

Schriften zum Wirtschaftsrecht

---

Band 271

**Fusion von Krankenhasträgern aus  
Sicht der europäischen und deutschen  
Zusammenschlusskontrolle**

Von

**Niklas Füchtenkord**



**Duncker & Humblot · Berlin**

NIKLAS FÜCHTENKORD

Fusion von Krankenhausträgern aus Sicht der europäischen  
und deutschen Zusammenschlusskontrolle

Schriften zum Wirtschaftsrecht

Band 271

# Fusion von Krankenhausträgern aus Sicht der europäischen und deutschen Zusammenschlusskontrolle

Von

Niklas Füchtenkord



Duncker & Humblot · Berlin

Der Fachbereich Rechtswissenschaft der Philipps-Universität Marburg  
hat diese Arbeit im Jahre 2014 als Dissertation angenommen.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in  
der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten  
sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Alle Rechte vorbehalten

© 2015 Duncker & Humblot GmbH, Berlin

Fremddatenübernahme: Konrad Tritsch GmbH, Ochsenfurt

Druck: buchbücher.de gmbh, Birkach

Printed in Germany

ISSN 0582-026X

ISBN 978-3-428-14608-6 (Print)

ISBN 978-3-428-54608-4 (E-Book)

ISBN 978-3-428-84608-5 (Print & E-Book)

Gedruckt auf alterungsbeständigem (säurefreiem) Papier  
entsprechend ISO 9706 ☼

Internet: <http://www.duncker-humblot.de>

# Inhaltsverzeichnis

<b>A. Einleitung und Gang der Untersuchung</b> .....	11
I. Einleitung .....	11
II. Rechtliche Problemstellung .....	12
III. Gang der Untersuchung .....	14
<b>B. Krankenhausbezogene Besonderheiten</b> .....	16
I. Das „Krankenhaus“ .....	16
1. Begriffsbestimmung: Krankenhaus .....	16
2. Abgrenzung zu anderen Einrichtungen und interne Unterscheidung .....	17
a) Abgrenzung zu Privatkrankenanstalten .....	17
b) Abgrenzung zu anderen Gesundheitseinrichtungen .....	17
c) Unterscheidung nach der Art der Trägerschaft .....	18
aa) Öffentliche Krankenhäuser .....	19
bb) Freigemeinnützige Krankenhäuser .....	20
cc) Private Krankenhäuser .....	21
d) Unterscheidung nach funktionalen Gesichtspunkten .....	22
II. Die Krankenhausplanung und Regulierungsdichte .....	22
1. Einführung .....	22
2. Der Krankenhausplan .....	24
a) Rechtsnatur und Bedeutung des Krankenhausplans .....	24
b) Inhalt des Krankenhausplans .....	24
aa) Bundesrechtliche Vorgaben .....	24
bb) Landesrechtliche Ausgestaltung .....	26
c) Materielle Planungskriterien des KHG .....	27
aa) Bedarfsgerechtigkeit .....	27
bb) Leistungsfähigkeit .....	28
cc) Beitrag zu sozial tragbaren Pflegesätzen .....	28
d) Umsetzung der Versorgungsentscheidung .....	29
aa) Erste Stufe .....	29
bb) Zweite Stufe .....	29
e) Feststellungsbescheid .....	30
f) Zwischenergebnis .....	31
III. Krankenhausfinanzierung .....	31
1. Investitionsförderung .....	32

2. Betriebskostenfinanzierung	33
a) Betriebskostenfinanzierung über Pflegesätze	33
b) Betriebskostenfinanzierung über DRGs	34
c) Das Krankenhausbudget als Erlösgrenze	35
3. Einzelverträge	36
4. Krankenseinbindung in das Leistungserbringungsrecht der GKV	36
a) Verhältnis zwischen Krankenkassen und Krankenhasträgern	36
b) Zulassung zur Krankenhausversorgung	37
aa) Hochschulkliniken	37
bb) Plankrankenhäuser	37
cc) Nicht geförderte Krankenhäuser (Vertragskliniken)	38
c) Leistungserbringung nach dem Sachleistungsprinzip	38
5. Zwischenergebnis	39
<b>C. Zusammenschlusskontrolle</b>	<b>40</b>
I. Einführung in die Zusammenschlusskontrolle	40
1. Allgemeines zur Zusammenschlusskontrolle	40
a) Ausprägungen des Wettbewerbs und Wettbewerbsfunktion	40
b) Ziel der Zusammenschlusskontrolle	41
2. Fusionsbedingte Auswirkungen für Unternehmen	42
II. Europäische Zusammenschlusskontrolle	43
1. Formelle Voraussetzungen	44
a) Nachfrager der Krankenhausleistungen	45
aa) Krankenkassen als Nachfrager	45
bb) Arzt vs. Patient als Nachfrager	47
cc) Nachfrager bei grenzüberschreitender Inanspruchnahme stationärer Krankenhausleistungen	48
b) Schützenswerter Wettbewerbsmarkt im Krankenhausbereich	50
aa) Preiswettbewerb	50
bb) Qualitäts- und Leistungswettbewerb	53
cc) Kosten- und Investitionswettbewerb	56
c) Krankenhäuser als Unternehmen im Sinne der FKVO	57
aa) Ausgangspunkt: „Festbetragsurteil“ des EuGH	57
bb) Anwendbarkeit auf den Krankenhaussektor	59
d) Anwendbarkeit der europäischen Wettbewerbsregeln auf den Kranken- haussektor	62
aa) Ausgangspunkt: Art. 168 AEUV	62
bb) Zielsetzung des Art. 168 AEUV	63
cc) Mögliche Harmonisierung über Grundfreiheiten	64
dd) Mögliche Harmonisierung über Art. 114 I AEUV	65
ee) Gesetzgeberische Intention	67

ff) Zwischenergebnis .....	68
e) Zusammenschluss .....	69
aa) Allgemeines .....	69
bb) Zusammenschluss im Krankenhausbereich .....	70
(1) Anteilserwerb (Share Deal) .....	70
(2) Vermögenserwerb (Asset Deal) .....	72
(3) Vertragliche Beziehungen als „Zusammenschluss“ im Sinne der FKVO .....	73
(4) Häufige Transaktionsmodelle .....	74
f) Gemeinschaftsweite Bedeutung .....	75
aa) Allgemeine Anknüpfungspunkte .....	75
bb) Besonderheiten im Krankenhausbereich .....	76
2. Materielle Voraussetzungen .....	77
a) Marktabgrenzung im Krankenhausmarkt .....	77
aa) Sachlich relevanter Krankenhausmarkt .....	79
(1) Grundsatz: Markt für akutstationäre Krankenhausdienstleistungen	80
(2) Differenzierung nach Fachabteilungen? .....	80
(a) Ansicht des OLG Düsseldorf .....	81
(b) Gegenansicht .....	82
(c) Stellungnahme .....	83
(3) Differenzierung nach Versorgungstiefe .....	84
(4) Miteinbeziehung ambulanter Leistungen? .....	85
(5) Angebotsumstellungsflexibilität .....	88
bb) Räumlich relevanter Markt im Krankenhausbereich .....	89
(1) Mögliche geographische Märkte .....	89
(a) Regionaler oder nationaler Markt? .....	89
(b) Multinationaler, ländergruppenübergreifender oder gar uni- onsweiter Markt? .....	92
(2) Kriterien zur Bestimmung des geographischen Marktes .....	95
(a) Vorschlag der Literatur: „SSNDIQ-Test“ .....	97
(b) Alternativansatz: „SSNITT-Test“ .....	99
cc) Zwischenergebnis .....	100
b) Anwendbarkeit des SIEC-Tests .....	101
aa) Erhebliche Behinderung wirksamen Wettbewerbs .....	101
(1) (Wettbewerbsverringemde) Fusionsarten .....	103
(a) Horizontaler Zusammenschluss .....	103
(aa) Wettbewerbserhebliche negative Auswirkungen auf hori- zontalen Märkten .....	104
(bb) Wettbewerbserhebliche negative Auswirkungen auf vor- gelagerten Märkten .....	106
(cc) Nichtberücksichtigungsfähige Effizienzvorteile .....	107

(dd) Berücksichtigungsfähige Effizienzvorteile .....	109
(b) Vertikaler Zusammenschluss .....	111
(c) Weitere Ausgleichsfaktoren .....	113
(2) Begründen oder verstärken einer marktbeherrschenden Stellung ..	115
(a) Allgemeine Kriterien zur Bestimmung einer marktbeherrschenden Stellung .....	115
(b) Anwendbarkeit der Kriterien im Krankenhaussektor .....	116
(aa) Marktanteil und Marktkonzentration .....	116
(bb) Wirtschaftliche Macht, Finanzkraft und erleichterter Zugang zu Beschaffungs- bzw. Absatzmärkten .....	118
(cc) Angebotsumstellungsflexibilität und Ausweichmöglichkeiten der Marktgegenseite .....	119
(dd) Rechtliche oder tatsächliche Marktzutrittsschranken .....	121
(ee) Prognose .....	122
bb) Zwischenergebnis .....	125
c) Rechtfertigung nach Art. 106 Abs. 2 AEUV .....	125
aa) Geltung des Art. 106 Abs. 2 AEUV für die FKVO .....	125
bb) Allgemeines .....	127
cc) Unmittelbare Anwendbarkeit des Art. 106 Abs. 2 AEUV .....	128
dd) Tatbestandsmäßigkeit im Sinne des Art. 106 Abs. 2 AEUV .....	128
(1) Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse .....	129
(a) Begriffsbestimmung .....	129
(b) Anwendung auf Krankenhausleistungen .....	131
(2) Betraut .....	132
(3) Erforderlichkeit .....	133
(a) Argumente gegen die Anwendbarkeit der Legalausnahme des Art. 106 Abs. 2 AEUV .....	134
(b) Argumente für die Anwendbarkeit der Legalausnahme des Art. 106 Abs. 2 AEUV .....	135
(4) Die Rückausnahme des Art. 106 Abs. 2 S. 2 AEUV .....	137
(a) Ausschluss der Rückausnahme nach Art. 14 AEUV .....	138
(b) Beeinflussung binnenmarktähnlicher Verhältnisse in ihrer Gesamtheit .....	139
ee) Zwischenergebnis .....	140
III. Deutsche Zusammenschlusskontrolle .....	141
1. Formelle Voraussetzungen .....	142
a) Anwendbarkeit auf den Krankenhaussektor .....	142
aa) Krankenhäuser als Unternehmen im Sinne des GWB .....	142
bb) Eingeschränkte Anwendbarkeit für öffentliche Betriebe .....	143
cc) Eingeschränkte Anwendbarkeit wegen § 69 SGB V .....	144
(1) Ansicht des BKartA und des BGH .....	144

(2) Stellungnahme . . . . .	145
dd) Kollusion mit den Vorschriften des KHG . . . . .	147
ee) Kollusion mit Sicherstellungsauftrag der Länder und Kommunen . . . . .	148
ff) Sozialpolitischer Konflikt . . . . .	149
gg) Fehlender Wettbewerb . . . . .	151
b) Zusammenschlusstatbestand im Sinne des GWB . . . . .	153
aa) Allgemeine Kriterien . . . . .	153
bb) Auswirkungen für den Krankenhaussektor . . . . .	154
c) Schwellenwerte und Umsatzberechnung . . . . .	155
aa) Allgemeine Kriterien . . . . .	155
bb) Auswirkungen für den Krankenhaussektor . . . . .	156
(1) Verbundklausel des § 36 Abs. 2 S. 1 GWB . . . . .	156
(2) Mehrmütterklausel des § 36 Abs. 2 S. 2 GWB . . . . .	158
(3) Herabsetzung der Schwellenwerte für Krankenhauszusammen- schlüsse? . . . . .	160
(a) Ansatz der Kommission . . . . .	160
(b) Stellungnahme . . . . .	161
d) Ausschlussklauseln des GWB . . . . .	162
aa) De-Minimis-Klausel des § 36 Abs. 2 GWB . . . . .	162
bb) Zusammenschlüsse im Rahmen einer kommunalen Gebietsreform . . . . .	163
e) Zwischenergebnis . . . . .	165
2. Materielle Voraussetzungen . . . . .	165
a) Marktabgrenzung im Krankenhaussektor . . . . .	165
aa) Sachlicher Bereich . . . . .	166
bb) Räumlicher Bereich . . . . .	167
b) Erhebliche Behinderung wirksamen Wettbewerbs . . . . .	169
aa) Allgemeine Kriterien . . . . .	169
bb) Entstehung oder Verstärkung einer marktbeherrschenden Stellung . . . . .	169
(1) Allgemeine Kriterien der Bestimmung einer marktbeherrschenden Stellung . . . . .	170
(2) Erfassung unilateraler Effekte durch Einführung des SIEC-Tests . . . . .	171
cc) Abwägungsklausel des § 36 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 GWB . . . . .	173
dd) Auflagen und Bedingungen . . . . .	175
c) Ursächlichkeit . . . . .	176
d) Bagatellmarktklausel des § 36 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 GWB . . . . .	177
e) Ministererlaubnisverfahren nach § 42 GWB . . . . .	178
aa) Sicherung der ortsnahen medizinischen Grundversorgung als Gemeinwohlgrund . . . . .	179
bb) Sonderfall: Universitätskliniken . . . . .	181
f) Zwischenergebnis . . . . .	184

<b>D. Gesamtwürdigung</b> .....	186
I. Ergebnisse der Untersuchung .....	186
1. Bestehender Wettbewerb im Krankenhausbereich .....	186
2. Umfassende Anwendbarkeit der FKVO im Krankenhausbereich .....	187
3. Nationaler Krankenhausmarkt für akutstationäre Krankenhausdienstleistungen und SSNITT-Test .....	187
4. Eingeschränkte Relevanz des SIEC-Tests und Rechtfertigung nach Art. 106 Abs. 2 AEUV .....	187
5. Deutsche Zusammenschlusskontrolle umfassend anwendbar .....	188
6. Keine Herabsetzung der Schwellenwerte für Krankenhauszusammenschlüsse und lediglich eingeschränkte Relevanz der Gebietsreformklausel .....	188
7. Tatsächliche Erleichterungen durch Einführung des SIEC-Tests und besondere Relevanz des Ministererlaubnisverfahrens bei Universitätskliniken .....	188
II. Ausblick und mögliche zukünftige Handhabe .....	189
<b>Literaturverzeichnis</b> .....	191
<b>Stichwortverzeichnis</b> .....	202

# A. Einleitung und Gang der Untersuchung

## I. Einleitung

Das Promotionsvorhaben beschäftigt sich mit der Fusion von Krankenhasträgern aus Sicht der europäischen und nationalen Zusammenschlusskontrolle.

Der deutsche Gesundheitsmarkt befindet sich seit einigen Jahren in einem enormen Umschwung. Dieser ist auf die etlichen Reformbemühungen des Gesetzgebers zurückzuführen und betraf unmittelbar wie mittelbar alle Leistungserbringer auf dem Gesundheitsmarkt und damit auch das Krankenhauswesen als Teil desjenigen. Erst kürzlich hat sich die Debatte um eine umfassende Reformierung des gesamten Krankensektors an Vorschlägen der Regierung wieder neu entbrannt.<sup>1</sup> Im Kern der Diskussion steht maßgeblich die Wirtschaftlichkeit der geführten Krankenhäuser, aber auch die Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung. 2011 beliefen sich die Ausgaben im Gesundheitssektor auf 293,8 Mrd. Euro und damit auf 11,3 % des BIP Deutschlands. Von diesen Ausgaben entfielen mit 76,8 Mrd. Euro fast 30 % auf die Krankenhäuser.<sup>2</sup> Aufgrund dieses hohen Anteils an Gesamtausgaben, die auf den Gesundheitssektor und im Besonderen auf den Krankenhausbereich entfallen, erwachsen im Bundesgebiet Forderung und Aufgabe, im Gesundheitssystem Kosten zu senken und den Wettbewerb zu stärken.<sup>3</sup>

Die geforderten Kosteneinsparungen wurden insbesondere durch Veränderungen am System der deutschen Krankenhausfinanzierung, durch den Übergang von tagesbezogenen Pflegesätzen zu Fallpauschalen, versucht herbeizuführen.<sup>4</sup> Überdies führten Tariferhöhungen für Klinikärzte, Mehrkosten nach dem neuen Arbeitszeitgesetz sowie die Mehrwertsteuererhöhung zu weiteren Kostenerhöhungen, die ihrerseits Rationalisierungszwänge zur Folge hatten und weiterhin haben.<sup>5</sup>

---

<sup>1</sup> Vgl. dazu „Gewaltkur für Krankenhäuser“, Süddeutsche Zeitung v. 6. 12. 2014, abrufbar unter: [www.sueddeutsche.de](http://www.sueddeutsche.de).

<sup>2</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung Nr. 128 v. 4. 4. 2013, abrufbar unter: [https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2013/04/PD13\\_128\\_23611.html](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2013/04/PD13_128_23611.html).

<sup>3</sup> Vgl. *Ulshöfer*, ZWeR 2009, 114 (114).

<sup>4</sup> *Bretthauer*, NJW 2006, 2884 (2884).

<sup>5</sup> *Kirchhoff*, GRUR 2009, 284 (284); *Bretthauer*, NJW 2006, 2884 (2884).

Insoweit wurde erheblicher Druck auf Krankenhausbetreiber ausgeübt, welcher durch Umstrukturierungen wie Fusionen zu kompensieren versucht wurde.<sup>6</sup> Dies hat sich nicht zuletzt in einem drastischen Anstieg der Privatisierungen öffentlich-rechtlicher Kliniken geäußert: Während der Anteil der Krankenhäuser in privater Trägerschaft 1991 noch bei 14,8 % lag, wuchs er bereits bis 2011 auf 33,2 % an. Im gleichen Zeitraum verzeichnete der Markt einen Rückgang öffentlich-rechtlicher Krankenhäuser von 46,0 % auf 30,4 %.<sup>7</sup>

Schon vor der ersten Untersagungsentscheidung einer Klinikfusion prüfte das Bundeskartellamt bereits mehrere Jahre die Vereinbarkeit von Krankenhaussammenschlüssen mit dem Wettbewerb. Allerdings wurden entweder nur selten die für die Anmeldepflicht erforderlichen Schwellenwerte erreicht, oder das Zusammenschlussvorhaben wurde aus anderen materiellen Gründen als fusionskontrollrechtlich unbedenklich eingestuft.<sup>8</sup> Diesen Umständen ist geschuldet, dass bis zum Jahre 2004 keine Krankenhausfusion bis ins Hauptprüfverfahren gelangte. Im Zuge dieser Praxis, die bis 2005 nicht beanstandet wurde, untersagte das Bundeskartellamt die Privatisierung kommunaler Kliniken in seiner Entscheidung Rhön-Grabfeld vom 10.03.2005<sup>9</sup>, womit Krankenhausfusionen erstmals im Blickpunkt der Öffentlichkeit standen. Im weiteren Verlauf gewann darauf aufbauend europäisches und nationales Kartellrecht in diesem Bereich zunehmend an Bedeutung.

## II. Rechtliche Problemstellung

Das deutsche Krankenhauswesen weist – wie im Nachfolgenden noch gezeigt wird – nach wie vor eine hohe Regulierungsdichte auf. Marktzutritt, Marktbedingungen und Marktstätigkeit sind in weiten Teilen maßgeblich durch die Krankenhausplanung und -finanzierung determiniert. Abhängig davon, ob eine Gesundheitseinrichtung als Krankenhaus angesehen und bei Vorhandensein der Qualifikationsmerkmale in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen wird, muss sich die Klinik dieser Regulierungsdichte in Form von Krankenhausplanung und gegebenenfalls -finanzierung ergeben. Angesichts der enormen wirtschaftlichen Bedeutung der Einbindung einer Klinik in das Gefüge der Krankenhausplanung auf der einen, ebenso wie dem Bedürfnis nach einer flächendeckenden, bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung auf der an-

---

<sup>6</sup> Der Begriff „Fusion“ soll im Folgenden synonym für alle Zusammenschlussformen der FKVO sowie derjenigen des GWB verwendet werden.

<sup>7</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt, Gesundheit, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, S. 8, abrufbar unter: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611117004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611117004.pdf?__blob=publicationFile).

<sup>8</sup> *Bangard, ZWeR* 2007, 183 (192).

<sup>9</sup> BKartA, Beschluss v. 10.3.2005, B10-123/04, Rhön-Klinikum AG/Landkreis Rhön-Grabfeld.

deren Seite erscheint die Regeldichte und das Unterwerfen der Kliniken unter diese dennoch als gerechtfertigt.

Indessen stellt sich vor dem Hintergrund der strengen Regulierung daran anknüpfend die Frage, ob überhaupt noch Spielraum für Wettbewerb besteht und inwieweit bei Klinikzusammenschlüssen dementsprechend wettbewerbsschützende Regelungen eingreifen müssen. Als Anhaltspunkt für die Beantwortung dieser Fragestellung könnte insbesondere die vom DRG-System geprägte deutsche Krankenhausfinanzierung dienen. So haben sich seit Einführung des leistungsbezogenen Fallpauschalensystems Veränderungsprozesse im deutschen Krankenhauswesen eingestellt, die aufzeigen, in welchem Maße eine höhere Wirtschaftlichkeit der jeweiligen Kliniken forciert wurde.<sup>10</sup> Während die Gesamtanzahl an Krankenhäusern von 2242 im Jahre 2000 auf 2045 Einrichtungen im Jahre 2011 ebenso wie die durchschnittliche Verweildauer der Patienten in den Krankenhäusern von 9,7 Tagen auf 7,7 Tage schrumpfte, stiegen die Fallzahlen von 17,26 Mio. im Jahr 2000 auf bis zu 18,34 Mio. im Jahr 2011 kontinuierlich an<sup>11</sup>, ein Trend, der voraussichtlich weiterhin anhalten wird.<sup>12</sup> Dies liegt darin begründet, dass Krankenhäuser über das neue DRG-System einen höchstmöglichen Gewinn fast ausschließlich über hohe Fallzahlen und die damit einhergehenden Fallpauschalen herbeiführen können. Insofern ist es nicht verwunderlich, dass trotz der insgesamt geringeren Anzahl an Krankenhäusern die Fallzahl behandelter Patienten weiter gestiegen ist. Dies voraussichtlich scheint die Annahme von Wettbewerbselementen trotz des hohen Regulierungsgrades im Krankenhaussektor zumindest nicht abwegig. Nicht zu vernachlässigen sind in diesem Zusammenhang die letzten beiden Gesundheitsreformen, dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)<sup>13</sup> und dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OWG)<sup>14</sup>, die ihrerseits wettbewerbliche Auswirkungen haben sollten, indem der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern insgesamt gestärkt werden sollte. Gelangt man dem folgend zur Annahme von Wettbewerbselementen ist das mögliche Eingreifen wettbewerbsschützender Normen nur der nächste denknotwendige Schritt, sollten mit Klinikfusionen wettbewerbserhebliche Probleme einhergehen. Auch in diesem Lichte können Krankenhausplanung und -finanzierung relevante Wirkungen entfalten. Das Sachleistungsprinzip bedingt, dass die Krankenkassen die Behandlung der Patienten zu vergüten haben, so dass zwischen Leistungsempfänger und Kostenträger keine Personenidentität herrscht. Dies

---

<sup>10</sup> Wasem/Walendzik/Rotter, in: Huster/Kaltenborn, KrankenhausR, § 1 Rn. 73.

<sup>11</sup> Statistisches Bundesamt, Krankenhäuser, Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung, abrufbar unter: [www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/KrankenhaeuserJahre.html](http://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/KrankenhaeuserJahre.html).

<sup>12</sup> s. Prognose Bruckenberg, in: Klaue/Bruckenberg/Schwintowski, S. 94.

<sup>13</sup> Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) v. 26.3.2007, BGBl. I S. 378.

<sup>14</sup> Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OWG) v. 15.12.2008, BGBl. I S. 2426.