gründer, dem Land Berlin, verflochten. Die nach wie vor bestehenden, gesellschaftsrechtlich vermittelten Einflussmöglichkeiten des Landes Berlin auf die DHZB-Stiftung sind zwar nicht hinreichend für die Annahme eines Unternehmensverbunds im Sinne von § 36 Abs. 2 GWB, jedoch sind sie bereits als wettbewerblich erheblich im Sinne von § 37 Abs. 1 Nr. 4 GWB zu qualifizieren. Das Land Berlin verfügt über das in der Satzung der DHZB-Stiftung verbriefte Recht, vier von 14 Mitgliedern des Stiftungsrats zu stellen. Diese strukturelle

¹ <https://gesetze.berlin.de/bsbe/document/jlr-HSchulMedGBE2005rahmen>.

Einflussmöglichkeit wird durch die faktischen Einflussrechte des Landes Berlin, die diesem in seiner Funktion als Krankenhausplanungsbehörde und über die Investitionsförderung gemäß §§ 8ff. KHG² zustehen, zusätzlich verstärkt. Hinzu kommen Rechte des Landes Berlin als Aufsichtsbehörde für Stiftungen gemäß § 2 Abs. 1 Berliner Stiftungsgesetz³.

Die bestehende Unternehmensverbindung zwischen Land Berlin und DHZB-Stiftung ist auch wettbewerblich erheblich im Sinne von § 37 Abs. 1 Nr. 4 GWB. Entscheidend hierfür ist, dass die Verbindungen Grundlage eines wechselseitigen Interessenausgleichs sind, der sowohl darauf beruhen kann, dass der Erwerber aktiv Einfluss auf die Ressourcen und das Marktverhalten des erworbenen Unternehmens nimmt, als auch darauf, dass das erworbene Unternehmen passiv sein Wettbewerbsverhalten an den Interessen des Erwerbers ausrichtet (OLG Düsseldorf, Beschluss vom 6. Juli 2005, VI-Kart 26/04 (V)⁴, Rn. 20ff. - Bonner Zeitungsdruckerei). Dies liegt besonders nahe bei horizontalen Verbindungen zwischen Wettbewerbern. Da sowohl das Land Berlin – mit der Charité und den Vivantes-Kliniken – als auch die DHZB-Stiftung im Bereich der akutstationären Krankenhausdienstleistungen und hier speziell auf dem Gebiet der Herzmedizin tätig sind, liegt eine wettbewerbliche Erheblichkeit der bestehenden Einflussrechte vor. Das Land Berlin hat gute Voraussetzungen, seine Vorstellungen im DHZB-Stiftungsrat über die derzeit sechs dem Land zuzuordnenden Mitglieder (vier geborene und derzeit zwei weitere Mitglieder) zu verwirklichen, weil die übrigen Mitglieder des Stiftungsrats aus gänzlich anderen Branchen stammen, untereinander nicht verbunden sind und insoweit keine strukturell gegenläufigen Interessen einbringen werden. Ob das Land Berlin in der Vergangenheit tatsächlich von der Möglichkeit Gebrauch gemacht hat, seinen wettbewerblich erheblichen Einfluss auszuüben, kann offenbleiben. Allein das Bestehen der Möglichkeit hierzu reicht für die Annahme eines wettbewerblich erheblichen Einflusses im Sinne von § 37 Abs. 1 Nr. 4 GWB aus. Die personenidentische Besetzung der ärztlichen Leitungspositionen bei Charité und DHZB deutet auf eine entsprechende Einflussnahme hin.

² <https://www.gesetze-im-internet.de/khg/>.

³ <http://stiftungsgesetze.de/pdfs/stiftungsgesetz-berlin.pdf>.

⁴ http://www.justiz.nrw.de/nrwe/olgs/duesseldorf/j2005/VI_Kart_26_04__V_beschluss20050706.html.

2. Das Vorhaben

Im Rahmen des geplanten Zusammenschlussvorhabens sollen alle Vermögensgegenstände und Mitarbeiter, die derzeit von der DHZB-Stiftung für den Krankenhausbetrieb eingesetzt werden, auf die Charité übergehen. Durch die Zusammenführung mit den wesentlichen herzmedizinischen Einrichtungen der Charité soll das DHZC als „Gemeinsames Zentrum mit besonderer Beteiligung der Stiftung“ gemäß § 3 BerlUniMedG entstehen. Dieses soll eine rechtlich unselbständige Organisationseinheit innerhalb der Charité sein, die über eine weitgehende Eigenständigkeit in der strategischen und operativen Betriebsführung verfügen wird. Das DHZC soll von einem Bereichsvorstand geführt werden, der von einem Verwaltungsrat überwacht wird. Der DHZC-Verwaltungsrat soll paritätisch von der Charité und der DHZB-Stiftung besetzt werden. Außerdem wird die DHZB-Stiftung einen Sitz im Aufsichtsrat der Charité erhalten.

3. Wettbewerbliche Bewertung

Das Vorhaben wird nicht zu einer erheblichen Behinderung wirksamen Wettbewerbs im Sinne von § 36 Abs. 1 GWB führen. Dies gilt unabhängig von der zugrunde gelegten sachlichen und räumlichen Marktabgrenzung und der Berücksichtigung von fusionsspezifischen Effizienzvorteilen.

a) Sachliche Marktabgrenzung

In sachlicher Hinsicht kann offenbleiben, ob vorliegend der in der höchstrichterlichen Rechtsprechung anerkannte Sortimentsmarkt für akutstationäre Krankenhausdienstleistungen betroffen ist, oder ob ausnahmsweise eine engere, fachabteilungsbezogene Definition eines Marktes für herzchirurgische Behandlungen angezeigt ist.

Grundsätzlich ist von einem Sortimentsmarkt für akutstationäre Krankenhausdienstleistungen durch Allgemeinkrankenhäuser und Fachkliniken auszugehen (BGH, Beschluss vom 16. Januar 2008, KVR 26/07⁵, Rn. 49 – Kreiskrankenhaus Bad Neustadt). Denn auch spezielle Behandlungen werden oft in unterschiedlichen Fachabteilungen oder in allgemeinen Abteilungen wie Innere Medizin und Chirurgie vorgenommen (vgl. BKartA, Beschluss vom 8. Januar 2009, B3-174/08⁶ – Universitätsklinikum Freiburg/Herzzentrum Bad Krozingen). Auch im vorliegenden Fall

⁵ <https://dejure.org/dienste/vernetzung/rechtsprechung?Gericht=BGH&Datum=16.01.2008&Aktenzeichen=KVR%2026%2F07>

⁶ <https://www.bundeskartellamt.de/SharedDocs/Entscheidung/DE/Entscheidungen/Fusionskontrolle/2009/B3-174-08.pdf>

zeigte eine Auswertung der Daten nach § 21 KHEntG, die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus („InEK“) an das Bundeskartellamt übermittelt wurden, dass nur knapp 40% der in einer Herzchirurgie abgerechneten Fallpauschalen („DRG“) zu mindestens 50% in einer herzchirurgischen Fachabteilung erbracht wurden. Mit anderen Worten: Mehr als 60% der DRG, die die herzchirurgischen Fachabteilungen abrechnen, können nicht als Herzchirurgie-spezifisch angesehen werden, weil sie überwiegend in anderen Fachabteilungen abgerechnet werden.

Dagegen würde für die sachliche Abgrenzung eines enger gefassten, fachabteilungsbezogenen Marktes für herzchirurgische Behandlungen sprechen, dass eine solche Marktdefinition bereits vom Bundesgerichtshof für Fälle wie dem vorliegenden in Erwägung gezogen wurde, bei denen Erwerbsgegenstand nicht ein Allgemeinkrankenhaus sondern eine Fachklinik ist (BGH, Beschluss vom 16. Januar 2008, KVR 26/07, Rn. 51, 59 – Kreiskrankenhaus Bad Neustadt). Bei der Herzchirurgie handelt es sich insoweit um ein selbständiges medizinisches Fachgebiet, das u.a. durch eine spezielle Facharztausbildung und eine gesonderte Berücksichtigung im Berliner Krankenhausplan gekennzeichnet ist.

Eine Auswertung der InEK-Daten ergab, dass einige DRG *ausschließlich* in herzchirurgischen Fachabteilungen erbracht werden. Hierbei handelt es sich um insgesamt 19 DRG wie beispielsweise Herzklappeneingriffe mit Herz-Lungen-Maschine (DRG: F03A bis F03F), koronare Bypass-Operationen (DRG: F06A bis F06E) und komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen (DRG: F98A und F98B). Diese 19 DRG repräsentieren mithin den Kernbereich herzchirurgischer Behandlungen, in dem herzchirurgische Fachabteilungen ausschließlich untereinander und nicht mit anderen Fachabteilungen in Wettbewerb stehen. Die entsprechenden DRG könnten daher als prägend für einen möglichen, sachlichen Markt für herzchirurgische Behandlungen bezeichnet werden. Im vorliegenden Fall kam es auf eine solche Abgrenzung jedoch letztlich nicht an, da die Bewertung des Zusammenschlusses sich bei beiden denkbaren Marktdefinitionen im Ergebnis nicht unterscheidet (s.u.).

b) Räumliche Marktabgrenzung

Auch über die räumliche Marktabgrenzung wurde vorliegend nicht abschließend entschieden. Beim Angebot akutstationärer Krankenhausdienstleistungen liegen üblicherweise regionale Märkte vor. Unter Annahme eines Sortimentsmarktes für sämtliche akutstationären Krankenhausdienstleistungen wurden hier sowohl Berlin als Gesamtmarkt als auch vier geographische Teilmärkte innerhalb Berlins betrachtet.

Ein Markt für rein herzchirurgische Behandlungen umfasst dagegen nach dem Prüfungsergebnis das Gebiet von Berlin und weite Bereiche im umgebenden Bundesland Brandenburg. Der räumlich relevante Markt ergibt sich hierbei aus einer Auswertung der InEK-Daten, bei der sämtliche fünfstelligen Postleitzahlengebiete ermittelt wurden, aus denen jeweils mindestens 15% der Fälle der 19 Herzchirurgie-spezifischen DRG in einer der beiden Berliner Herzchirurgien behandelt wurden.

Insgesamt stellte sich heraus, dass im Hinblick auf den allgemeinen Krankenhausmarkt (Sortimentsmarkt für akutstationäre Krankenhausdienstleistungen) die Berliner Bevölkerung zu mehr als 95% Krankenhäuser im Gebiet der eigenen Stadt bzw. des Bundeslandes Berlin aufsucht. Aber auch die herzchirurgischen Patienten aus Berlin werden zu rd. 85% in Berlin selbst versorgt – und zwar bisher schon ausschließlich am gemeinsamen Standort Virchow-Klinikum.

c) Keine erhebliche Behinderung wirksamen Wettbewerbs

Unabhängig von der gewählten sachlichen und räumlichen Marktabgrenzung führt der geplante Zusammenschluss nicht zu einer erheblichen Behinderung wirksamen Wettbewerbs im Sinne von § 36 Abs. 1 GWB.

Auf einem Sortimentsmarkt für akutstationäre Krankenhausdienstleistungen kommt es bei allen denkbaren geographischen Abgrenzungen lediglich zu einer geringfügigen Marktanteilsaddition von weniger als 1% (nach Fällen) und weniger als 3 % (nach Umsätzen) durch den Erwerb des DHZB. Auch wenn das Land Berlin über seine Kliniken, insbesondere Charité und Vivantes, in einigen denkbaren Regionalmärkten bereits über einen Marktanteil von mehr als 40% verfügt und damit oberhalb der Vermutungsschwelle der Einzelmarktbeherrschung liegt, entfällt durch den Zusammenschluss letztlich kein erheblicher Wettbewerbsdruck. Denn neben der engen sachlichen Spezialisierung und den geringen Marktanteilen des DHZB ist schon vor dem Zusammenschluss von einem wettbewerbslich erheblichen Einfluss des Landes Berlin auf die DHZB-Stiftung auszugehen

(s.o.), so dass sie bereits vor dem Zusammenschluss in einer eingeschränkten Wettbewerbsbeziehung zueinander stehen. Außerdem gibt es in Berlin zahlreiche Alternativen, die auf einem Sortimentsmarkt in einem engeren Wettbewerbsverhältnis zu den Kliniken des Landes Berlin stehen als das DHZB. Mit Helios, DRK und Sana sind auch bundesweit tätige Krankenhausträger als Konkurrenten mit fallbezogenen Marktanteilen von jeweils bis zu 10% auf dem Berliner Gesamtmarkt sowie z. T. jeweils bis zu 20% auf Berliner Teilmärkten vertreten.

Auf einem fachabteilungsbezogenen Markt für herzchirurgische Behandlungen in Berlin und Umland führt der Zusammenschluss zwar rein rechnerisch zu einer erheblichen Marktanteilsaddition auf 70-75% nach Fällen und nach Umsätzen (DHZB: 50-60%, Charité:10-20%). Bedeutendster Wettbewerber ist das Herzzentrum Brandenburg in Bernau mit einem Marktanteil von 10-20% (nach Fällen und Umsätzen) gefolgt vom Sana-Herzzentrum Cottbus mit einem Marktanteil von 5-10% (nach Fällen und Umsätzen). Weitere Herzzentren im Bundesgebiet verfügen lediglich über Marktanteile unter 1% im relevanten Marktgebiet. Jedoch bestehen auch auf einem fachabteilungsbezogenen Markt für herzchirurgische Behandlungen keine durchgreifenden wettbewerblischen Bedenken. Auch insoweit ist die Wettbewerbsintensität zwischen Charité und DHZB aufgrund der bereits vor dem Zusammenschluss bestehenden strukturellen Beziehungen und der höheren fachlichen Spezialisierung des DHZB von vorneherein stark vermindert.

4. Effizienzvorteile

Im Rahmen des Verfahrens haben die Beteiligten umfassend zu möglichen Effizienzvorteilen des Zusammenschlusses vorgetragen. Das Bundeskartellamt hat diesen Vortrag eingehend geprüft. Insgesamt wies der angemeldete Zusammenschluss ein vergleichsweise hohes Potential an möglichen Effizienzvorteilen auf. Wie oben dargelegt, kam es letztlich auf Effizienz Aspekte für die Freigabe des Zusammenschlusses nicht an, da bereits eine erhebliche Behinderung wirksamen Wettbewerbs nicht zu erwarten war.

Nach der Praxis des Bundeskartellamts unter Hinweis auf die Leitlinien der Europäischen Kommission zur Bewertung horizontaler Zusammenschlüsse sind Effizienzgewinne im Rahmen der fusionskontrollrechtlichen Prüfung berücksichtigungsfähig, wenn sie den

Verbrauchern zugutekommen und fusionsspezifisch sowie nachprüfbar sind (vgl. zuletzt BKartA, Beschluss vom 30. Juli 2020, B3-33/20⁷, Rn. 402ff. – Malteser/Diakonissen Flensburg).

Den Beteiligten zufolge dient der Zusammenschluss in erster Linie der Ermöglichung und Verbesserung von Forschung und Lehre und damit dem medizinischen Fortschritt. Der Effizienzvortrag war insoweit jedoch nicht hinreichend konkret und mit Fakten substantiiert, sodass dem Erfordernis der Nachprüfbarkeit (noch) nicht genüge getan war. Die Frage, inwieweit es sich bei den hierbei entstehenden Chancen medizinischer Innovation um Effizienzgewinne handelt, die nach den dargestellten Maßstäben im Rahmen der Fusionsprüfung nach § 36 Abs. 1 GWB berücksichtigungsfähig sind, oder eher um gesamtwirtschaftliche Vorteile im Sinne von § 42 Abs. 1 GWB, musste vorliegend nicht entschieden werden.

Einen weiteren Effizienzvorteil des Zusammenschlusses sehen die Beteiligten in der Erhöhung der Fallzahlen und der damit einhergehenden Möglichkeit von Subspezialisierungen des medizinischen Personals. Insoweit konnten die Beteiligten anhand wissenschaftlicher Studien fundiert belegen, dass bei zahlreichen herzchirurgischen Behandlungen (z.B. Bypasschirurgie, chirurgischer Aortenklappenersatz, operative Rekonstruktion der Mitralklappen und der Aortenklappen, Transkatheter-Aortenklappenintervention) ein positiver Zusammenhang zwischen Fallzahlen und Behandlungsqualität im Sinne einer reduzierten Sterblichkeit und geringeren Komplikationsrate besteht (sog. Volume-Outcome-Zusammenhang). Da sowohl die Charité als auch das DHZB bei den betroffenen Eingriffen fast durchgängig die in den Studien untersuchten Mindestfallzahlen bereits für sich genommen erreichen, war jedoch im vorliegenden Fall ein Nachweis fusionsspezifischer Effizienzen durch höhere Fallzahlen sehr erschwert. Nur punktuell (z.B. bei operativen Aortenklappenrekonstruktionen) kommen die Beteiligten durch die Fusion auf Fallzahlen, für die nach Studienlage eine zusätzliche Steigerung der Behandlungsqualität nachweisbar ist.

Weitere Effizienzvorteile des Zusammenschlusses könnten sich aus dem geplanten Neubau ergeben, der die vorhandene, teils stark veraltete Bausubstanz von DHZB und Charité ersetzen soll. Auch die mit dem Neubau einhergehenden Verbrauchervorteile müssen hinreichend konkretisiert sein, um im Rahmen der Fusionskontrollprüfung zum Ausgleich negativer Wettbewerbseffekte berücksichtigt werden zu können. Diesen

⁷ <https://www.bundeskartellamt.de/SharedDocs/Entscheidung/DE/Entscheidungen/Fusionskontrolle/2020/B3-33-20.pdf>,

Anforderungen genügt jedenfalls der Vortrag der Beteiligten zu dem auf dem Dach des Neubaus geplanten Hubschrauberlandeplatz. Insoweit konnten die Beteiligten überzeugend darlegen, dass künftig für bis zu 600 Notfallpatienten pro Jahr (davon bis zu 270 herzmedizinische Notfälle), die aus Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern und z.T. aus Sachsen und Sachsen-Anhalt eingeliefert werden, eine Verkürzung der Transportzeit von 10 bis 15 Minuten und eine verringerte Zahl an Umlagerungen erforderlich sein wird, was unter medizinischen Aspekten eine deutliche Verbesserung darstellt. Denn ein zügigerer medizinischer Eingriff beim Patienten erhöht die Wahrscheinlichkeit eines besseren Behandlungserfolgs und Risiken durch zusätzliche Umlagerungen (z.B. sich lösende Schläuche, Frakturen) werden verhindert.