

Die Zukunft der Fusionskontrolle im Krankenhaussektor

*Andreas Schmid**

Diskussionspapier 01-19

April 2019

ISSN 1611-3837

Abstract

Industrie- und Wettbewerbspolitik erfahren derzeit nicht nur auf globaler Ebene verstärkte Aufmerksamkeit, sondern werden auch im Gesundheitswesen wieder intensiver diskutiert. Dies betrifft insbesondere die Fusionskontrolle im Krankenhaussektor. Der vorliegende Beitrag fasst relevante Grundlagen zusammen und diskutiert aktuelle Vorschläge zur Reform des vom Bundeskartellamt praktizierten Herangehens. Er arbeitet ferner heraus, welche Aspekte bei der Weiterentwicklung der Fusionskontrolle zu berücksichtigen sind. Es zeigt sich, dass einfache Ansätze, die beispielsweise an der Erreichbarkeit eines alternativen Krankenhauses ansetzen, zu kurz greifen. Neben der Klärung ordnungspolitischer Grundsatzfragen sollte für die Konzeptionierung berücksichtigt werden, inwiefern die vorgeschlagene Methode in der Lage ist, Entwicklungen z.B. hinsichtlich intersektoraler Angebote oder neuer Vergütungsformen abzubilden. Auch ist zu prüfen, welche Instrumentarien zur Verfügung stehen, negative Effekte in konzentrierten Krankenhausmärkten abzumildern. Der derzeitige Forschungsstand zu den mittel- und langfristigen Auswirkungen unterschiedlicher Wettbewerbsintensitäten im deutschen Krankenhausmarkt ist mangelhaft, sodass sich auch diesbezüglich deutlicher Handlungsbedarf ergibt.

Schlagwörter: Fusionskontrolle, Krankenhaus, Wettbewerb, Bundeskartellamt

JEL: I11, L22, L40, L52

Kontaktdaten: Andreas Schmid, JP Gesundheitsmanagement, Universität Bayreuth,
95447 Bayreuth, andreas.schmid@uni-bayreuth.de, www.mig.uni-bayreuth.de

Die Zukunft der Fusionskontrolle im Krankenhaussektor

Andreas Schmid

Fusionskontrolle im Status quo

Blickt man auf die Methoden aktueller empirischer industrieökonomischer Forschung (z.B. Davis und Garcés, 2010), repräsentiert die deutsche Fusionskontrolle im Krankenhaussektor bei all ihren Vorzügen sicherlich nicht den Stand der Wissenschaft. Auch liefert die Herangehensweise nur bedingt Antworten auf drängende Herausforderungen wie eine verstärkt intersektorale Ausrichtung der Versorgung, den gesundheitspolitisch erzeugten Druck zur Zentralisierung oder bereits heute hochkonzentrierte Märkte in ländlichen Regionen. Argumente wie Gerichtsfestigkeit, Pragmatik und Erklärbarkeit haben hier lange Zeit Weiterentwicklungen verhindert. Im internationalen Vergleich schützt der deutsche Ansatz insbesondere die strukturellen Voraussetzungen für Wettbewerb (Schmid und Varkevisser, 2016). Kontroverse Diskussionen entzündeten sich unter anderem an der Frage der Abgrenzung des relevanten Marktes, der Heranziehung historischer Patientenströme und der Aufgreifschwelle, durch die sich öffentliche Träger mit Blick auf die Berechnung des relevanten Umsatzes benachteiligt sehen (Kuchinke und Kallfass, 2007; Schmid, 2012).

Auch wenn in Deutschland im internationalen Vergleich nach wie vor überproportional viele (kleine) Krankenhäuser existieren, hat in den letzten zwei Dekaden eine deutliche Konsolidierung stattgefunden. Aus einer wettbewerbsökonomischen Perspektive betrachtet ist diese Entwicklung durchaus ambivalent (Schmid und Ulrich, 2013; Schmid, 2018a).

In einem Positionspapier kritisieren Augurzky und Jendges (2019) die aktuelle Herangehensweise des Bundeskartellamtes in der Krankenhausfusionskontrolle und unterbreiten einen alternativen Vorschlag. Während ein grundlegender Reformbedarf unbestritten ist, greift die Argumentation in einigen Punkten noch zu kurz und lässt zentrale Herausforderungen unberücksichtigt.

Die Rolle des Wettbewerbs im Krankenhaussektor

Bevor die Frage nach dem optimalen Instrument beantwortet werden kann, ist in einem ersten Schritt zu klären, welche Rolle Wettbewerb im Krankenhaussektor spielen soll. Nach einer in mancherlei Hinsicht übersteigerten Wettbewerbsgläubigkeit Anfang der 2000er Jahre, als man sich zu wenig mit den notwendigen Voraussetzungen für einen funktionierenden Wettbewerb auseinandersetzte, scheint derzeit gesundheitspolitisch eine diametrale Gegenbewegung stattzufinden. Wettbewerbliche Überlegungen finden kaum noch statt, alles wird auf die Karte „zentrale Planung, Steuerung und Kontrolle“ gesetzt.

Löst man sich von den beiden Extrempositionen, bleibt zu konstatieren, dass Wettbewerb Anreize erzeugen kann, die Anbieter von Leistungen - in diesem Fall Krankenhäuser - davon abhalten, gegen die Interessen der (potentiellen) Patienten zu handeln. Ist die Qualität zu schlecht bzw. werden Preise oder Nebenkosten zu sehr erhöht, werden die Anbieter durch ein Fernbleiben von Patienten sanktioniert. Diese Abstimmung mit den Füßen, bei der einweisenden Ärzten eine zentrale Rolle zukommt, und somit der Wettbewerb der Krankenhäuser um Patienten, ist auch das zentrale Argument des Bundeskartellamtes in der Begründung, weshalb der Krankenhausmarkt trotz aller Besonderheiten ein Wettbewerbsmarkt ist (BKartA, 2005; OLG Düsseldorf, 2007).

Folgt man einem funktionalen Wettbewerbsverständnis, so soll der Wettbewerb im deutschen Krankenhaussektor dazu dienen, Anreize zur Qualitätssteigerung und zur Steigerung der wirtschaftlichen Effizienz zu liefern (Wasem und Geraedts, 2011). Letzteres erfolgt im Zuge des DRG-Systems, welches

in Form einer Yard-Stick-Competition einen sehr scharfen Anreiz zur Kostenminimierung liefert. Die Anreize zur Qualitätssteigerung sind diffuser und weniger explizit, da sie nur über die beschriebene Abstimmung mit den Füßen wirkt. Dieser Mechanismus war nach weitgehender Meinung seit Einführung des DRG-Systems nicht wirksam genug (Schmid, 2017). Allerdings gilt es zu berücksichtigen, dass das deutsche Gesundheitssystem trotz großer Bemühungen in den letzten Jahren erst am Anfang steht, die Unterschiede in der Qualität zwischen den Leistungserbringern zu verstehen und den Patienten und Einweisern zugänglich und verständlich zu machen.

Empirische Erkenntnisse aus anderen Ländern zeigen eindeutig, dass Krankenhäuser - egal ob in öffentlicher, privater oder freigemeinnütziger Trägerschaft - das Fehlen von wettbewerblichen Anreizen ausnutzen. Nach einer Phase einer sehr großzügigen Auslegung der Wettbewerbskontrolle in den USA führten die Ergebnisse einer Reihe von Fallstudien zu durchgeführten Fusionen dazu, dass wieder eine deutlich kritischere Haltung eingenommen wurde, da sich die versprochenen Vorteile zu selten und die befürchteten negativen Auswirkungen zu oft einstellten (Gaynor *et al.*, 2013; Gaynor, 2019). Für Deutschland fehlen derartige Untersuchungen nahezu komplett. Die Frage, wie sich ein alternatives Szenario ohne wettbewerbliche Anreize entwickeln würde, kann damit seriös nicht beantwortet werden. Auch zu möglichen Alternativen, ähnliche Anreize z.B. über öffentliches Qualitäts-Benchmarking zu generieren, fehlen einschlägige Studien.

Wichtig ist ferner das Bewusstsein, dass Größe in vielen Fällen eine notwendige, aber nicht unbedingt eine hinreichende Bedingung für gute Qualität ist. Nur weil ein Akteur die Möglichkeit hat, etwas gut zu machen, muss er es nicht zwingend tun, und noch viel mehr so, wenn es einen bequemeren Weg gibt. Dies wirkt sich insbesondere langfristig aus. Es soll niemandem unterstellt werden, wissentlich schlechte Leistung abzuliefern. Es zeigt sich jedoch, dass sich selbst ohne eine mutwillige Ausnutzung einer marktmächtigen Position über die Zeit Nachlässigkeiten einschleifen und Ineffizienzen aufgebaut werden. Auch ist der Zusammenhang von Größe und Qualität komplex - blickt man auf die deskriptive Darstellung in Augurzky und Jendges (2019), scheint die zweitkleinste Fallzahlkategorie die qualitativ beste zu sein. Es ist davon auszugehen, dass häufig weniger die Fallzahl im Sinne einer „Übung macht den Meister“-Argumentation, sondern eher strukturelle Vorteile ausschlaggebend sind. Auch schützt Größe nicht vor strategischen und operativen Fehlentscheidungen, wie die „to big to fail“-Diskussion im Finanzsektor eindrücklich zeigt.

Bewertung des Vorschlags

Nun schlagen Augurzky und Jendges (2019) in keiner Weise eine Abschaffung der Fusionskontrolle vor, sondern unterbreiten einen alternativen Vorschlag. Nach diesem soll nur geprüft werden, ob ein alternatives Krankenhaus eines alternativen Krankenhausträgers für (nahezu) alle Einwohner einer Region innerhalb von 30-minütiger Fahrzeit erreichbar wäre. Dies betont die Notwendigkeit, den Patienten reale Wahloptionen zu ermöglichen, greift in anderer Hinsicht jedoch zu kurz.

So lässt allein die Verfügbarkeit eines weiteren Krankenhauses keine Aussage darüber zu, inwiefern die Häuser tatsächlich im Wettbewerb zueinander stehen. Das Herangehen kann nicht offenlegen, ob einer der Akteure evtl. marktmächtig ist und den anderen Anbieter dominiert. Auch dann fehlen die erhofften Anreize. Es führt faktisch kein Weg daran vorbei, die Wettbewerbssituation auch aus Sicht der betroffenen Krankenhäuser heraus zu betrachten. Der aktuelle Ansatz des Bundeskartellamts berücksichtigt entsprechend durchaus Wettbewerber, die im relevanten Markt tätig sind. Bis auf wenige neuere Ansätze, die i.d.R. auf Simulationen beruhen, ist in einem ersten Schritt deshalb stets der für das Krankenhaus relevante Markt zu bestimmen.

Auch die dargestellte Einfachheit ist in der Praxis vermutlich nicht haltbar. So zeigen Hentschker *et al.* (2014), dass die Wettbewerbsstrukturen zwischen verschiedenen Indikationsbereichen gravierend variieren. Auch ist die Notfallversorgung kaum mit elektiven Krankenhausaufenthalten vergleichbar, so dass hier unterschiedliche Kriterien heranzuziehen sind. Im Kontrast zu möglichen Alternativen scheint das Verfahren des Bundeskartellamts auch sehr effizient, erlaubt es doch, die Masse der Anmeldungen sehr zügig zu prüfen. Auch stellt es keine zu hohen Anforderungen an die Datenverfügbarkeit und kann nahezu vollumfänglich auf Basis der ohnehin vorliegenden Daten durchgeführt werden.

Für die vorgeschlagene 30-minütige Fahrzeitgrenze sowie den Grenzwert von maximal 5.000 betroffenen Einwohnern fehlt eine Begründung, weshalb genau diese Werte auch aus einer wettbewerbsökonomischen Perspektive ausschlaggebend sind. Die Entscheidung, ob eine Fusion genehmigt werden soll, dem Träger der Krankenhausplanung zuzuweisen, erscheint bedenklich, dominieren hierbei doch - so zeigt auch der Blick in die Erfahrungen der letzten Jahrzehnte - häufig politische Interessen. Auch die anderen zitierten Akteure erscheinen wenig geeignet - sofern man dem Wettbewerb in der stationären Versorgung eine relevante Rolle zubilligt - eine unabhängige und qualifizierte Einschätzung vorzunehmen. Auch wenn das Bundeskartellamt manchmal unbequem erscheinen mag, ist seine Unabhängigkeit ein hohes Gut, das vor politischem Wankelmut ebenso schützt wie vor der Durchsetzung von Partikularinteressen.

Der vorgeschlagene Ansatz bietet zudem keine Antwort auf die Frage, ob nun Wettbewerb per se gewünscht wird oder nicht. Damit wird an einer kleinen Stellschraube gedreht, die möglicherweise dazu führen kann, die Wirksamkeit der Fusionskontrolle zu schwächen, ohne damit einhergehende Probleme wirklich zu adressieren.

Wenn dem Wettbewerb eine Rolle zugebilligt werden soll, muss man sich auch fragen, wie man mit den existierenden quasi-monopolistischen Strukturen in ländlichen Regionen umgeht und welche Ansätze verfolgt werden können, um die dort fehlenden wettbewerbslichen Anreize zu kompensieren.

Ferner zeichnet sich ab, dass die Sektorengrenzen weiter verschwimmen und künftig auch intersektorale Anbieter verstärkt als Wettbewerber von Krankenhäusern auftreten könnten (Schmid *et al.*, 2018). Auch die Vor- und Nachteile von Krankenhaus-MVZ werden regelmäßig emotional diskutiert, eine empirische wettbewerbsökonomische Analyse steht jedoch nach wie vor aus. Inwiefern vor diesem Hintergrund eine rein auf Krankenhausstandorte fixierte Betrachtung der Marktstruktur zielführend ist, sei dahingestellt.

Es ist richtig, dass der eklatante Mangel an Ärzten und Pflegekräften in vielen Regionen den Betrieb von Krankenhäusern in Gefahr bringt. Es erscheint jedoch bedenklich, aufgrund einer akuten Situation langfristig wirkende und nur schwer revidierbare Strukturentscheidungen zu treffen.

Letztlich sollte der neue Ansatz möglichst zukunftsfest sein, um allen Beteiligten Erwartungssicherheit zu bieten. Dies impliziert, dass sektorenübergreifende Aspekte sowie alternative Vergütungsformen und Anreizsysteme (Schmid, 2018b) angemessen abgebildet werden können. Möglicherweise liegen in diesen auch Chancen, negative Anreize konzentrierter Krankenhausmärkte zumindest zum Teil zu kompensieren.

Perspektiven der Fusionskontrolle im Krankenhaussektor

Bevor man sich im Detail Strukturen und Prozessen widmet, sollte die übergeordnete Strategie geklärt werden. Dazu gehört, welcher Ordnungsrahmen gelten soll. Davon hängt ab, ob eher zentrale Planung und Kontrolle oder dezentrale Entscheidungen und Korrekturmechanismen angezeigt sind und inwiefern Wettbewerb als Instrument akzeptabel erscheint, der zwangsweise stets auch mit einem gewissen Maß an Ungleichheit und Heterogenität einhergeht.

Wenn dies geklärt ist, kann man sich den operativen Fragen stellen. Es existieren international praktizierte und auch in der wissenschaftlichen Literatur diskutierte Alternativen zum Ansatz des Bundeskartellamtes. Simulationen auf Basis von Krankenhauswahlmodellen sind nur ein Beispiel (e.g. Kessler und McClellan, 2000; Gowrisankaran und Town, 2003). Diese erlauben es, verschiedenste Rahmenbedingungen mit zu berücksichtigen, vermeiden lokale Pfadabhängigkeiten und bilden zugleich ab, bis zu welchem Grad Patienten - differenziert nach Art der Erkrankung - mobil sind, um auch alternative Anbieter in Anspruch zu nehmen. Auch soziodemographische Merkmale sind prinzipiell abbildbar, sodass auch auf die Bedürfnisse besonders vulnerabler Bevölkerungsgruppen eingegangen werden kann. Kritisch ist unter anderem anzumerken, dass hohe Anforderungen an die verfügbaren Daten gestellt werden und der Rückgriff auf Simulationen für Laien die Nachvollziehbarkeit reduziert.

Zusammenfassend erscheint es von fundamentaler Bedeutung, dass eine Diskussion über die Fortentwicklung der Bewertungsmethode des Bundeskartellamtes folgende Aspekte berücksichtigt:

- **Ordnungspolitische Grundsatzentscheidung:** Welcher Ordnungsrahmen soll für das Gesundheitswesen bzw. für die mit der Versorgung betrauten Leistungserbringer gelten, welche Rolle soll Wettbewerb in diesem Kontext spielen und in welchem Ausmaß muss er dann geschützt werden?
- **Umgang mit Regionen ohne Wettbewerb:** Welche alternativen Anreizsysteme lassen sich implementieren, die in Regionen, in denen eine Abstimmung mit den Füßen aufgrund zu großer Distanzen nicht mehr in ausreichendem Maße möglich ist, fehlenden Wettbewerbsdruck kompensieren?
- **Zukunftssicherheit:** Wie gut kann der alternative Ansatz eine Leistungserbringung abbilden, die sich nicht mehr durch Sektoren abgrenzen lässt? Welche Implikationen ergeben sich durch neue Technologien, die zunehmend auch eine Fernbehandlung zulassen, für die Abgrenzung relevanter Märkte? Ist der Ansatz in der Lage, auch alternative Vergütungssysteme abzubilden, die möglicherweise in den nächsten Dekaden die Vergütung durch Fallpauschalen ablöst?
- **Wissenschaftliche Evidenz:** Was sagt die wissenschaftliche Evidenz zu den Implikationen unterschiedlicher Ansätze und werden die konzeptionellen Fragestellungen hinreichend intensiv beforscht? Werden die langfristigen Implikationen neuer Kriterien hinreichend beleuchtet? Existieren die für entsprechende wissenschaftliche Untersuchungen relevanten Daten und sind sie hinreichend zugänglich?

In Anbetracht der eher übersichtlichen Literatur zum Thema liefert der Beitrag von Augurzky und Jendges (2019) einen wichtigen Impuls für eine Diskussion, die längst überfällig erscheint. Analog zu ihrem Beitrag ist auch obige Aufzählung weder abschließend noch in hinreichender Weise priorisiert. Berücksichtigt man die weitgehenden Auswirkungen, die eine Entscheidung zur Fusionskontrolle im Krankenhausmarkt mit sich bringt, ist der zeitnahe Einstieg in eine breite öffentliche und wissenschaftliche Diskussion unbedingt wünschenswert.

Literaturverzeichnis

- Augurzky, B. und Jendges, T. (2019), *Strukturanpassungen im Krankenhausbereich: Notwendige Veränderungen bei der Fusionskontrolle*, RWI Positionen No. 73, Essen.
- BKartA (2005), *Beschluss des BKartA vom 10.05.05 B 10 - 123/04 - Rhön-Klinikum AG / Kreiskrankenhäuser Bad Neustadt, Mellrichstadt*, Bonn.
- Davis, P. J. und Garcés, E. (2010), *Quantitative techniques for competition and antitrust analysis*, Princeton University Press, Princeton, NJ.
- Gaynor, M. (2019), *Testimony "Diagnosing the Problem: Exploring the Effects of Consolidation and Anticompetitive Conduct in Health Care Markets," House Judiciary Committee, March 7, 2019*, Washington, DC.
- Gaynor, M., Moreno-Serra, R. und Propper, C. (2013), „Death by Market Power: Reform, Competition, and Patient Outcomes in the National Health Service“, *American Economic Journal: Economic Policy*, 5. Jg., Nr. 4, S. 134–166.
- Gowrisankaran, G. und Town, R. J. (2003), „Competition, Payer, and Hospital Quality“, *Health Services Research*, 38. Jg., Nr. 6, S. 1403–1421.
- Hentschker, C., Mennicken, R. und Schmid, A. (2014), „Defining hospital markets - an application to the German hospital sector“, *Health Economics Review*, 4. Jg., Nr. 28, S. 1–17.
- Kessler, D. P. und McClellan, M. B. (2000), „Is hospital competition socially wasteful?“, *The Quarterly Journal of Economics*, 115. Jg., S. 577–615.
- Kuchinke, B. A. und Kallfass, H. H. (2007), „Die Praxis der räumlichen Marktabgrenzung bei Krankenhauszusammenschlüssen in den USA und in Deutschland: Eine wettbewerbsökonomische Analyse“, *Zeitschrift für Wettbewerbsrecht*, 7. Jg., Nr. 3, S. 319–337.
- OLG Düsseldorf (2007), *Beschluss des Oberlandesgerichts Düsseldorf vom 11.04.2007 VI-Kart 6/05 (V)*, Düsseldorf.
- Schmid, A. (2012), *Konsolidierung und Konzentration im Krankensektor: Eine empirische Analyse der Marktstruktur unter Berücksichtigung des Krankenträgers*, Beiträge zum Gesundheitsmanagement, Bd. 36, Nomos, Baden-Baden.
- Schmid, A. (2017), „Qualität und Sicherheit in der stationären Versorgung im Kontext gesundheitsökonomischer Zwänge“, in Koch, J. und Kudlich, H. (Hg.), *Ökonomie, medizinische Standards und rechtliche Haftung*, Nomos, Baden-Baden, S. 9–24.
- Schmid, A. (2018a), „Marktkonzentration im Krankensektor“, in Repschläger, U., Schulte, C. und Osterkamp, N. (Hg.), *Gesundheitswesen aktuell 2018: Beiträge und Analysen*, Barmer, Wuppertal, S. 14–28.
- Schmid, A. (2018b), „Vergütungssysteme für eine vernetzte und populationsbezogene Medizin der Zukunft“, in Herbert, R. und Kaufmann, S. (Hg.), *Zukunftsmanagement in Gesundheitssystemen, Gesundheitsmarkt in der Praxis*, medhochzwei, Heidelberg, S. 175–189.

- Schmid, A., Hacker, J., Rinsche, F. und Distler, F. (2018), *Intersektorale Gesundheitszentren Ein innovatives Modell der erweiterten ambulanten Versorgung zur Transformation kleiner ländlicher Krankenhäuser*, Universität Bayreuth, Bayreuth, <http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bvb:703-epub-3731-6>.
- Schmid, A. und Ulrich, V. (2013), „Consolidation and concentration in the German hospital market: The two sides of the coin“, *Health Policy*, 109. Jg., Nr. 3, S. 301–310.
- Schmid, A. und Varkevisser, M. (2016), „Hospital merger control in Germany, the Netherlands and England. Experiences and challenges“, *Health Policy*, 120. Jg., Nr. 1, S. 16–25.
- Wasem, J. und Geraedts, M. (2011), „Qualität durch Wettbewerb“, in Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. und Wasem, J. (Hg.), *Krankenhaus-Report 2011: Schwerpunkt: Qualität durch Wettbewerb*, Schattauer, Stuttgart, S. 3–17.

Universität Bayreuth
Rechts- und Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät
Wirtschaftswissenschaftliche Diskussionspapiere

Zuletzt erschienene Papiere:*

04-17	Arentz, Christine Ulrich, Volker	Entwicklung des GKV-Beitragssatzes in mittlerer und langer Frist (2030/2060) - Mögliche Pfade und Szenarien
03-17	Kumb, Florian Kunz, Reinhard	Interorganizational Film Financing Networks in Germany
02-17	Kumb, Florian Kunz, Reinhard	Signaling and Public Film Funding in Germany
01-17	Kumb, Florian Kunz, Reinhard	Influencing Factors of Movie Supply in Germany
02-16	Kraus, Lena Baier, Jürgen Herz, Bernhard	Pegging or Joining the Euro - Sudden Stops and Current Account Dynamics
01-16	Cassel, Dieter Ulrich, Volker	Nutzenorientierte Erstattung für stratifizierte AMNOG-Präparate?
04-15	Kunz, Reinhard Siebert, Johannes Mütterlein, Joschka	The Media Balanced Scorecard
03-15	Kunz, Reinhard Siebert, Johannes Mütterlein, Joschka	Balanced Scorecard Creation based on Value-Focused Thinking
02-15	Ahlert, Marlies Pfarr, Christian	The acceptance of priority criteria in health care: international evidence
01-15	Hohberger, Stefan Kraus, Lena	Is fiscal devaluation welfare enhancing? A model-based analysis
06-14	Pfarr, Christian Schmid, Andreas Mørkbak, Morten R.	Identifying latent interest-groups: An analysis of heterogeneous preferences for income redistribution
05-14	Ahlert, Marlies Pfarr, Christian	Attitudes of Germans towards distributive issues in the German health system
04-14	Mühlbeyer, Johanna Held, Johanna	Untersuchung des Attitude-Behavior-Gaps im Bio-Produkte-Segment
03-14	Cassel, Dieter Ulrich, Volker	AMNOG-Schiedsstelle: Schlichter oder Richter? Schiedsamtliche Preisermittlung bei neuen Arzneimitteln jenseits von Angebot und Nachfrage

* Weitere Diskussionspapiere finden Sie unter
http://www.fwi.uni-bayreuth.de/de/research/Working_Paper_Series/index.html