

---

Hochschulkliniken in der Krankenhausplanung  
Die Besonderheiten des Versorgungsauftrags von Universitätskliniken  
zwischen Krankenhausplanung und -finanzierung am Beispiel des  
Freistaates Bayern

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades eingereicht  
an der Juristischen Fakultät  
der Universität Augsburg

vorgelegt von  
Franziska Sophia Jung  
Ass. Jur.

Augsburg, 2024

---

Erstgutachter:  
Zweitgutachter:

Rechtsanwalt Professor Dr. Ulrich M. Gassner  
Rechtsanwalt Professor Dr. Thomas Vollmöller

Tag der mündlichen Prüfung:

17. Oktober 2023

## Danksagung

An dieser Stelle möchte ich allen beteiligten Personen danken, die mich bei der Anfertigung und Bearbeitung meiner Doktorarbeit unterstützt haben.

Zuerst gebührt mein Dank Herrn Professor Dr. Ulrich M. Gassner, der die Doktorarbeit ausgezeichnet betreut hat und an dessen Professur ich als Wissenschaftliche Mitarbeiterin zwei lehrreiche, spannende und abwechslungsreiche Jahre in Forschung und Lehre verbringen durfte, die mich in meiner persönlichen Entwicklung sehr weitergebracht haben. Für die hilfreichen Anregungen und die konstruktive Kritik bei der Erstellung dieser Arbeit möchte ich mich herzlich bedanken.

Mein besonderer Dank gilt außerdem Herrn Professor Dr. Thomas Vollmöller für die hervorragende Unterstützung bei der Themenfindung und der Umsetzung der gesamten Arbeit.

Meinen Eltern, Thomas und Irene Jung danke ich besonders für ihre Geduld, Ermutigungen und Zusprüche während meiner schulischen Ausbildung, des Studiums und der Arbeit an dieser Dissertation.

## Abstract

Universitätskliniken sind außergewöhnliche Krankenhäuser. Sie erfüllen einerseits einen universitären Forschungs- und Lehrauftrag und sind darüber hinaus auch als Maximalversorger in der allgemeinen Krankenversorgung tätig. Aufgrund dieser Duplizität wird ihnen in der Krankenhausplanung eine Sonderrolle zuteil. Ziel dieser Arbeit ist es, diese Sonderrolle im Detail zu beleuchten und den Stellenwert der Hochschulmedizin in der deutschen Krankenhauslandschaft herauszuarbeiten.

Zu diesem Zweck habe ich mir insbesondere die folgenden zwei Fragen gestellt:

1. Lassen die vorhandenen gesetzlichen Regelungen, §§ 108 Nr. 1, 109 Abs. 1 S. 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V), § 8 Abs. 1 S. 4 Nr. 2 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), den Schluss zu, dass Hochschulkliniken sich ihren Versorgungsauftrag weitestgehend selbst vorgeben?
2. Dies unterstellt, ob und wie verhalten sich Hochschulkliniken dann bei planerischen Auswahlentscheidungen gemäß § 8 Abs. 2 S. 2 KHG? Zumal Hochschulkliniken gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 1 KHG nicht nach dem KHG förderfähig sind.

Die Untersuchung gliedert sich in vier Schritte. Zunächst mussten einige wesentliche Grundsätze der allgemeinen Krankenhausplanung, inklusive der relevanten gesetzlichen Normen, dargelegt werden.

In einem nächsten Schritt wurden anschließend die Hochschulkliniken in ihrer besonderen Rolle bei der Krankenhausplanung vorgestellt. Das Hauptaugenmerk lag dabei auf der Finanzierung der Hochschulmedizin und den Zuständigkeiten bei der Hochschulklinikplanung.

Zur Beantwortung der ersten Forschungsfrage wurde daraufhin die konkrete Einbeziehung der Hochschulkliniken in das Geflecht der allgemeinen Krankenhausplanung behandelt. Es kristallisierte sich eine unabhängige, qualitative und quantitative Ausgestaltung ihrer Versorgungsaufträge heraus. Folglich ging es vor allem darum, weiterhin vorhandene Einflüsse, sowohl hochschulseitig als auch aus dem Krankenversorgungsbereich, aufzuzeigen. Schwerpunktmäßig handelt es sich um Beeinflussungen durch Geldgeber ((staatliche) Investitionsförderer, Krankenkassen).

In einem letzten Schritt konnte dann, aufbauend auf den festgehaltenen Ergebnissen, die Frage der Auswahlentscheidungen unter der Beteiligung von Hochschulkliniken angegangen werden. Hierbei wurden insbesondere zwei Urteile aus dem Jahr 2021, eines aus dem Jahr 2022 und ein Berufungsurteil aus dem Jahr 2023 herangezogen. Das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) hat in einer Revisionsentscheidung die bislang weit überwiegend verwendete Rahmenplanung

infrage gestellt, nachdem durch die Vorinstanzen die Durchführbarkeit von Auswahlentscheidungen in dieser Planungsvariante grundsätzlich infrage gestellt wurde.

Zum anderen hatte das OVG Lüneburg entschieden, dass Hochschulkliniken bei Auswahlentscheidungen in Niedersachsen gerade nicht zur Disposition stünden, sondern bereits vorab über die Bedarfsanalyse in die allgemeine Krankenhausplanung einbezogen werden. Das Verwaltungsgericht (VG) Dresden ebenso wie das Berufungsgericht Oberverwaltungsgericht (OVG) Bautzen wiederum lehnten ein autonomes Bestimmungsrecht der Universitätskliniken im Rahmen der Krankenhausplanung in Sachsen ab.

Schließlich konnte die Bedeutsamkeit und Übertragbarkeit dieser Entscheidungen auf künftige Verfahren (in anderen Bundesländern, insb. Bayern) dargelegt werden, auch unter Einbeziehung der steigenden Relevanz von Mindestmengenregelungen, bei der fortschreitenden Entwicklung der Krankenhauslandschaft hin zu mehr Grundsatzversorgung in der Fläche und besserer Spezialversorgung in regionalen Zentren (mit Universitätskliniken im Mittelpunkt).

Die festgehaltenen Ergebnisse werden in einem Ausblick auf die künftigen Entwicklungen rund um die Hochschulklinikplanung abgerundet. Der zunächst erworbene Eindruck, Hochschulkliniken könnten eine zu starke Machtposition in der Krankenhausplanung haben, muss in den Augen der Autorin ganz klar den Forderungen nach einem Ausbau der Sonderrolle von Universitätskliniken weichen. Nur mit ihnen als (Planungs-) Zentren, in denen sich Gesundheitsversorgung auf höchstem Niveau, medizinischer Fortschritt und die Ausbildung junger Medizinergenerationen verbinden, kann der derzeitigen bundesweiten Krise im Krankenhausesektor adäquat begegnet werden.

## Inhaltsverzeichnis

<b>Danksagung</b> .....	<b>III</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>IV</b>
<b>Inhaltsverzeichnis</b> .....	<b>VI</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>XII</b>
<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>XIV</b>
<b>A. Einleitung</b> .....	<b>2</b>
I. Die Bedeutung der Hochschulkliniken in der Krankenversorgung.....	2
II. Unikum Hochschulklinikum in der Krankenhausplanung.....	3
III. Konkretisierung und Beschränkung der Problemstellung.....	4
<b>B. Erstes Kapitel – Hinführung zur Thematik</b> .....	<b>5</b>
I. Struktur der rechtsbeschreibenden Forschung.....	5
1. Das erste Kapitel.....	5
2. Die Kapitel zwei und drei (Forschungsfragen).....	5
a) Zweites Kapitel (Forschungsfrage 1).....	5
<i>Forschungsfrage 1: Können Hochschulkliniken sich ihren Versorgungsauftrag inhaltlich selbst vorgeben?</i> .....	5
b) Drittes Kapitel (Forschungsfrage 2).....	6
<i>Forschungsfrage 2: Wie verhält es sich, wenn es zu einer Auswahlentscheidung zwischen einer Hochschulklinik und einem „normalen“ Plankrankenhaus kommt?</i> .....	6
3. Das vierte Kapitel.....	6
II. (Gesetzliche) Verortung der nachfolgenden Rechtsbetrachtung.....	7
1. Grundsätze der Krankenhausplanung.....	7
2. Die Landeskrankenhausplanung.....	8
a) Die zwei Stufen der Krankenhausplanung.....	9
b) Die vier Schritte der Krankenhausplanung auf erster Stufe.....	9
(1) Zustandekommen von Versorgungsverträgen nach §§ 108 f. SGB V.....	10
(2) Die rechtliche Bedeutsamkeit der zweiten Stufe.....	10
c) Die Hochschulkliniken in den Krankenhausplänen der Länder.....	11
(1) Zuständigkeit bei der Krankenhausplanung mit Hochschulkliniken.....	11
(2) Die Unklarheiten bei der Beteiligung von Hochschulkliniken.....	12
3. Vorschriften zur Krankenhausfinanzierung.....	13
a) Kompetenzvorschriften.....	14
b) Verhältnis KHG und KHEntgG.....	15
c) Die Finanzierung der Hochschulmedizin.....	15

(1)    Forschung und Lehre und Krankenversorgung .....	16
(2)    Trennung der Finanzkreisläufe.....	16
4.    Gesetzliche Regelungen auf dem Gebiet der Krankenhausplanung mit Hochschulkliniken.....	17
<b>C.    Zweites Kapitel - Die Einbeziehung der Hochschulkliniken in die Krankenhausplanung (Forschungsfrage 1) .....</b>	<b>18</b>
I.    Die Zentralnorm des § 8 Abs. 1 S. 4 Nr. 2 KHEntgG.....	18
II.   Drei Determinanten eines Versorgungsauftrags nach § 8 Abs. 1 S. 4 Nr. 2 KHEntgG	19
1.    Die landesrechtliche Anerkennung .....	19
a)    Ausgangspunkt § 108 Nr. 1 SGB V .....	20
b)    Die Fiktionswirkung des § 109 Abs. 1 S. 2 SGB V .....	21
(1)    Bei Plankrankenhäusern .....	21
(2)    Bei Hochschulkliniken .....	22
c)    Fazit: Statusregelung .....	22
2.    Der Krankenhausplan, § 6 Abs. 1 KHG .....	22
a)    Die Sonderrolle der Hochschulkliniken in der Krankenhausplanung .....	23
(1)    Unterschiede bei der landesrechtlichen Ausgestaltung .....	24
(a)    Charakter von nach Landesrecht erteilten Feststellungsbescheiden an Hochschulkliniken.....	25
i.    1. Auffassung: Bescheide wirken statusbegründend.....	25
ii.   2. Auffassung: rein deklaratorischer Charakter.....	26
(b)    Die Entwicklung der Organisationsformen von Universitätskliniken .....	27
i.    Früher: Unselbstständige Anstalten des öffentlichen Rechts .....	28
ii.   Heute: Rechtsfähige Anstalt oder Körperschaft des öffentlichen Rechts	28
iii.  Die Privatisierung.....	29
(c)    Hochschulkliniken in der Rahmenplanung .....	30
b)    Eigenständige Ausgestaltung: Die Hochschulklinikplanung .....	31
(1)    Anwendbarkeit der Ziele nach § 1 KHG und Art. 3 BayKrG.....	31
(2)    Hochschulklinikplanung.....	32
(a)    Die Akteure der Hochschulklinikplanung.....	34
(b)    Kooperativer Planungsprozess .....	35
(c)    Eigenständige Ausgestaltung .....	37
(d)    Die Einbeziehung der Hochschulklinikplanung in die allgemeine Krankenhausplanung.....	37
3.    Ergänzende Vereinbarungen nach § 109 Abs. 1 S. 4 SGB V .....	38
4.    Der Versorgungsauftrag nach § 8 Abs. 1 S. 4 Nr. 2 KHEntgG .....	39
III.  Die Einflüsse auf Hochschulkliniken bei der Ausgestaltung ihrer Versorgungsaufträge .....	40
1.    Der Einfluss von Forschung und Lehre auf den Versorgungsauftrag .....	41

a)	Wissenschafts-, Forschungs- und Lehrfreiheit.....	42
(1)	Forschung.....	42
(2)	Lehre.....	43
b)	Forschung und Lehre an (medizinischen) Fakultäten und Universitäten.....	44
(1)	Hochschulorganisation.....	44
(2)	Die dezentrale Organisationsebene bei Hochschulen.....	45
(3)	Wissenschaftsfreiheit in der Hochschulorganisation.....	45
(4)	Forschung und Lehre an den Hochschulen.....	46
c)	Forschung und Lehre in der Krankenversorgung der Hochschulkliniken.....	48
(1)	Der Stellenwert von Forschung und Lehre bei dem Betrieb von Hochschulambulanzen, § 117 Abs. 1 Nr. 1 SGB V.....	49
(2)	Akzessorische Krankenversorgung.....	49
(3)	Nicht-akzessorische Krankenversorgung.....	51
d)	Zusammenarbeit von Medizinischer Fakultät/Universität und Universitätsklinikum.....	52
(1)	Die Zusammenarbeit mit der Universität.....	53
(2)	Die Zusammenarbeit mit der Medizinischen Fakultät.....	54
e)	Der Einfluss von Forschung und Lehre auf den Versorgungsauftrag der Hochschulklinik.....	55
(1)	Die autonome Entscheidung der Universitätsmedizin.....	55
(2)	Fazit.....	57
2.	Einflussmöglichkeiten der Verbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen auf den Versorgungsauftrag von Hochschulkliniken.....	59
a)	Das Krankenversicherungssystem in Deutschland.....	59
(1)	Pflichtversicherungssystem.....	59
(2)	Die gesetzliche Krankenversicherung.....	60
(3)	Die Organisation der Krankenkassen in Verbänden.....	61
(4)	Beteiligung am Krankenhausplanungsausschuss.....	62
b)	Eingeschränkte Kündigungsmöglichkeit, § 110 SGB V.....	62
(1)	Grundsätze der Kündigungsmöglichkeit.....	63
(2)	Kündigungsmöglichkeit bei Vertrags- und Plankrankenhäusern.....	63
(3)	Kündigungsmöglichkeit bei Hochschulkliniken.....	65
(a)	Analoge Kündigungsmöglichkeit der Krankenkassenverbände.....	66
(b)	Analoge Kündigungsmöglichkeit der Träger.....	68
(4)	Zusammenfassung.....	68
c)	Der Einfluss der Verbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen auf den Versorgungsauftrag von Hochschulkliniken.....	69
3.	Beeinflussungen durch das Vergütungssystem für Krankenhausleistungen.....	70
a)	Das Abrechnungssystem mit der gesetzlichen Krankenversicherung.....	70

(1)	Die Abrechnung von Krankenhausleistungen.....	71
(2)	Besonderheiten bei der Abrechnung hochschulmedizinischer Krankenhausleistungen (KHEntgG) .....	72
(3)	Vorzüge und Nachteile der Abrechnung nach Fallpauschalen .....	72
b)	Der Einfluss auf den Versorgungsauftrag über das Vergütungssystem für Krankenhausleistungen .....	73
(1)	Die gleichgerichteten Interessen der Akteure .....	74
(a)	Das Vergütungssystem für Krankenhausleistungen der Hochschulkliniken.....	74
i.	Interessen des Hochschulklinikums .....	75
ii.	Interessen der Krankenkassen(verbände).....	75
(b)	Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung .....	76
(2)	Der indirekte Einfluss durch den G-BA und den MD.....	77
(a)	Verfassungsrechtliche Kritik am G-BA .....	78
(b)	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden .....	78
(3)	Mindestmengenregelungen in der Hochschulklinikplanung.....	81
(a)	Mindestmengenregelung, § 136 b Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V.....	82
(b)	Fehlende Sanktionen bei Verstößen.....	83
(c)	Relevanz der Mindestmengenregelung für Hochschulkliniken .....	84
(4)	Transplantationszentren .....	85
c)	Der Einfluss des Vergütungssystems für Krankenhausleistungen auf den Versorgungsauftrag von Universitätskliniken.....	88
IV.	Die Einbeziehung der Hochschulkliniken in die Krankenhausplanung.....	89
<b>D.</b>	<b>Drittes Kapitel - Beteiligung der Hochschulkliniken an Auswahlentscheidungen in der Krankenhausplanung (Forschungsfrage 2) .....</b>	<b>91</b>
I.	Hochschulkliniken in der Krankenhausplanung .....	92
1.	Regelfall: Auswahlentscheidungen unter Plankrankenhäusern .....	92
2.	Die Rolle von Vertragskrankenhäusern bei Auswahlentscheidungen .....	93
3.	Auswahlentscheidungen als Teil der ersten Stufe der Krankenhausplanung.....	95
4.	Auswirkungen der Rahmenplanung auf Auswahlentscheidungen.....	96
a)	Unmöglichkeit einer Auswahlentscheidung bei Rahmenplanung.....	97
b)	Rahmenplanung auf dem Prüfstand .....	98
(1)	Erforderlichkeit der Prüfung einer tatsächlichen Bedarfsdeckung .....	98
(2)	Zeitliche Differenz zwischen Planaufnahme und Planherausnahme .....	99
(3)	Auswahlentscheidung obligatorisch.....	99
c)	Konsequenz für die Rahmenplanung .....	100
5.	Möglichkeit der Auswahlentscheidung bei Hochschulkliniken.....	101
a)	Auswahlentscheidung unter Beteiligung von Hochschulkliniken .....	102

b)	Keine Auswahlentscheidungen unter Beteiligung von Hochschulkliniken in Niedersachsen.....	103
(1)	Übertragbarkeit auf andere Bundesländer.....	104
(a)	Krankenhausplanung in Niedersachsen .....	104
i.	Übertragbarkeit auf Länder mit fehlender Auszeichnung fachspezifischer Bettenzahlen im Krankenhausplan.....	106
ii.	Übertragbarkeit auf Länder mit Rahmenplanung.....	107
(b)	Die Universitätsmedizin Göttingen .....	108
(2)	Konsequenz der Nicht-Beteiligung von Hochschulkliniken an Auswahlentscheidungen in Niedersachsen .....	109
c)	Auswahlentscheidungen unter der Beteiligung von Hochschulkliniken in Sachsen.....	111
(1)	Hintergründe der Entscheidung.....	111
(2)	Entscheidungsgründe .....	112
(a)	Grundrechtsfähigkeit einer Anstalt des öffentlichen Rechts.....	112
(b)	Kein Anspruch auf Planaufnahme durch Universitätsklinikum in Sachsen.....	113
(c)	Grundsatz der Trägervielfalt .....	115
(3)	Übertragbarkeit auf andere Bundesländer (insbesondere Bayern).....	116
II.	Hochschulkliniken bei Auswahlentscheidungen in der Krankenhausplanung .....	119
<b>E.</b>	<b>Viertes Kapitel – Änderungsforderungen.....</b>	<b>121</b>
I.	Reform der Krankenhausplanung.....	121
1.	Kompetenzbündelung.....	122
a)	Festlegungen von Versorgungsstufen im Krankenhausplan .....	122
b)	Fehlende Sichtbarkeit der Hochschulmedizin.....	122
c)	Regionale Koordinationsaufgaben der Universitätskliniken.....	123
d)	Vernetzung mit anderen Planungen .....	124
2.	Bundeseinheitliche Stufen (Level) .....	125
II.	Reform der Krankenhausfinanzierung .....	126
1.	Die Schwächen der DRGs.....	126
2.	Investitionskostenförderungsdefizit .....	127
3.	Reformvorschlag: Vorhaltekosten.....	128
III.	Verknüpfung von Krankenhausplanung und -finanzierung zugunsten der Hochschulmedizin.....	128
1.	Flächendeckende Versorgungsqualität.....	128
2.	Neugestaltung der Krankenhauslandschaft .....	129
3.	Die Entwicklungen in der Krankenhausreform.....	131
4.	Schwierigkeiten der Krankenhausreform.....	133
a)	Die praktischen Schwierigkeiten bei der Leistungsgruppenzuweisung .....	133

---

b) Verfassungsrechtliche Bedenken .....	134
c) Alternative Lösungsmöglichkeiten .....	135
5. Fazit .....	136
<b>F. Schluss .....</b>	<b>139</b>
I. Summarium .....	139
1. Kapitel 2 – Forschungsfrage 1 .....	139
2. Kapitel 3 – Forschungsfrage 2 .....	142
3. Kapitel 4 - Krankenhausreform .....	143
II. Krankenhausplanung im Wandel .....	143
III. Unklare Rolle der Hochschulmedizin .....	144
IV. Resümee .....	145

## Abkürzungsverzeichnis

Abs. – Absatz

a.F. – alte Fassung

Art. - Artikel

AWMF – Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften

BayHSchG – Bayerisches Hochschulgesetz

BayHIG – Bayerisches Hochschulinnovationsgesetz

BayKrG – Bayerisches Krankenhausgesetz

BayStMGP – Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege

BayStMWK – Bayerisches Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst

BayUniKlinG – Bayerisches Universitätsklinikengesetz (Gesetz über die Universitätskliniken des Freistaates Bayern)

BayVerfGH – Bayerischer Verfassungsgerichtshof

(Bay)VwVfG – Bayerisches Verwaltungsverfahrensgesetz

BGBI – Bundesgesetzblatt

BMBF – Bundesministerium für Bildung und Forschung

BMG – Bundesministerium für Gesundheit

BPflV- Bundespflegesatzverordnung

BSG – Bundessozialgericht

BT-Drs – Bundestagsdrucksache

BV – Bayerische Verfassung

BVerfG – Bundesverfassungsgericht

BVerfGE – Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts

BVerwG – Bundesverwaltungsgericht

BVerwGE – Entscheidungen des Bundesverwaltungsgerichts

DFG – Deutsche Forschungsgemeinschaft

DRG – Diagnosis Related Groups

FPG – Fallpauschalengesetz (Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser)

G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss

GesR – Gesundheitsrecht (Zeitschrift für Arztrecht, Krankenhausrecht, Apotheken- und Arzneimittelrecht)

GG – Grundgesetz

GKV – Gesetzliche Krankenversicherung

GRCh – Grundrechtecharta (Charta der Grundrechte der Europäischen Union)

GVBl – Gesetz- und Verordnungsblatt

HBFG – Hochschulbauförderungsgesetz (Gesetz über die Gemeinschaftsaufgabe Ausbau und Neubau von Hochschulen)

HStR – Handbuch des Staatsrechts

KHEntgG – Krankenhausentgeltgesetz (Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen)  
KHG – Krankenhausfinanzierungsgesetz (Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze)  
KHNG – Krankenhausneuordnungsgesetz (Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung)  
KHSg – Krankenhausstrukturgesetz (Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung)  
MD – Medizinischer Dienst  
MedR – Zeitschrift Medizinrecht  
MHH – Medizinische Hochschule Hannover  
NdsLt-Drs: Niedersächsische Landtagsdrucksache  
NHG – Niedersächsisches Hochschulgesetz  
NJW – Neue Juristische Wochenschrift  
NKHG – Niedersächsisches Krankenhausgesetz  
NRW – Nordrhein-Westfalen  
NUB – Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden  
NUK – Netzwerk Universitätskliniken  
NVwZ – Neue Zeitschrift für Verwaltungsrecht  
OVG – Oberverwaltungsgericht  
SächsKHG – Sächsisches Krankenhausgesetz  
SGB IX – Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung  
SGB V – Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung  
SHMG – Sächsisches Hochschulmedizingesetz  
TPG – Transplantationsgesetz (Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Gewebe)  
VG – Verwaltungsgericht  
WD – Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages

und Abkürzung die in: *Kirchner*, Hildebert, Abkürzungsverzeichnis der Rechtssprache, 10. Auflage, Berlin/New York 2021 sowie *Duden*, Konrad, Die deutsche Rechtschreibung, 29. Auflage, Mannheim/ Leipzig/Wien/Zürich 2024 enthalten sind.

## Literaturverzeichnis

**Achenbach**, Nicklars: Wissenschaftsfreiheit in der Hochschulmedizin. Die Vereinbarkeit der Strukturen der Hochschulmedizin mit dem durch Art. 5 Abs. 3 S. 1 GG garantierten Freiheiten der Medizinischen Fakultäten und Hochschullehrer, Frankfurt am Main 2012. (zit. als: *Achenbach*: Wissenschaftsfreiheit in der Hochschulmedizin, S.)

**Adler**, Guido in Reden und Aufsätze der Universität Ulm; H. 7: Probleme und Perspektiven der Hochschulmedizin, Ulm 2001. (zit. als: *Adler* in Reden und Aufsätze der Universität Ulm: Probleme und Perspektiven der Hochschulmedizin, S.)

**Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften**: Thesen der AWMF zu Aufgaben von Universitätskliniken, Düsseldorf 02. Mai 2005. (zit. als: *AWMF*: Thesen der AWMF zu Aufgaben von Universitätskliniken, S.)

**Baier**, Johannes: Die Finanzierung von (öffentlichen) Krankenhäusern in Deutschland. Die EU-beihilfenrechtliche Unterstützung, Berlin 2021. (zit. als: *Baier*: Die Finanzierung von (öffentlichen) Krankenhäusern in Deutschland, S.)

**Bayerische Krankenhausgesellschaft e.V.**: Grundsätze der Krankenhausplanung in Bayern, unter: <https://www.bkg-online.de/infos-services/krankenhausversorgung/krankenhausplanung> (abgerufen am: 14.09.2022). (zit. als: *Bayerische Krankenhausgesellschaft e.V.*: Grundsätze der Krankenhausplanung in Bayern)

**Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege**: Krankenhausplan des Freistaates Bayern, 46. Fortschreibung 2021. (zit. als: *BayStMGP*: Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2021, S.)

**Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege**: Krankenhausplan des Freistaates Bayern, 47. Fortschreibung, 2022. (zit. als: *BayStMGP*: Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2022, S.)

**Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege**: Krankenhausplan des Freistaates Bayern, 48. Fortschreibung, 2023. (zit. als: *BayStMGP*: Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2023, S.)

**Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege**: Krankenhausplan des Freistaates Bayern, 49. Fortschreibung, 2024. (zit. als: *BayStMGP*: Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2024, S.)

**Becker**, Stefan: Das Recht der Hochschulmedizin, Berlin 2005. (zit. als: *Becker*, Das Recht der Hochschulmedizin, S.)

**Becker, Ulrich; Kingreen, Thorsten:** SGB V Gesetzliche Krankenversicherung. Kommentar., 8. Auflage, München 2022. (zit. als: *Bearbeiter* in Becker/Kingreen: SGB V, §, Rn.)

**Bergmann, Karl Otto; Pauge, Burkhard; Steinmeyer, Heinz-Dietrich:** Nomos Kommentar. Gesamtes Medizinrecht, 4. Auflage, Baden-Baden 2024. (zit. als: *Bearbeiter* in Bergmann/Pauge/Steinmeyer: Nomos Kommentar Gesamtes Medizinrecht, §, Rn.)

**Bertelsmann Stiftung:** 40 Prozent der Kliniken operieren Patienten, ohne die Mindestmengen einzuhalten, Gütersloh 2019. (zit. als: *Bertelsmann Stiftung: 40 Prozent der Kliniken operieren Patienten, ohne die Mindestmengen einzuhalten, S.*)

**Beume, Christiane:** Bundesverwaltungsgericht: Krankenhauspläne auf dem Prüfstand bei BDO Legal, 19. Januar 2022. (zit. als: *Beume: Bundesverwaltungsgericht: Krankenhauspläne auf dem Prüfstand*)

**Bundesministerium für Gesundheit:** Das deutsche Gesundheitssystem -Leistungsstark. Sicher. Bewährt., eu2020.de. (zit. als: *BMG: Das deutsche Gesundheitssystem, S.*)

**Bundesministerium für Gesundheit:** Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenversorgung: Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung, (zit. als: *BMG: Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission, S.*)

**Bundesministerium für Gesundheit:** Eckpunktepapier – Krankenhausreform-. (zit. als: *BMG: Eckpunktepapier – Krankenhausreform-. , S.*)

**Bundesregierung:** Koalitionsvertrag 2021 – 2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), Bündnis 90/Die Grünen und den Freien Demokraten (FDP) - Mehr Fortschritt Wagen – Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit, Berlin 2021. (zit. als: *Bundesregierung: Koalitionsvertrag 2021 – 2025, S.*)

**Bündnis Krankenhaus statt Fabrik:** Krankenhaus statt Fabrik – bedarfsgerecht – gemeinwohlorientiert: Das Fallpauschalensystem und die Ökonomisierung der Krankenhäuser – Kritik und Alternativen, Maintal 2020. (zit. als: *Bündnis Krankenhaus statt Fabrik: Das Fallpauschalensystem und die Ökonomisierung der Krankenhäuser, S.*)

**Clausen, Tilman; Schroeder-Printzen, Jörn:** Münchner Anwalts Handbuch Medizinrecht, 3. Auflage, München 2020. (zit. als: *Bearbeiter* in Münchner Anwaltshandbuch Medizinrecht, §, Rn.)

**Dettling, Heinz-Uwe; Gerlach, Alice:** Beck'scher Online-Kommentar Krankenhausrecht, 9. Edition, München 2024. (zit. als: *Bearbeiter* in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, §, Rn.)

**Deutsche Hochschulmedizin e.V.:** Agenda der Deutschen Hochschulmedizin für die kommende Legislaturperiode (Faktenblatt 10), Berlin 2021. (zit. als: *Deutsche Hochschulmedizin e.V.: Agenda der Deutschen Hochschulmedizin für die kommende Legislaturperiode (Faktenblatt 10).*)

**Deutsche Hochschulmedizin e.V.:** Krankenversorgung. Forschung. Lehre. Wir leisten mehr., Berlin 2014. (zit. als: *Deutsche Hochschulmedizin e.V.: Krankenversorgung. Forschung. Lehre. Wir leisten mehr., S.*)

**Deutsche Hochschulmedizin e.V.:** Pressemitteilung vom 27.08.2021 - Im Zeichen der Universitätsmedizin: Deutsche Hochschulmedizin legt Agenda für die kommende Legislaturperiode vor, Berlin 2021. (zit. als: *Deutsche Hochschulmedizin e.V.: Pressemitteilung vom 27.08.2021- Im Zeichen der Universitätsmedizin: Deutsche Hochschulmedizin legt Agenda für die kommende Legislaturperiode vor.*)

**Deutsche Krankenhausgesellschaft:** Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2021, Stand: Dezember 2021. (zit. als: *Deutsche Krankenhausgesellschaft: Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2021*)

**Dietz, Otmar; Bofinger, Werner:** Krankenhausfinanzierungsgesetz, Bundespflegegesetzverordnung und Folgerecht, 22. Ergänzungslieferung, Wiesbaden 2024. (zit. als: *Bearbeiter in Dietz/Bofinger, Gesetz, § Abs. Nr.*)

**Dreier, Horst:** Grundgesetz Kommentar – Band I Präambel, Art. 1 - 19, 4. Auflage, Tübingen 2023. (zit. als: *Bearbeiter in Dreier: GG Kommentar I, Art., Rn.*)

**Epping, Volker; Lenz, Sebastian:** Weisungsbefugnisse in verselbstständigten Universitätsklinika in Die Öffentliche Verwaltung (DÖV) 2004, S. 1 ff. (zit. als: *Epping/Lenz: Weisungsbefugnisse in verselbstständigten Universitätsklinika in DÖV 2004, S.*)

**Freistaat Bayern:** Haushaltsplan 2024/2025 (Entwurf) Einzelplan 15 für den Geschäftsbereich des Bayerischen Staatsministeriums für Wissenschaft und Kunst; München 2024. (zit. als: *Freistaat Bayern: Entwurf des Haushaltsplan 2024/2025 – Einzelplan 15, S.*)

**Földner, Jens-Uwe:** Krankenhäuser im Spannungsfeld zwischen Versorgungsauftrag, Krankenhausplanung und Wettbewerb, München 2009. (zit. als: *Földner: Krankenhäuser im Spannungsfeld zwischen Versorgungsauftrag, Krankenhausplanung und Wettbewerb, S.*)

**Gemeinsamer Bundesausschuss:** Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Mindestmengenregelung, Mm-R) in der Fassung vom 20. Dezember 2005, in der Neufassung

vom 21. März 2006 zuletzt geändert am 16. Juni 2022, Berlin 2022. (zit. als: *Gemeinsamer Bundesausschuss*: Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, S.)

**Hamdan**, Marwan: Drittmittelforschung in der Medizin. Eine Gratwanderung zwischen strafbarer Vorteilsannahme und verfassungsgarantierter Forschungsfreiheit, Frankfurt am Main 2009. (zit. als: *Hamdan*: Drittmittelforschung in der Medizin, S.)

**Hanns Martin-Schleyer-Stiftung; Heinz Nixdorf Stiftung; Justus-Liebig-Universität Gießen; Universitätsklinikum Gießen und Marburg** in Hanns Martin Schleyer-Stiftung: XIII. Hochschulsymposium. Hochschulmedizin auf dem Prüfstand, Berlin 2020. (zit. als: *Autor* in Hanns Martin-Schleyer-Stiftung: XIII. Hochschulsymposium. Hochschulmedizin auf dem Prüfstand, S.)

**Heil**, Florian: Hochschulpolitik – Mitarbeit in der akademischen Selbstverwaltung: Gremien, Aufgaben, Vergütung in der Ausgabe Januar 2021 der Schriftenreihe academics der Zeitschrift „Die Zeit“, Hamburg 2021. (zit. als: *Heil* in academics 2021: Mitarbeit in der akademischen Selbstverwaltung: Gremien, Aufgaben, Vergütung)

**Hobusch**, Sandra: Recht im Gesundheitswesen für Juristen und Nichtjuristen, München 2019. (zit. als: *Hobusch*: Recht im Gesundheitswesen für Juristen und Nichtjuristen, S.)

**Houben**, Anja: Rechtsformen des Universitätsklinikums, Frankfurt am Main 2014. (zit. als: *Houben*: Rechtsformen des Universitätsklinikums, S.)

**Huster**, Stefan in GesundheitsRecht (GesR) 2010: Krankenhausrecht und SGB V – Medizinische Innovationen im stationären Sektor, S. 337 - 344, Köln 2010. (zit. als: *Huster* in GesR 2010: Krankenhausrecht und SGB V, S.)

**Huster**, Stefan; **Kaltenborn**, Markus: Krankenhausrecht. Praxishandbuch zum Recht des Krankenhauswesens, 2. Auflage, München 2017. (zit. als: *Bearbeiter* in Huster/Kaltenborn: Krankenhausrecht, §, Rn.)

**Igl**, Gerhard; **Welti**, Felix: Gesundheitsrecht. Eine systematische Einführung, 4. Auflage, München 2022. (zit. als: *Bearbeiter* in Igl/Welti: Gesundheitsrecht, §, Rn.)

**Ipsen**, Jörn: Die Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern nach der Föderalismusnovelle, in: NJW 2006, 2801 – 2806. (zit. als: *Ipsen* in NJW 2006)

**Isensee**, Josef; **Kirchhof**, Paul: Handbuch des Staatsrechts der Bundesrepublik Deutschland, Band VI: Bundesstaat, 3. Auflage, Heidelberg 2009. (zit. als: *Bearbeiter* in Isensee/Kirchhof: HStR, §, Rn.)

**Jansen**, Norbert: Die Zusammenschlusskontrolle im Krankenhaussektor, Köln 2012. (zit. als: *Jansen*: Zusammenschlusskontrollen im Krankenhaussektor, S.)

**Jarass**, Hans D.; **Kment**, Martin: Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland Kommentar, 18. Auflage, München 2024. (zit. als: *Bearbeiter* in Jarass/Pieroth GG Kommentar, Art., Rn.)

**Kingreen**, Thorsten in der Neuen Zeitschrift für Sozialrecht (NZS), 2007: Legitimation und Partizipation im Gesundheitswesen – Verfassungsrechtliche Kritik und Reform des Gemeinsamen Bundesausschusses -, S. 113 – 121, München 2007. (zit. als: *Kingreen* in NZS 2007: Legitimation und Partizipation im Gesundheitswesen, S.)

**Kingreen**, Thorsten; **Banafsche**, Minou; **Szabados**, Tibor in Wissenschaftsrecht (WissR) 2007: Das Recht der Hochschulmedizin im hochschul-, gesundheits- und verfassungsrechtlichen Reformprozess Zum neuen bayerischen Universitätsklinikagesetz, S. 284 – 311, Tübingen 2007. (zit. als: *Kingreen, Banafesche, Szabados* in WissR 2007: Das Recht der Hochschulmedizin im hochschul-, gesundheits- und verfassungsrechtlichen Reformprozess, S.)

**Klöck**, Oliver in Neue Zeitschrift für Sozialrecht (NZS) 2010: Konkurrenzschutz im Gesundheitswesen, S. 358 – 364, München 2010. (zit. als: *Klöck* in NZS 2010: Konkurrenzschutz im Gesundheitswesen, S.)

**Knispel**, Ulrich in Neue Zeitschrift für Sozialrecht 2006: Rechtsfragen der Versorgungsverträge nach SGB V, S. 120 – 127, München 2006. (zit. als: *Knispel* in NZS 2006: Rechtsfragen der Versorgungsverträge nach SGB V, S.)

**Körner**, Anne; **Krasney**, Martin; **Mutschler**, Bernd; **Rolfs**, Christian: Beck'scher Online-Kommentar Sozialrecht, 74. Edition, München 2024. (zit. als: *Bearbeiter* in BeckOK Sozialrecht, § , Rn.)

**Kurz**, Charlotte in Deutsches Ärzteblatt, Jg. 120, Heft 23 vom 09.06.2023: Krankenhausreform – Level sind vom Tisch, S. 1001 – 1003, Köln 2023. (zit. als: *Kurz* in Deutsches Ärzteblatt vom 09.06.2023: Krankenhausreform – Level sind vom Tisch, S.)

**Laufs**, Adolf; **Uhlenbruck**, Wilhelm; **Kern**, Bernd-Rüdiger; **Rehborn**, Martin: Handbuch des Arztrechts, 5. Auflage, 2019. (zit. als: *Bearbeiter* in Laufs/Kern/Rehborn: Handbuch des Arztrechts, §, Rn.)

**Lehmann**, Axel: Krankenhaus und EG-Beihilferecht. Die Vereinbarkeit des Krankenhausfinanzierungsrechts mit Art. 87 ff. EG-Vertrag, Frankfurt am Main 2008. (zit. als: *Lehmann*: Krankenhaus und EG-Beihilferecht, S.)

**Leuschner**, Paivi in *Medizinrecht (MedR) 2003: Zulassung eines Universitätsklinikums als Transplantationszentrum nach dem Transplantationsgesetz*, S. 696 – 699, München 2010. (zit. als: *Leuschner* in *MedR 2003: Zulassung eines Universitätsklinikums als Transplantationszentrum nach dem Transplantationsgesetz*, S.)

**Liebig**, Martin: *Krankenhausfinanzierung. Verfassungsmäßigkeit der Entgeltbemessung nach dem DRG-Vergütungssystem*, Berlin 2010. (zit. als: *Liebig: Krankenhausfinanzierung*, S.)

**Lindner**, Franz Josef; **Möstl**, Markus; **Wolff**, Heinrich Amadeus: *Verfassung des Freistaates Bayern – Kommentar*, 2. Auflage, München 2017. (zit. als: *Bearbeiter* in *Lindner/Möstl/Wolff: Die Verfassung des Freistaates Bayern*, Art. Rn.)

**Marburger Bund**: *Zukunft der Krankenhausversorgung aus ärztlicher Sicht*, Berlin 2020. (zit. als: *Marburger Bund: Zukunft der Krankenhausversorgung aus ärztlicher Sicht*, S.)

**Maunz**, Theodor; **Dürig**, Günter; **Herzog**, Roman; **Scholz**, Rupert; **Herdegen**, Matthias; **Klein**, Hans H.: *Grundgesetz Kommentar Band V*, 104. EL, München 2024. (zit. als: *Uhle* in *Dürig/Herzog/Scholz: Grundgesetz-Kommentar*, Art., Rn.)

**Meder**, Theodor; **Brechmann**, Winfried: *Die Verfassung des Freistaates Bayern Kommentar*, 6. Auflage, München 2020. (zit. als: *Bearbeiter* in *Meder/Brechmann: Die Verfassung des Freistaates Bayern*, Art. Rn.)

**Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen**: *Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen 2022 – Die Strukturen müssen für die Menschen da sein, nicht die Menschen für die Strukturen*, Düsseldorf 2022. (zit. als: *Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen: Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen 2022*, S.)

**Multmeier**, Vanessa Christin: *Rechtsschutz in der Krankenhausplanung. Traditionelle und neue Rechtsformen zur Verteidigung von Grundrechten und Grundfreiheiten gegen staatliche Regulierung und selektive Investitionsförderung*, Frankfurt am Main 2011. (zit. als: *Multmeier: Rechtsschutz in der Krankenhausplanung*, S.)

**Müller**, Michael in *OECD Berlin Centre Blog: Das deutsche Gesundheitssystem im weltweiten Vergleich*, Berlin 2020. (zit. als: *Müller* in *OECD Berlin Centre Blog: Das deutsche Gesundheitssystem im weltweiten Vergleich*.)

**Neumann**, Laura: *Die externe Qualitätssicherung im Krankenhausrecht. Im Spannungsfeld zwischen Patientenschutz, Trägerinteressen, Zielen der gesetzlichen Krankenversicherung und staatlicher Regulierung*, Baden-Baden 2019. (zit. als: *Neumann: Die externe Qualitätssicherung im Krankenhausrecht*, S.)

**Niedersächsische Landesregierung:** Entwurf eines Niedersächsischen Krankenhausgesetzes, NdsLT- Drs. 16/3649, Hannover 2011. (zit. als: *Niedersächsische Landesregierung: Entwurf eines Niedersächsischen Krankenhausgesetzes*, NdsLT-Drs. 16/3649, S. 16)

**Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung:**

Niedersächsischer Krankenhausplan 2022, 37. Fortschreibung 01. Januar 2022. (zit. als: *Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung: Niedersächsischer Krankenhausplan 2022*, S.)

**Plagemann, Hermann** in *Fachdienst Sozialversicherungsrecht 2023*, 456303: Die Kündigung eines Versorgungsvertrages nach § 110 SGB V erfolgt nicht in der Form eines Verwaltungsaktes, sondern durch einseitige öffentlich-rechtliche Willenserklärung. (zit. als: *Plagemann* in *Fachdienst Sozialversicherungsrecht 2023*, 456303: Die Kündigung eines Versorgungsvertrages nach § 110 SGB V erfolgt nicht in der Form eines Verwaltungsaktes, sondern durch einseitige öffentlich-rechtliche Willenserklärung.)

**Prütting, Dorothea:** *Medizinrecht Kommentar*, 6. Auflage, Hürth 2022. (zit. als: *Bearbeiter in Prütting: Medizinrecht Kommentar*, §, Rn.)

**Ratajczak, Thomas und Jaeckel, Roger** in *Der Krankenhaus-JUSTIZIAR 4/2023: Krankenhausreform 2024 ante portas – zu Risiken und Nebenwirkungen vereinbarter politischer Agreements*, S. 108-110, 2023. (zit. als: *Ratajczak/Jaekel* in *KH-J,4/2023: Krankenhausreform 2024 ante portas*, S.)

**Reich, Andreas:** *Bayerisches Universitätsklinikagesetz. Kommentar*, Bad Honnef 2010. (zit. als: *Reich: Bayerisches Universitätsklinikagesetz Kommentar*, Art., Rn.)

**Reit, Nina-Annette:** *Public Private Partnership und materielle Privatisierung und materielle Privatisierung kommunaler Krankenhäuser im Lichte der Investitionsförderung*, Baden-Baden 2013. (zit. als: *Reit: Public Private Partnership und materielle Privatisierung und materielle Privatisierung kommunaler Krankenhäuser im Lichte der Investitionsförderung*, S.)

**Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung:** *Krankenhausplanung 2.0 – Endbericht zum Forschungsvorhaben des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek) – Heft 84*, Essen 2014. (zit. als: *Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung: Krankenhausplanung 2.0*, S.)

**Rübsamen, Katrin:** *Verfassungsrechtliche Aspekte des Fallpauschalensystems im Krankenhauswesen (DRG-Vergütungssystem)*, Baden-Baden 2008. (zit. als: *Rübsamen: Verfassungsrechtliche Aspekte des Fallpauschalensystems im Krankenhauswesen*, S.)

**Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt:**

Krankenhausplan des Freistaates Sachsen, 2024. (zit. als: *SMS Sachsen: Krankenhausplan des Freistaates Sachsen 2024*, S.)

**Simon**, Jan-Hendrik: Das Krankenhaus im System der ambulanten Versorgung gesetzlich Krankenversicherter, Berlin 2012. (zit. als: *Simon: Das Krankenhaus im System der ambulanten Versorgung gesetzlicher Krankenversicherter*, S.)

**Spickhoff**, Andreas: Medizinrecht, 4. Auflage, München 2022. (zit. als: *Bearbeiter in Spickhoff Medizinrecht*, §, Rn.)

**Stollmann**, Frank in Der Krankenhaus-JUSTIZIAR 3/2023: in Der Krankenhaus-JUSTIZIAR 4/2023: Krankenhausrecht – Entwicklungen im Bund und in NRW, S. 69 – 74, 2023. (zit. als: *Stollmann in KH-J,3/2023: Krankenhausrecht – Entwicklungen im Bund und in NRW*, S.)

**Stollmann**, Frank in der Neuen Zeitschrift für Sozialrecht 2020: Schnittstelle Krankenhausrecht. Vom Einfluss des SGB V auf die Krankenhausplanung, S. 561 – 567, München 2020. (zit. als: *Stollmann in NZS: Schnittstelle Krankenhausrecht*, S.)

**Szabados**, Tibor: Krankenhäuser als Leistungserbringer in der gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin Heidelberg 2009. (zit. als: *Szabados: Krankenhäuser als Leistungserbringer in der Gesetzlichen Krankenversicherung*, S.)

**Szabados**, Tibor bei Seufert Rechtsanwälte Mandanteninformation: Bundesverwaltungsgericht: Unmöglichkeit einer Auswahlentscheidung begründet keinen Anspruch auf Planaufnahme, München 2021. (zit. als: *Szabados bei Seufert Rechtsanwälte Mandanteninformation: Bundesverwaltungsgericht: Unmöglichkeit einer Auswahlentscheidung begründet keinen Anspruch auf Planaufnahme*)

**Thomae**, Heike: Krankenhausplanungsrecht, Köln 2006. (zit. als: *Thomae: Krankenhausplanungsrecht*, S.)

**Vollmöller**, Thomas in der Neuen Zeitschrift für Sozialrecht 2012: Rechtsfragen neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden – unter Berücksichtigung der Hochschulmedizin, S. 921 – 926, München 2012. (zit. als: *Vollmöller in NZS 2012: Rechtsfragen neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden – unter Berücksichtigung der Hochschulmedizin*, S.)

**Voßkuhle**, Andreas in Die Juristische Schulung (JuS) 2007: Grundwissen – Öffentliches Recht: Der Grundsatz des Vorbehalts des Gesetzes, S. 118 – 120, München 2007. (zit. als: *Voßkuhle in JuS 2007: Grundwissen – Öffentliches Recht*, S.)

**Wenzel, Frank:** Handbuch des Fachanwalts Medizinrecht, 4. Auflage, Köln 2020. (zit. als: *Bearbeiter* in Wenzel Handbuch des Fachanwalts Medizinrecht, Kapitel, Rn.)

**Wiedeck, Carla:** Priorisierung in der gesetzlichen Krankenversicherung, München 2015. (zit. als: *Wiedeck: Priorisierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, S.*)

**Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages:** Begriff, Rechtsformen und Finanzierung der Universitätskliniken in Deutschland, WD 9 - 3000 - 087/09, Berlin 2009. (zit. als: *Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages: Begriff, Rechtsformen und Finanzierung der Universitätskliniken in Deutschland, S.*)

**Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages:** Kurzinformation – Anspruch auf konkrete Leistungen aufgrund der staatlichen Verpflichtung zur Daseinsvorsorge, WD 9 – 3000 - 038/20, Berlin 2020. (zit. als: *Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages: Anspruch auf konkrete Leistungen aufgrund der staatlichen Verpflichtung zur Daseinsvorsorge, S.*)

**Wissenschaftsrat:** Allgemeine Empfehlungen zur Universitätsmedizin, Drs. 7984/07, Berlin 2007. (zit. als: *Wissenschaftsrat: Allgemeine Empfehlungen zur Universitätsmedizin, Drs. 7984/07, S.*)

**Wissenschaftsrat:** Empfehlungen des Wissenschaftsrates zur Struktur der Hochschulmedizin – Aufgaben, Organisation, Finanzierung, Drs. 4104/99, Würzburg 1999. (zit. als: *Wissenschaftsrat: Empfehlungen des Wissenschaftsrates zur Struktur der Hochschulmedizin, Drs. 4104/99, S.*)

**Wissenschaftsrat:** Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin, Drs. 5913/04, Berlin 2004. (zit. als: *Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin, Drs. 5913/04, S.*)

**Wissenschaftsrat:** Empfehlungen zur klinischen Forschung in den Hochschulen, Drs. 7194/84, Berlin 1986. (zit. als: *Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur klinischen Forschung in den Hochschulen, Drs. 7194/84, S.*)

**Wissenschaftsrat:** Standortübergreifende Stellungnahme zur Weiterentwicklung der Universitätsmedizin in Bayern, Drs. 7582/06, Dresden 2006. (zit. als: *Wissenschaftsrat: Standortübergreifende Stellungnahme zur Weiterentwicklung der Universitätsmedizin in Bayern, Drs. 7582/06, S.*)

**Wollenschläger, Ferdinand:** Gutachten für das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, das Ministerium für Justiz und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein und das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen zur

Frage der Verfassungskonformität der Reform der Krankenhausplanung auf der Basis der dritten Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung „Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung“, 17. April 2023. (zit. als: *Wollenschläger: Gutachten zur Verfassungskonformität der Reform der Krankenhausplanung*, S.)

**Wünschmann, René:** Qualitätsmanagement in der akutstationären Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten, München 2020. (zit. als: *Wünschmann: Qualitätsmanagement in der akutstationären Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten*, S.)

**Quaas, Michael** in *Medizinrecht 2010: Die Einbeziehung der Hochschulklinik in die staatliche Krankenhausplanung*, S. 149 – 155, München 2010. (zit. als: *Quaas in MedR 2010: Die Einbeziehung der Hochschulklinik in die staatliche Krankenhausplanung*, S.)

**Quaas, Michael** in *Gesundheitsrecht 03/2014 – Zeitschrift für Arztrecht, Krankenhausrecht, Apotheken- und Arzneimittelrecht: Krankenhausplanung als Qualitätssicherungsinstrument? Rechtliche Vorgaben und Grenzen*, S. 129 – 136. (zit. als: *Quaas in GesR 2014: Krankenhausplanung als Qualitätssicherungsinstrument? S.*)

**Quaas, Michael; Zuck, Rüdiger; Clemens, Thomas; Gokel, Julia Maria:** *Medizinrecht. Öffentliches Medizinrecht – Pflegeversicherungsrecht – Arzthaftpflichtrecht – Arztstrafrecht*, 4. Auflage, München 2018. (zit. als: *Quaas/Zuck/Clemens: Medizinrecht, 4.Aufl., §, Rn.*)

**Quaas, Moritz:** *Rechtsfragen der ambulanten Versorgung im Krankenhaus, Baden-Baden 2011.* (zit. als: *Moritz Quaas: Rechtsfragen der ambulanten Versorgung im Krankenhaus, S.*)

**Zawade, Christoph:** *Versorgungsmanagement und Entlassmanagement. Eine Untersuchung zum Inhalt und Umfang von § 11 Abs. 4 SGB V und § 39 Abs. 1 Satz 4 bis 6 SB V sowie deren Auswirkungen auf das Behandlungsverhältnis der gesetzlich Krankenversicherten im Krankenhaus unter ausgewählten Fragen der Haftung im Bürgerlichen Recht, Sozialrecht und Arbeitsrecht*, Hamburg 2016. (zit. als: *Zawade: Versorgungsmanagement und Entlassmanagement, S.*)

## **A. Einleitung**

„Hochschulkliniken nehmen Aufgaben der dritten Versorgungsstufe wahr. Sie sind unter Berücksichtigung ihrer Aufgaben aus Forschung und Lehre in die Krankenhausplanung einzubeziehen.“<sup>1</sup>

Diese beiden Sätze finden sich fortwährend in den jährlich fortgeschriebenen Krankenhausplänen des Freistaates Bayern wieder.<sup>2</sup> Auf den ersten Blick scheint es sich von selbst zu verstehen, dass Hochschulkliniken in die Krankenhausplanung einbezogen werden. Doch was sich auf den zweiten Blick planungsrechtlich dahinter verbirgt und auf welche besondere Stellung der Universitätskliniken dieser Auszug aus dem Bayerischen Krankenhausplan womöglich hinweist, stellt sich als eine komplexe Spezialmaterie dar. Gerade vor dem Hintergrund der anstehenden Reformbemühungen im Krankenhausbereich lohnt sich eine genauere Betrachtung.

### **I. Die Bedeutung der Hochschulkliniken in der Krankenversorgung**

Die Bedeutung von Hochschulkliniken im Rahmen der allgemeinen Krankenversorgung der Bevölkerung ist nicht zu unterschätzen. In Bayern entfallen beispielsweise ca. 11,69 % der anerkannten Betten auf die sechs Hochschulkliniken. Bei teilstationären Plätzen sind es sogar 15,42 %.<sup>3</sup>

<i>Betten und Plätze in Bayerns Kliniken<sup>4</sup></i>	<i>Anzahl</i>	<i>Betten</i>	<i>Plätze</i>
<i>Plankrankenhäuser</i>	367	64.158	3.920
<i>Hochschulkliniken</i>	6	8.675	719
<i>Vertragskrankenhäuser</i>	32	1.380	25
<i>Gesamt:</i>	405	74.213	4.664

Gerade in den Ballungsräumen, aber auch überregional sind Universitäts- bzw. Hochschulklinken<sup>5</sup>, aufgrund ihres Behandlungsangebotes auf höchstem und aktuellem wissenschaftlichem Stand und ihrer daraus resultierenden überdurchschnittlichen und

<sup>1</sup> *BayStMGP: Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2024*, S. 10; *Bayerische Krankenhausgesellschaft e.V.: Grundsätze der Krankenhausplanung in Bayern*.

<sup>2</sup> *BayStMGP: Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2024*, S. 9 f.; *BayStMGP: Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2023*, S. 9 f.; *BayStMGP: Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2022*, S. 9 f.; *BayStMGP: Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2021*, S. 7.

<sup>3</sup> *BayStMGP: Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2024*, S. 301.

<sup>4</sup> *BayStMGP: Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2024*, S. 301.

<sup>5</sup> Der Begriff „Hochschulklinik“ wie in das Krankenversicherungsrecht des Bundes und der Begriff „Universitätsklinikum“, wie er in häufig in Landesgesetzen gebraucht wird, meinen dasselbe und werden in dieser Arbeit identisch verwendet.

weitreichenden Erfahrung in sämtlichen, mit der medizinischen Versorgung der Bevölkerung einhergehenden Bereichen, nicht wegzudenken.

Daneben pflegen Hochschulkliniken eine enge Verbindung und Zusammenarbeit mit den medizinischen Fakultäten an Deutschlands Universitäten.<sup>6</sup> Der Forschungs- und Lehrauftrag hat Auswirkungen bzw. Einfluss auf die geleistete Krankenversorgung. In welchem Umfang und auf welche Art und Weise soll im Folgende näher beleuchtet werden.

## II. Unikum Hochschulklinikum in der Krankenhausplanung

Bei genauerer Betrachtung der einschlägigen (gesetzlichen)<sup>7</sup> Normen, sowie Sichtung der relevanten Literatur wird schnell deutlich, dass Universitätskliniken in der Krankenhausplanung einen Sonderfall darstellen. Nimmt man sich etwa die Krankenhauspläne der Länder heraus, so fallen augenblicklich einige Formulierungen ins Auge, welche den Leser nachdenklich machen können.

Der Bayerische Krankenhausplan spricht z. B. von Hochschulkliniken, welche in die Krankenhausplanung „einzubeziehen“<sup>8</sup> sind, bleibt mit dieser Formulierung aber, möglicherweise bewusst, unpräzise.

Es wird dadurch zwar einerseits verdeutlicht, dass Hochschulkliniken in jedem Fall Teil der Krankenhausplanung in Bayern sein sollen. Es bleibt jedoch auf der anderen Seite unklar, wann, wie und in welcher Form deren Betten, Plätze und Fachbereiche in die allgemeine Krankenhausplanung einfließen. Auch bleibt unklar, inwiefern staatlicherseits z. B. durch die Planungsbehörden, vonseiten des Trägers der Hochschulkliniken (staatlich und privat) oder aber durch weitere Akteure auf diese Planung Einfluss genommen werden kann.

Immerhin stellt die Krankenhausplanung einen Ausfluss aus dem allgemeinwohlorientierten Anspruch der Bevölkerung auf bedarfsgerechte Krankenversorgung dar.<sup>9</sup> Gewisse staatliche Kontrollmöglichkeiten müssen vor diesem Hintergrund auch bei Universitätskliniken gegeben bleiben.

Ebenso fällt auf, dass der Bayerische Krankenhausplan bis 2023 an verschiedenen Stellen durch eine unterschiedliche Wortwahl präzisiert. In Teil II – Abschnitt A – Plankrankenhäuser wurden alle Plankrankenhäuser und sonstige Vertragskrankenhäuser in Bayern aufgeführt. Die Tabelle sprach an dieser Stelle von „zugelassenen Betten/ Plätzen und Fachbereichen“. Im Anhang

---

<sup>6</sup> <https://medizinische-fakultaeten.de/verband/deutsche-hochschulmedizin/>.

<sup>7</sup> Den Krankenhausplänen der Länder kommt lediglich verwaltungsinterne Bedeutung zu, der Begriff „gesetzlich“ wäre hier folglich fehlerhaft.

<sup>8</sup> *BayStMGP*: Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2023, S. 10.

<sup>9</sup> *BayStMGP*: Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2023, S. 5.

wurden dann erstmals auch Hochschulkliniken in der Gesamtlistung aufgeführt und der Plan verwendete in der dortigen Tabelle nun das abweichende Wort „anerkannt“ in Bezug auf Betten/ Plätze und Fachbereiche.<sup>10</sup> Dies könnte implizieren, dass Hochschulbetten/-plätze und Fachbereiche eben gerade keine aktive Zulassung durch die Krankenhausplanungsbehörde benötigen, sondern direkt aus einer (vorgelagerten) Hochschulklinikplanung fließen und ohne Zwischenschritt als anerkannt gelten.

Vor diesem Hintergrund ergeben sich einige Unklarheiten, insbesondere wo die konkret einzubeziehenden Betten-, Plätze- und Fachbereichszahlen herrühren und auch welche Bedeutung die Streichung des Wortes „anerkannt“ im bayerischen Krankenhausplan 2024 haben könnte.

### III. Konkretisierung und Beschränkung der Problemstellung

Inhaltlich wird sich diese Dissertation mit einem eher kleinen Teilbereich der Krankenhausplanung und Aspekten der Krankenhaus- und Hochschulfinanzierung beschäftigen. Es handelt sich um ein zwar umgrenztes, aber dennoch schwer durchdringbares Nischenproblem. Nicht zuletzt aufgrund der föderalistischen Gestaltung des Bereiches existieren im Bundesgebiet zudem Unterschiede bei der jeweiligen landesrechtlichen Ausgestaltung.<sup>11</sup>

Die Hochschulkliniken werden in den Hochschul(medizin)- und Universitätsklinikagesetzen der Länder [z. B. Bayerisches Universitätsklinikagesetz (BayUniKlinG), Sächsisches Hochschulmedizingesetz (SHMG), Niedersächsisches Hochschulgesetz (NHG)] ausgewiesen. In den meisten Ländern geschieht dies, indem eine rechtsfähige Anstalt oder Körperschaft des öffentlichen Rechts geschaffen wird.<sup>12</sup>

Dem Zwecke der Klarheit dienend erscheint es sinnvoll, sich für diese Arbeit auf nur eine Organisationsform der Hochschulkliniken zu spezifizieren. Hier bietet es sich an, die in Deutschland am häufigsten gewählte Rechtsform, die rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts, herauszugreifen.<sup>13</sup>

Auch der Freistaat Bayern, auf dessen Krankenhausplan vorwiegend zurückgegriffen wird, wählte für alle seine Universitätskrankenhäuser im Landesgebiet diese Form der Organisation. Auf andere Organisationsformen der Universitäts- und Hochschulkliniken und auf Krankenhauspläne anderer Länder wird nur vergleichsweise und zur Verdeutlichung der (organisationsformal) spezifischen Besonderheiten zurückgegriffen.

---

<sup>10</sup> *BayStMGP*: Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2023, S. 311.

<sup>11</sup> *Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages*: Begriff, Rechtsformen und Finanzierung der Universitätskliniken in Deutschland, S. 6 ff.

<sup>12</sup> *Quaas* in *MedR* 2010: Die Einbeziehung der Hochschulklinik in die staatliche Krankenhausplanung, S. 149.

<sup>13</sup> *Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages*: Begriff, Rechtsformen und Finanzierung der Universitätskliniken in Deutschland, S. 9.

## **B. Erstes Kapitel – Hinführung zur Thematik**

### **I. Struktur der rechtsbeschreibenden Forschung**

Der Gang dieser Arbeit stützt sich im Wesentlichen auf zwei Forschungsfragen, welche den Grundstein für die Untersuchung gelegt haben.

Es stellt sich zum einen die Frage, „**ob sich Hochschulkliniken ihren Versorgungsauftrag inhaltlich gewissermaßen selbst vorgeben**“ und somit den Krankenhausplanungsbehörden gewisse Entscheidungen diesbezüglich „aufzwingen“ können.

Zum anderen schließt sich die daran anknüpfende Frage an, „**ob es zu einer Auswahlentscheidung zwischen einer Hochschulklinik und einem ‚normalen‘ Plankrankenhaus kommen kann**“.

Der Hauptteil der Arbeit lässt sich in 4 thematische Blöcke (sog.: Kapitel) untergliedern.

#### **1. Das erste Kapitel**

Im **ersten** Kapitel sollen die rechtlichen Grundlagen zusammengetragen werden, welche für das Verständnis der nachfolgenden Betrachtung benötigt werden. Die Problematik muss rechtlich verortet werden, die allgemeinen Grundlagen der Krankenhausplanung sowie der Krankenhaus- und Hochschulfinanzierung sind zu erläutern und anschließend auch das Hochschulklinikum in dieses planerische Konstrukt einzubetten.

#### **2. Die Kapitel zwei und drei (Forschungsfragen)**

Die Darstellungen des **zweiten** und **dritten** Kapitels sollen zum Abschluss die Beantwortung der Forschungsfragen haben.

##### a) Zweites Kapitel (Forschungsfrage 1)

***Forschungsfrage 1: Können Hochschulkliniken sich ihren Versorgungsauftrag inhaltlich selbst vorgeben?***

Hintergrund dieser Frage ist, peripher gesprochen und ohne die gesetzlichen Normen näher zu kennen, dass Hochschulkliniken ihren Versorgungsvertrag aus der landesrechtlichen Anerkennung als ebensolche, § 108 Nr. 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche

Krankenversicherung (SGB V) erhalten.<sup>14</sup> Das könnte auch den Versorgungsauftrag, der zusätzlich aus weiteren Komponenten besteht, maßgeblich beeinflussen.

Wie die „Einbeziehungen“ der Hochschulkliniken in die Krankenhausplanung der Länder, insbesondere die Festlegung konkreter Bettenzahlen, Plätze oder Fachbereiche tatsächlich vonstattengeht, welche rechtlichen Register vonseiten der Planungsbehörden oder weiteren Akteuren im krankenhauserplanerischen Bereich gezogen werden können, soll untersucht werden.

#### b) Drittes Kapitel (Forschungsfrage 2)

***Forschungsfrage 2: Wie verhält es sich, wenn es zu einer Auswahlentscheidung zwischen einer Hochschulklinik und einem „normalen“ Plankrankenhaus kommt?***

Eine planerische Sonderstellung der Hochschulkliniken in der Krankenhausplanung unterstellt, könnte man in der Folge eine Ausnutzung dieser Stellung z. B. durch wettbewerbsverzerrendes Verhalten der einzelnen Hochschulkliniken befürchten. Der Grundsatz in der Krankenhausplanung ist, dass bei höherer Anzahl geeigneter Krankenhäuser im Vergleich zum tatsächlichen Bedarf eine behördliche Entscheidung<sup>15</sup> ergehen muss.<sup>16</sup>

Es sollen jeweils die am besten geeigneten Krankenhäuser in den Krankenhausplan aufgenommen werden.

Ziel der Krankenhausplanung sollte die Gewährleistung einer bestmöglichen Versorgung für die Bevölkerung sein.<sup>17</sup> Dies setzt Rechtssicherheit für alle Akteure voraus. Ob die derzeitige Rechtslage im Rahmen der gemeinwohlorientierten Krankenhausplanung diesen Anforderungen gerecht werden kann, erscheint vor diesen Hintergründen zumindest fragwürdig und bedarf daher einer genaueren Betrachtung.<sup>18</sup>

### 3. Das vierte Kapitel

Das **vierte Kapitel** rundet die vorangegangenen Untersuchungen mit einem Ausblick ab. Die Krankenhäuser in Deutschland befinden sich in einer strukturellen und finanziellen Krisensituation. Da die Forderungen und Reformvorschläge aus den letzten Jahren, zur Begegnung dieser Schieflage, schwerpunktmäßig auch die planerische Rolle und die strukturelle wie finanzielle Stützung der Hochschulmedizin betreffen, kann über eine abschließende juristische sowie rechtspolitische Bewertung sodann womöglich ein Eindruck

---

<sup>14</sup> *Hobusch*: Recht im Gesundheitswesen für Juristen und Nichtjuristen, S. 76;

<sup>15</sup> S. u.: (D. I.).

<sup>16</sup> *BayStMGP*: Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2024, S. 5.

<sup>17</sup> *BayStMGP*: Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2024, S. 5.

<sup>18</sup> S. u.: (D. III. 2.).

vermittelt werden, welche bedeutsamen Neuerungen unserer Krankenhauslandschaft schon bald bevorstehen könnten.

## II. (Gesetzliche) Verortung der nachfolgenden Rechtsbetrachtung

*„Bei der Bedarfsermittlung für einzelne Versorgungsbereiche werden die Hochschulkliniken miteinbezogen, da diese neben der Forschung und Lehre der Akutversorgung der Bevölkerung dienen.“<sup>19</sup>*

Neben dem einleitenden Zitat<sup>20</sup> ist dies eine der wenigen basalen Aussagen, die der Bayerische Krankenhausplan zur Einbeziehung von Hochschulkliniken bereithält. Um nachvollziehen zu können, welche Bedeutung eine „Einbeziehung bei der Bedarfsermittlung“ hat, muss man sich zunächst ein paar Grundsätze der Krankenhausplanung und der Krankenhausfinanzierung, sowie einige Besonderheiten der Hochschulmedizin und deren Finanzierung ansehen.

### 1. Grundsätze der Krankenhausplanung

*„Um Fehlinvestitionen und damit eine gesundheits- und wirtschaftspolitisch nicht vertretbare Fehlleitung öffentlicher Mittel zu vermeiden, muss, ausgehend vom Bedarf an Krankenhausleistungen in den einzelnen Versorgungsbereichen, festgestellt werden, welche Krankenhäuser zur stationären Versorgung erforderlich sind. Diese Planung hat dem gesetzlichen Ziel zu dienen, eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung durch ein funktional abgestuftes und effizient strukturiertes Netz einander ergänzender Krankenhäuser freigemeinnütziger, privater und öffentlich-rechtlicher Träger in Bayern zu sichern.“<sup>21</sup>*

So beschreibt der Bayerische Krankenhausplan von 2024 in seinen Allgemeinen Grundsätzen die Zwecke der Krankenhausplanung. Der Krankenhausplan wird jährlich vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege in Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Krankenhausplanungsausschuss aufgestellt, genauer gesagt fortgeschrieben.<sup>22</sup> Aufgrund von fortschreitenden Entwicklungen im medizinischen und medizinisch-technologischen Bereich hat sich dieser Rhythmus als zukunftsweisend herausgestellt, denn nur durch diesen Jahreszyklus kann die Krankenhausplanung an den aktuellen Entwicklungsfortschritt angepasst bleiben.<sup>23</sup>

---

<sup>19</sup> BayStMGP: Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2024, S. 8.

<sup>20</sup> S. o.: (A.).

<sup>21</sup> BayStMGP: Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2024, S. 5.

<sup>22</sup> <https://www.stmgp.bayern.de/meine-themen/fuer-krankenhausbetreiber/krankenhausplanung/>.

<sup>23</sup> <https://www.bkg-online.de/infos-services/krankenhausversorgung/krankenhausplanung>.

Laut Bayerischer Krankenhausgesellschaft zählt zu den Grundsätzen der Krankenhausplanung insbesondere auch die Einteilung in Versorgungsstufen.<sup>24</sup> Es werden derzeit bei der Krankenhausplanung drei Versorgungsbereiche unterschieden, die erste Versorgungsstufe (Grundversorgung), die zweite Versorgungsstufe (Übernahme von überregionalen Schwerpunktaufgaben) und die dritte Versorgungsstufe (umfassendes und differenziertes Leistungsangebot – Maximalversorger).<sup>25</sup> Hochschulkliniken sind vornehmlich als Maximalversorger (dazu zählen primär Krankenhäuser ab einer Bettenzahl von ca. 600<sup>26</sup>) tätig.<sup>27</sup>

Eine Erreichbarkeitsanalyse des RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung aus dem Jahr 2014 zeigte, dass 96,3 % der Bevölkerung ein solches maximalversorgendes Krankenhaus innerhalb der klaren Zeitvorgabe von 60 Minuten erreichen können.<sup>28</sup>

## 2. Die Landeskrankenhausplanung

Die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung stellt eine Grundaufgabe des Staates im Rahmen der Daseinsvorsorge dar.<sup>29</sup> Die Sicherstellung der Verfügbarkeit von ausreichend leistungsfähigen Krankenhäusern ist hierfür unerlässlich.<sup>30</sup>

Eines der wichtigsten Instrumente zur Gewährleistung dieser bedarfsgerechten Versorgung ist die Krankenhausplanung.<sup>31</sup> Als gesetzlichen Ursprung der Krankenhausplanung lässt sich unter anderem § 6 Abs. 1 i. V. m. § 1 Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) identifizieren.<sup>32</sup>

Die Verantwortung für die Versorgung und Planung von einer Infrastruktur an Krankenhäusern liegt im Kompetenzbereich der Länder.<sup>33</sup>

Diese staatliche Planung ist vom Gesetzgeber als eine sogenannte Bedarfsplanung gedacht. Die Länder haben jeweils die Versorgungsbedürfnisse der Bevölkerung zu analysieren, einen entsprechenden Bedarf an Krankenhausstandorten, Bettenzahlen und Fachabteilungen

---

<sup>24</sup> *BayStMGP*: Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2024, S. 9.

<sup>25</sup> *BayStMGP*: Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2024, S. 9 f.

<sup>26</sup> *Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung*: Krankenhausplanung 2.0, S. 47.

<sup>27</sup> *Dettling* in *Dettling/Gerlach*: BeckOK KHG, § 1 KHG, Rn. 15.

<sup>28</sup> *Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung*: Krankenhausplanung 2.0, S. 46f.

<sup>29</sup> BVerfG, Urteil vom 18. Juni 1975 – 1 BvL 4/74, Rn.55; BVerfGE 40, 121 – 140 (133).

<sup>30</sup> *Baier*: Die Finanzierung von (öffentlichen) Krankenhäusern in Deutschland, S. 31.

<sup>31</sup> *Füldner*: Krankenhäuser im Spannungsfeld zwischen Versorgungsauftrag, Krankenhausplanung und Wettbewerb, S. 7.

<sup>32</sup> *Füldner*: Krankenhäuser im Spannungsfeld zwischen Versorgungsauftrag, Krankenhausplanung und Wettbewerb, S. 7.

<sup>33</sup> *Igl* in *Igl/Welti*: Gesundheitsrecht, § 11, Rn. 5.

bestmöglich zu ermitteln und zu gewährleisten, dass der Bedarf durch ausreichende (stationäre) Versorgung gedeckt werden kann.<sup>34</sup>

Krankenhausplanung hat nicht zum Zwecke, die Versorgungskapazitäten festzuschreiben, sondern vielmehr die fortlaufenden Entwicklungen zu beobachten und die Planung stetig an die veränderten Versorgungsbedingungen anzupassen.<sup>35</sup>

#### a) Die zwei Stufen der Krankenhausplanung

Die Landeskrankenhausplanung, vom Planungsbeginn bis zum finalen Krankenhausplan, lässt sich in zwei Stufen unterteilen. Erstens die Planaufstellung durch die zuständige Planungsbehörde und zweitens die Erteilung von Feststellungsbescheiden (welche die Entscheidung auf der ersten Stufe nachvollziehen) an die jeweiligen Krankenhausträger.<sup>36</sup>

Auf der ersten Stufe findet zunächst die grundlegende Planung statt.

Nach Art. 4 Abs. 1 S. 1 Bayerisches Krankenhausgesetz (BayKrG) beispielsweise, stellt der Krankenhausplan i. S. d. § 6 Abs. 1 KHG die „für die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser nach Standorten, Bettenzahlen und teilstationären Plätzen, Fachrichtungen sowie Versorgungsstufen dar.“<sup>37</sup> Herkömmlicherweise enthält der abschließende Krankenhausplan daher mindestens Vorgaben zu Standorten von Krankenhäusern, Bettenzahlen und Fachbereichen.<sup>38</sup>

Daneben werden im Krankenhausplan auch spezifische Versorgungsschwerpunkte der Krankenhäuser, notwendigerweise in jedem Fall die mit einem Krankenhaus verbundenen Ausbildungsstätten, ausgewiesen.<sup>39</sup>

#### b) Die vier Schritte der Krankenhausplanung auf erster Stufe

In der Praxis dient die erste Stufe als Vorbereitung der zweiten Stufe.

Konkret läuft die Krankenhausplanung auf Stufe 1 in vier Schritten ab.

Die Behörde legt die Ziele der Krankenhausplanung (Krankenhauszielplanung) fest, nimmt eine Bedarfsanalyse vor und stellt fest, welche Krankenhäuser zur Bedarfsdeckung grundsätzlich geeignet erscheinen (Krankenhausanalyse) und mit welchen dieser

---

<sup>34</sup> *Quaas/Zuck/Clemens*: Medizinrecht, 4. Aufl., § 26, Rn. 564; *Stollmann* in Huster/Kaltenborn: Krankenhausrecht, § 4, Rn. 10; *Halbe/Orlowski* in Münchner Anwaltshandbuch Medizinrecht, § 13, Rn. 80 ff.; BVerwG Urteil vom 25.07.1985 – 3 C 25/84; BVerwGE 72, 83.

<sup>35</sup> *Quaas/Zuck/Clemens*: Medizinrecht, 4. Aufl., § 26, Rn. 564.

<sup>36</sup> *Stollmann* in Huster/Kaltenborn: Krankenhausrecht, § 4, Rn. 11; BVerwG, Urteil vom 14.04. 2011 – 3 C 17.10.

<sup>37</sup> *Lehmann*: Krankenhaus und EG-Beihilferecht, S. 29;

<sup>38</sup> *Stollmann* in Huster/Kaltenborn: Krankenhausrecht, § 4, Rn. 10.

<sup>39</sup> *Deutsche Krankenhausgesellschaft*: Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2021, S. 45.

Krankenhäuser der Bedarf anschließend tatsächlich gedeckt werden soll (Versorgungsentscheidung).<sup>40</sup>

(1) Zustandekommen von Versorgungsverträgen nach §§ 108 f. SGB V

Die Zulassung per Feststellungsbescheid auf der zweiten Stufe bedeutet bei Plankrankenhäusern den Abschluss eines (fingierten) Versorgungsvertrag, welchen ein Krankenhaus erhält, um an der Versorgung der (gesetzlich versicherten) Bevölkerung teilnehmen zu dürfen.

§ 108 SGB V gibt vor, durch welche Krankenhäuser (sog. Zugelassene Krankenhäuser) Krankenhausbehandlungen erbracht werden dürfen.<sup>41</sup>

Dies sind nach Nr. 3 einerseits „Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben“.

In den anderen beiden Fällen des § 108 SGB V, Nr. 1 (Hochschulkliniken) und Nr. 2 (Plankrankenhäuser), schreibt § 109 Abs. 1 S. 2 SGB V jeweils das fingierte Zustandekommen der Versorgungsverträge fest.<sup>42</sup> So genügt bei Plankrankenhäusern die Aufnahme in den Krankenhausplan (nach § 8 Abs. 1 S. 2 KHG) zum Abschluss eines Versorgungsvertrages und bei Hochschulkliniken grundsätzlich die Anerkennung nach landesrechtlichen Vorschriften.<sup>43</sup>

(2) Die rechtliche Bedeutsamkeit der zweiten Stufe

Da es sich bei einem Krankenhausplan nur um ein Verwaltungsinternum ohne Außenwirkung handelt, dem nach Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) lediglich die Rechtswirkung einer innerdienstlichen Weisung zukommt, muss dieser in einem zweiten Schritt umgesetzt werden. Der Krankenhausplan beeinflusst folglich die feststellende Entscheidung, nimmt diese aber nicht vorweg.<sup>44</sup> Die Vorgaben der Pläne müssen, insbesondere gegenüber Plankrankenhäusern, über individuelle Feststellungsbescheide umgesetzt werden.<sup>45</sup>

Es handelt sich bei der zweiten Stufe also um eine konstitutive und nicht lediglich eine deklaratorische Entscheidung.<sup>46</sup>

---

<sup>40</sup> *Stollmann* in Huster/Kaltenborn: Krankenhausrecht, § 4, Rn. 11; *Neumann*: Die externe Qualitätssicherung im Krankenhausrecht, S. 69; *Halbe/Orlowski* in Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht, § 13, Rn. 86 ff.

<sup>41</sup> *Stollmann* in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, § 108 SGB V, Rn. 1.

<sup>42</sup> *Stollmann* in Huster/Kaltenborn: Krankenhausrecht, § 4, Rn. 4.

<sup>43</sup> *Joussen* in Bergmann/Pauge/Steinmeyer: Gesamtes Medizinrecht, § 108 SGB V, Rn. 5.

<sup>44</sup> *Stollmann* in Huster/Kaltenborn: Krankenhausrecht, § 4, Rn. 11; *Stollmann* in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, §108 SGB V, Rn. 6; BVerwG, Urteil vom 18.12.1986 – 3 C 67.85.

<sup>45</sup> *Stollmann* in Huster/Kaltenborn: Krankenhausrecht, § 4, Rn. 10, 39.

<sup>46</sup> *Stollmann* in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, §108 SGB V, Rn. 6.

## c) Die Hochschulkliniken in den Krankenhausplänen der Länder

Der Freistaat Bayern betreibt nach Art. 1 Abs. 1 BayUniKlinG, sechs landesrechtlich anerkannte Hochschulkliniken in fünf bayerischen Städten.

Universitätskliniken erhalten ihren Versorgungsvertrag direkt aus der landesrechtlichen Anerkennung als Hochschulklinik. Eine Umsetzung per Feststellungsbescheid oder der Abschluss eines Versorgungsvertrages findet nicht statt. Es stellt sich folglich so dar, dass bei Hochschulkliniken die konstitutive zweite Stufe der Krankenhausplanung gar nicht durchlaufen wird.

Das wirft die Folgefrage auf, ob die Krankenhausplanung auf erster Stufe bei Hochschulkliniken gegebenenfalls gar nicht die zweite Stufe vorbereitet, sondern der Krankenhausplan, § 6 Abs. 1 KHG vielleicht eine planerische Entscheidung im Rahmen der Hochschulklinikplanung lediglich nachvollzieht.

Auf welche Art und Weise und zu welchem Zeitpunkt Hochschulkliniken in die allgemeine Krankenhausplanung der Länder einfließen, hat aber in jedem Fall keine Auswirkungen darauf, wie sich die Gesamtbetten auf die Fachabteilungen verteilen.

In Bayern z. B. obliegt die Aufteilung der Gesamtbetten auf die Fachabteilungen, allein den Krankenhäusern.<sup>47</sup> Möglicherweise von Planungsbehörden erteilte Feststellungsbescheide (z. B.: Plankrankenhaus = Bescheid über Planaufnahme; Hochschulklinik = evtl. Fiktionsbescheid<sup>48</sup>) oder sonst abgeschlossene Versorgungsverträge treffen daher in jedem Fall keine Aussage über die konkrete Verteilung der Betten auf die Fachbereiche, dies kann daher auch nicht Teil der Feststellungswirkung von Feststellungsbescheiden (Verwaltungsakte) oder Inhalt des öffentlich-rechtlichen Versorgungsvertrages sein.<sup>49</sup> Der konkrete Versorgungsauftrag kann dahingehend von allen Krankenhäusern im Benehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde nach § 109 Abs. 1 S. 5 SGB V mitgestaltet werden.

## (1) Zuständigkeit bei der Krankenhausplanung mit Hochschulkliniken

Allgemeine Krankenhausplanungsbehörde ist das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege. Nach Art. 7 BayKrG wird zudem der bayerische Krankenhausplanungsausschuss gebildet. Aus Art. 7 Abs. 2 BayKrG ergibt sich, dass bei der Aufstellung des Krankenhausplanes und der Investitionsprogramme einvernehmliche Regelungen angestrebt werden sollen.

---

<sup>47</sup> *Deutsche Krankenhausgesellschaft*: Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2021, S. 45.

<sup>48</sup> S. u.: z. B. Sachsen (C. II. 5.).

<sup>49</sup> *Beume*: Bundesverwaltungsgericht: Krankenhauspläne auf dem Prüfstand; *Deutsche Krankenhausgesellschaft*: Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2021.

Keine gesonderte Aussage trifft das BayKrG dagegen über die Hochschulkliniken in der allgemeinen Krankenhausplanung. Nach Art. 4 i. V. m. Art. 1 Abs. 2 BayUniKlinG unterstehen Universitätskliniken der Rechtsaufsicht des Staatsministeriums für Wissenschaft und Kunst. Es wurde bereits dargestellt, dass aus dem Krankenhausplan des Freistaates Bayern zwar hervorgeht, dass die Hochschulkliniken bei der Krankenhausplanung „miteinbezogen“ werden, über die Art und Weise oder den genauen Zeitpunkt dieser Einbeziehung schweigt der Krankenhausplan dagegen weitestgehend.<sup>50</sup>

Da das Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst nicht Teil des Bayerischen Krankenhausplanungsausschusses nach Art. 7 Abs. 1 BayKrG ist, kann es den Krankenhausplan nicht im Zuge der allgemeinen Krankenhausplanung mitbeeinflussen.<sup>51</sup>

## (2) Die Unklarheiten bei der Beteiligung von Hochschulkliniken

Zu welchem Zeitpunkt der Planung auf erster Stufe eine Beteiligung der Hochschulkliniken stattfindet, bleibt weiterhin ungeklärt.

Die fehlende Beteiligung des Staatsministeriums für Wissenschaft und Kunst am Bayerischen Krankenhausplanungsausschuss gibt einen Hinweis darauf, dass es eine solche Beteiligung zu diesem Zeitpunkt vielleicht gar nicht mehr benötigt wird, da eine Hochschulklinikplanung unabhängig und neben der allgemeinen Krankenhausplanung bereits stattgefunden hat.

Es wäre etwa möglich, dass es im Rahmen einer Bestandsaufnahme (Bedarfsanalyse) zur Mitteilung der durch die Hochschulklinikplanung ermittelten Bettenzahlen an das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (BayStMGP) kommt und erst anschließend die übrige Bedarfs- und Krankenhausanalyse im Zuge der allgemeinen Krankenhausplanung stattfindet.

Denkbar ist aber auch, dass eine Bedarfsermittlung zum Zeitpunkt der Einbeziehung bereits abgeschlossen ist und dann erst danach eine parallele oder vorgeschaltete Berücksichtigung der Bettenzahlen der Hochschulkliniken im Rahmen der Krankenhausanalyse (und/oder den konkreten Versorgungsentscheidungen) erfolgt.

---

<sup>50</sup> *BayStMGP*: Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2024, S. 8.

<sup>51</sup> Im Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst gibt es, nach eigener Aussage, eine Vollkostenstelle, welche nicht konkret die Arbeit eines Bayerischen Universitätsklinikums betreut, sondern übergeordnet alle Universitätskliniken im Freistaat Bayern koordinieren soll. Derzeit und auch auf absehbare Zeit ist diese jedoch nicht besetzt. In der Praxis findet wohl eine interne Absprache zwischen dem Staatsministerium für Gesundheit und Pflege und dem Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst statt. Auch hier wird zum Zwecke der Krankenhausplanung jährlich in einem „Ausschuss“ (welcher anders als der Bayerische Krankenhausplanungsausschuss nicht gesetzlich normiert ist) beraten. In diesem Ausschuss sitzen, lt. Aussage des Staatsministeriums für Wissenschaft und Kunst, neben den Staatsministerien auch weitere Vertreter der Aufsichtsräte der Hochschulkliniken sowie Vertreter der Krankenkassen. Zu welchem Zeitpunkt der Planung dieser „Ausschuss“ tagt, welche inhaltlichen Themen dabei besprochen oder welche Entscheidungen getroffen werden, konnte nicht abschließend ermittelt werden.

Eine Beteiligung findet in jedem Fall statt. Die Hochschulkliniken sind mit Bettenzahlen und Fachbereichen auch im Anhang des Krankenhausplanes aufgeführt.<sup>52</sup>

Diese Fragen sollen im Rahmen des Zweiten Kapitels – Die Einbeziehung der Hochschulkliniken in die Krankenhausplanung (Forschungsfrage 1) näher begutachtet werden.<sup>53</sup>

### 3. Vorschriften zur Krankenhausfinanzierung

Neben den nicht gesetzlichen Krankenhausplänen und den Vorschriften des SGB V enthalten auch das KHG und das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) (allesamt Bundesgesetze) Vorgaben, die bei der Krankenhausplanung berücksichtigt werden müssen.

Krankenhausplanung ist Ländersache.<sup>54</sup>

Ansprüche auf öffentliche Förderung, § 8 Abs. 1 KHG, sind daher an die Aufnahme in die Landeskrankenhauspläne geknüpft.<sup>55</sup>

Die Finanzierung von Krankenhäusern findet grundsätzlich nach einem dualen (Staat, Krankenkasse, Krankenhaus) System statt. Der Einfachheit halber besinnt man sich jedoch bei der genaueren Betrachtung gerne auf das sogenannte „duale Finanzierungssystem“ (Staat, Krankenkassen) zurück, da die Eigenfinanzierung der Krankenhäuser meist einen sehr geringen Anteil an der Gesamtförderung ausmacht und daher für den Betrieb des Krankenhauses eher ergänzend und nicht grundlegend bedeutsam ist.<sup>56</sup>

In diesem dualen System findet die Förderung von staatlicher Seite durch die Länder nach §§ 8 – 11 KHG statt und beschränkt sich auf die Investitionsförderung.<sup>57</sup> Kosten für den laufenden Betrieb im Rahmen der Krankenversorgung werden über Pflegesätze mit den jeweils zuständigen Kostenträgern (im Regelfall (gesetzliche) Krankenversicherung) abgerechnet, §§ 16 – 20 KHG.<sup>58</sup>

---

<sup>52</sup> *BayStMGP*: Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2024, S. 301.

<sup>53</sup> S.u.: [C. II. 2.]

<sup>54</sup> *Quaas/Zuck/Clemens*: Medizinrecht, 4. Aufl., § 26, Rn. 540; *Würtenberger* in Dettling/ Gerlach: BeckOK KHG, § 6 KHG, Rn. 1; *Igl* in Igl/Welti: Gesundheitsrecht, § 11, Rn. 5; *Stollmann* in Huster/Kaltenborn: Krankenhausrecht, § 4, Rn. 10, s.o.: [B. II. 2.].

<sup>55</sup> *Würtenberger* in Dettling/ Gerlach: BeckOK KHG, § 8 KHG, Rn. 7; *Baier*: Die Finanzierung von (öffentlichen) Krankenhäusern in Deutschland, S. 224.

<sup>56</sup> *Dettling* in Dettling/ Gerlach: BeckOK KHG, § 1 KHG, Rn. 111.

<sup>57</sup> *Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages*: Begriff, Rechtsformen und Finanzierung der Universitätskliniken in Deutschland, S. 18.

<sup>58</sup> *Reit*: Public Private Partnership und materielle Privatisierung und materielle Privatisierung kommunaler Krankenhäuser im Lichte der Investitionsförderung, S. 136; *Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages*: Begriff, Rechtsformen und Finanzierung der Universitätskliniken in Deutschland, S. 18 f.

## a) Kompetenzvorschriften

Als Kompetenznormen lassen sich Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a und Art. 72 Abs. 2 des Grundgesetzes (GG) identifizieren. Es handelt sich um eine konditionierte, konkurrierende Gesetzgebung.<sup>59</sup> Der Bund darf im Rahmen dieser Bedarfs<sup>60</sup>- oder Erforderlichkeitskompetenz<sup>61</sup> nur tätig werden, „wenn und soweit die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet oder die Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse eine bundesgesetzliche Regelung erforderlich macht“. <sup>62</sup>

Das KHG als Bundesgesetz fällt nicht unter diese Kompetenznormen.<sup>63</sup>

Bei der Finanzierung nach „trialem“ System tragen jeweils Staat, Krankenkasse und Krankenhäuser einen Teil der Kosten.<sup>64</sup>

Das KHG enthält in seinen Allgemeinen Vorschriften (§§ 1 – 7 KHG) keinen „Landesrechtsvorbehalt“, welcher eine Ausübung der konkurrierenden, konditionierten Gesetzgebungskompetenz des Bundes nach Art. 74 Abs. 2 GG vermuten ließe.<sup>65</sup> Vielmehr ging der Gesetzgeber bei der Schaffung des KHG davon aus, dass es bei einer Kompetenz der Länder bleiben sollte.<sup>66</sup> Dies verdeutlicht im Umkehrschluss auch § 11 KHG, welcher, im Gegensatz zur allgemeinen Krankenhausplanung, für die Investitionsförderung (§§ 8 – 15 KHG) einen solchen Vorbehalt vorsieht.<sup>67</sup>

Eine Förderung von Krankenhäusern kann nur stattfinden, wenn diese im Krankenhausplan eines Landes aufgenommen wurden.<sup>68</sup> § 6 KHG soll diese Verpflichtung zur Aufstellung von Krankenhausplänen nur bestärken, die verpflichtende Anweisung in dessen Abs. 1 darf gerade nicht als Kompetenzermächtigung des Bundes verstanden werden.<sup>69</sup>

Lediglich der 2016 neu eingeführte § 6 Abs. 1a KHG enthält eine auf die Einbeziehung von Qualitätsindikatoren beschränkte Kompetenzausübung, welche aber die Länder in ihrer Planungshoheit ebenfalls nicht zu berühren vermag.<sup>70</sup> Mit dem Krankenhausneuordnungsgesetz

---

<sup>59</sup> Uhle in Dürig/Herzog/Scholz: Grundgesetz-Kommentar, Art 72 GG, Rn. 123.

<sup>60</sup> Ipsen in NJW 2006, 2801 ff. (2803); Rengeling in Isensee/Kirchhof: HStR, § 135, Rn. 7, 164.

<sup>61</sup> BVerfG, Urteil vom 24. November 2010 – 1BvF 2/05 –, Rn. 125; BVerfGE 128, 1- 90 (34).

<sup>62</sup> Art. 74 Abs. 2 GG.

<sup>63</sup> Dettling in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, § 1 KHG, Rn. 116.

<sup>64</sup> Dettling in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, § 1 KHG, Rn. 111.

<sup>65</sup> Quaas/Zuck/Clemens: Medizinrecht, 4. Aufl., § 26, Rn. 540.

<sup>66</sup> BT-Drs VI/1874 – Anlage 1 Teil A.

<sup>67</sup> Quaas/Zuck/Clemens: Medizinrecht, 4. Aufl., § 26, Rn. 540.

<sup>68</sup> Quaas/Zuck/Clemens: Medizinrecht, 4. Aufl., § 26, Rn. 540.

<sup>69</sup> Württenberger in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, § 6 KHG, Rn. 1.

<sup>70</sup> Württenberger in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, § 6 KHG, Rn. 4.

(KHNG) 1984 und der daran anknüpfenden Änderung des BayKrG 1986 wurden die Gestaltungsmöglichkeiten der Länder sogar noch ausgeweitet.<sup>71</sup>

Es wird von einer, zunächst wenig Eigenverantwortung implizierenden, „Pflicht“ der Länder zur Planaufstellung nach § 6 KHG ausgegangen, wenn wohl auch eher ein „gesetzlicher Auftrag“ die bessere Bezeichnung darstellen dürfte.<sup>72</sup>

Ergänzend enthalten auch die Landekrankengesetze (z. B. BayKrG), das KHG in seinen Zielen stützende Regelungen.

Der „gemeinsame Grundsatz lautet, dass die Infrastrukturverantwortung für die Krankenhausversorgung beim Staat, und das heißt bei den Ländern, liegt.“<sup>73</sup>

#### b) Verhältnis KHG und KHEntgG

Das KHEntgG gilt neben dem KHG, wenn es eine speziellere, vom KHG abweichende Regelung trifft.<sup>74</sup>

#### c) Die Finanzierung der Hochschulmedizin

Von äußerster Relevanz ist auch bei dem Betrieb von Hochschulkliniken die Finanzierungsfrage. Man spricht (ebenfalls) von einer dualen Finanzierung (Staat und Krankenkassen).<sup>75</sup> Nach § 1 Abs. 4 BayUniKlinG verfolgen Bayerns Universitätskliniken ausschließlich gemeinnützige Zwecke im Sinne der Abgabenordnung.<sup>76</sup> Eigene wirtschaftliche Interessen sollen nicht verfolgt werden.

Zwar gibt es vor allem im Bereich der Hochschulforschung die Möglichkeit der Drittmittelwerbung, diese Förderungen sind jedoch regelmäßig projektbezogen und nicht gewinnorientiert zu wirtschaftlichen Gunsten der Hochschulkliniken im Krankenversorgungsbereich einzusetzen (Vollkostendeckungsprinzip/Trennungsrechnung).<sup>77</sup> Die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) und das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) sind hier insbesondere bei vorklinischer medizinischer Grundlagenforschung unterstützend tätig. Klinische Studien hängen im Wesentlichen neben

---

<sup>71</sup> *BayStMGP*: Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2024, S. 5.

<sup>72</sup> *Würtenberger* in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, § 6 KHG, Rn. 6.

<sup>73</sup> *Igl* in *Igl/Welti*: Gesundheitsrecht, § 11, Rn. 5.

<sup>74</sup> *Götz* in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, § 1 KHEntgG, Rn.4

<sup>75</sup> *Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages*: Begriff, Rechtsformen und Finanzierung der Universitätskliniken in Deutschland, S. 19.

<sup>76</sup> *Liebig*: Krankenhausfinanzierung, S. 141; *Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages*: Begriff, Rechtsformen und Finanzierung der Universitätskliniken in Deutschland, S. 4.

<sup>77</sup> *Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages*: Begriff, Rechtsformen und Finanzierung der Universitätskliniken in Deutschland, S. 25.

öffentlicher Drittmittelförderung auch von der Förderung durch private Drittmittelgeber (Pharmaindustrie und medizintechnische Unternehmen etc.) ab.<sup>78</sup>

### (1) Forschung und Lehre und Krankenversorgung

Ansonsten sind die Hochschulkliniken von einer gewissen Janusköpfigkeit geprägt. Einerseits treten Sie im Bereich von Forschung und Lehre als Teil des Hochschulsystems auf. Auf der anderen nehmen sie wichtige Aufgaben im Bereich der Krankenversorgung als Teil des Gesundheitssystems wahr.<sup>79</sup> Finanziell werden Hochschulkliniken staatlicherseits sowohl aus Hochschulgeldern als auch aus Geldern des Gesundheitsbereiches (hier insb. auch über Krankenkassen) finanziert.<sup>80</sup> Diese beiden Bereiche sind jedoch nicht immer strikt voneinander trennbar und bilden daher einen engen Funktionszusammenhang.<sup>81</sup> Die allgemeinen Investitionsförderungsregeln sind jedoch nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 KHG nicht auf die Hochschulkliniken übertragbar, wie auch der Krankenhausplan des Freistaates Bayern es noch einmal unmissverständlich klarstellt.<sup>82</sup>

Die jeweiligen Landeshochschulgesetze und die Landesgesetze über Universitätskliniken enthalten entsprechende spezielle Regelungen, um dem Funktionszusammenhang zwischen Forschung und Lehre einerseits und der Krankenversorgung andererseits angemessen Rechnung tragen zu können.<sup>83</sup> Art. 3 Abs. 2 S. 2 BayUniKlinG enthält etwa Finanzierungsmöglichkeiten, welche nicht nur von den Universitäten, sondern auch von den Universitätskliniken selbst abgerufen werden können.<sup>84</sup>

### (2) Trennung der Finanzkreisläufe

Problematisch erscheint es vor allem, die strikte Trennung der Finanzkreisläufe zu gewährleisten.<sup>85</sup> In Art. 3 Abs. 2 BayUniKlinG wird diese Trennung gesetzlich festgeschrieben. So wird in Art. 3 Abs. 2 S. 1 BayUniKlinG die Deckung der Aufwendungen in der

---

<sup>78</sup> *Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages*: Begriff, Rechtsformen und Finanzierung der Universitätskliniken in Deutschland, S. 26.

<sup>79</sup> *Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages*: Begriff, Rechtsformen und Finanzierung der Universitätskliniken in Deutschland, S. 18.

<sup>80</sup> *Hamdan*: Drittmittelforschung in der Medizin, S. 17 f.; *Wissenschaftsrat*: Empfehlungen des Wissenschaftsrates zur Struktur der Hochschulmedizin, Drs. 4104/99, S. 37.

<sup>81</sup> *Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages*: Begriff, Rechtsformen und Finanzierung der Universitätskliniken in Deutschland, S. 19.

<sup>82</sup> *Szabados* in Spickhoff *Medizinrecht*, § 108 SGB V, Rn. 3; *Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages*: Begriff, Rechtsformen und Finanzierung der Universitätskliniken in Deutschland, S. 19; *BayStMG*: Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2024, S. 8.

<sup>83</sup> *Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages*: Begriff, Rechtsformen und Finanzierung der Universitätskliniken in Deutschland, S. 19.

<sup>84</sup> *Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages*: Begriff, Rechtsformen und Finanzierung der Universitätskliniken in Deutschland, S. 19.

<sup>85</sup> *Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages*: Begriff, Rechtsformen und Finanzierung der Universitätskliniken in Deutschland, S. 19.

Krankenversorgung und in Art. 3 Abs. 2 S. 2 BayUniKlinG die Finanzierung der medizinischen Fakultäten in Forschung und Lehre durch den Freistaat Bayern als jeweils staatliche Aufgaben geregelt. Dies schlägt sich zudem in der Wirtschaftsführung (Rechnungswesen) der Hochschulkliniken nieder. Art. 5 Abs. 2 S. 2 BayUniKlinG schreibt vor, dass die jährlichen Wirtschaftspläne aus einem Finanzplan und jeweils getrennten Erfolgsplänen für Forschung und Lehre, sonstigen Trägeraufgaben und Krankenversorgung bestehen sollen.<sup>86</sup> Eine allzu strikte Auslegung dieser Regelungen erscheint jedoch nicht Praxis-konform.<sup>87</sup> Hierfür existieren pauschale Abgeltungsregelungen und -vereinbarungen zwischen den Krankenkassen und dem Staat. Diese führen zwar zu einer Skepsis zwischen den beiden finanzierenden Akteuren, da keiner mit seinen Mitteln den anderen Sektor mitfinanzieren möchte. Es erscheint jedoch vor dem Hintergrund unvermeidbar, mit solchen Abgeltungspauschalen zu arbeiten, dass sowohl der Verband der Krankenkassen von einer Krankenversorgung im vorklinischen Bereich als auch der Staat von Forschung und Lehre im klinischen Bereich profitieren möchte.<sup>88</sup>

Betrachtet man die Regelungen zur Deckung der Betriebskosten in der laufenden Krankenversorgung (Investitionskostenförderung) stellt man fest, dass die landesrechtlichen Finanzierungsregelungen aus dem BayUniKlinG an die bundesrechtlichen Bestimmungen des § 4 Nr. 2 KHG anknüpfen.<sup>89</sup> Die Finanzierung der Krankenversorgung der Hochschulkliniken läuft daher im Prinzip, wenn auch nach anderen Bestimmungen, entsprechend der Finanzierung von Plankrankenhäusern ab.<sup>90</sup>

#### **4. Gesetzliche Regelungen auf dem Gebiet der Krankenhausplanung mit Hochschulkliniken**

Bei der Betrachtung des Versorgungsauftrags von Hochschulkliniken im Rahmen der Krankenhausplanung werden bei der folgenden Analyse, insbesondere Normen aus dem KHEntgG, dem KHG und dem SGB V, sowie die verwaltungsinternen Landeskrankenhauspläne<sup>91</sup>, die Landeskrankenhausgesetze und die Universitäts(klinika)gesetze der Länder relevant.

---

<sup>86</sup> Reich: Bayerisches Universitätsklinikgesetz Kommentar, Art. 5 Rn. 4 ff.; *Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages*: Begriff, Rechtsformen und Finanzierung der Universitätskliniken in Deutschland, S. 19.

<sup>87</sup> *Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages*: Begriff, Rechtsformen und Finanzierung der Universitätskliniken in Deutschland, S. 19.

<sup>88</sup> Becker, Das Recht der Hochschulmedizin, S. 277 ff.

<sup>89</sup> *Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages*: Begriff, Rechtsformen und Finanzierung der Universitätskliniken in Deutschland, S. 25.

<sup>90</sup> *Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages*: Begriff, Rechtsformen und Finanzierung der Universitätskliniken in Deutschland, S. 25.

<sup>91</sup> Württenberger in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, § 6 KHG, Rn. 7.

## **C. Zweites Kapitel - Die Einbeziehung der Hochschulkliniken in die Krankenhausplanung (Forschungsfrage 1)**

Universitäts- oder Hochschulkliniken sind in die Krankenhausplanung einzubeziehen. Ob es sich dabei um eine selbst vorgegebene oder eine von der Krankenhausplanungsbehörde beeinflussbare Einbeziehung handelt, bleibt unklar. Es stellt sich weiterhin die Frage, ob und inwieweit Hochschulkliniken überhaupt der gesamten allgemeinen Krankenhausplanung unterworfen sind und insbesondere zu welchem Zeitpunkt der Planung eine Einbeziehung ihrer Bettenkapazitäten stattfindet.<sup>92</sup>

Die Krankenhausplanung der Länder im Allgemeinen und die relevanten gesetzlichen Regelungen auf dem Gebiet der Krankenhausplanung und -finanzierung sind erläutert worden.<sup>93</sup> Ebenfalls dargestellt wurden die wesentlichen rechtlichen Besonderheiten rund um das Hochschulklinikum.

Um die Frage klären zu können, ob (oder inwieweit) Hochschulkliniken der allgemeinen Krankenhausplanung unterliegen oder wann sie bei dieser Berücksichtigung finden und ob sie sich ihren Versorgungsauftrag tatsächlich selbst vorgeben können, sollen im Folgenden einige wesentliche Aspekte des Versorgungsauftrags bei Hochschulkliniken dargestellt und erörtert werden.

### **I. Die Zentralnorm des § 8 Abs. 1 S. 4 Nr. 2 KHEntgG**

Betrachtet man den Versorgungsauftrag von Hochschulkliniken, so stellt § 8 Abs. 1 S. 4 Nr. 2 KHEntgG die zentralste Norm dar.

Die Vielzahl der Landeskrankenhauspläne spricht in ähnlicher Form wie auch der des Freistaates Bayern<sup>94</sup> von einer „Einbeziehung“ der Hochschulkliniken in die Krankenhausplanung.<sup>95</sup>

Für eine derartige Beteiligung genügt es gerade nicht nur zu wissen, dass ein Versorgungsvertrag (statusbegründender Vertrag, welcher ein Krankenhaus als Leistungserbringer im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ausweist) beim betreffenden Hochschulklinikum grundsätzlich besteht, vielmehr bedarf es einer hinreichenden

---

<sup>92</sup> S. o.: [B. II. 2. c].

<sup>93</sup> S. o.: [B. II.].

<sup>94</sup> S. o.: (A. II.).

<sup>95</sup> *Quaas* in MedR 2010: Die Einbeziehung der Hochschulklinik in die staatliche Krankenhausplanung, S. 149.

qualitativen und quantitativen Bestimmtheit des daraus resultierenden Auftrages, um Bettenzahlen und Fachbereiche adäquat einplanen zu können.<sup>96</sup>

Beim Versorgungsauftrag handelt es sich um die tatsächliche Verpflichtung, Patienten im jeweils quantitativ möglichen und qualitativ leistbaren Rahmen medizinisch zu behandeln.<sup>97</sup>

## **II. Drei Determinanten eines Versorgungsauftrags nach § 8 Abs. 1 S. 4 Nr. 2 KHEntgG**

Der Versorgungsauftrag ergibt sich bei Hochschulkliniken aus drei wesentlichen Bestandteilen. Der landesrechtlichen Anerkennung, dem jeweiligen Landeskrankenhausplan nach § 6 Abs. 1 KHG sowie ergänzenden Vereinbarungen nach § 109 Abs. 1 S. 4 SGB V.<sup>98</sup>

### **1. Die landesrechtliche Anerkennung**

Die Hochschulkliniken können sich ihren Versorgungsvertrag nicht selbst erteilen. Hierbei sind sie im Rahmen des Art. 1 Abs. 2, Art. 4 BayUniKlinG i. V. m. Art. 10 Bayerisches Hochschulinnovationsgesetz (BayHIG) (ehem. Art. 74, 75 Bayerisches Hochschulgesetz (BayHSchG)) auf die landesrechtliche Anerkennung durch die Hochschulplanungsbehörde, das Bayerische Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst (BayStMWK) angewiesen.

Die landesrechtliche Anerkennung, wie sie in § 108 Nr. 1, 109 Abs. 1 S. 2 SGB V genannt wird, regelt zunächst nur den Status als Hochschulklinik.<sup>99</sup>

Bei der landesrechtlichen Anerkennung handelt es sich also um den statusbegründenden Akt, welcher eine Hochschulklinik als Leistungserbringer in der gesetzlichen Krankenversicherung qualifiziert und damit lediglich um die erste Determinante eines Versorgungsauftrags von Hochschulkliniken. Mit dem konkret ausgestalteten Versorgungsauftrag in der Krankenversorgung ist der Versorgungsvertrag gerade nicht identisch.

Im Folgenden ist schließlich zu klären, in welchem Ausmaß bereits diese, zum Abschluss eines Versorgungsvertrages führende, landesrechtliche Anerkennung den Versorgungsauftrag eines Hochschulklinikums beeinflussen kann.

---

<sup>96</sup> Vollmöller in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, § 8 KHEntgG, Rn. 15.

<sup>97</sup> Vollmöller in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, § 8 KHEntgG, Rn. 15.

<sup>98</sup> Jousen in Bergmann/Pauge/Steinmeyer: Nomos Kommentar Gesamtes Medizinrecht, § 109, Rn. 22; Szabados in Spickhoff Medizinrecht, § 108 SGB V, Rn. 3; Quaas in MedR 2010: Die Einbeziehung der Hochschulklinik in die staatliche Krankenhausplanung, S. 151; Vollmöller in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, § 8 KHEntgG, Rn. 15.

<sup>99</sup> S.o.: [B. II. 2. b) (1)].

a) Ausgangspunkt § 108 Nr. 1 SGB V

§ 108 Nr. 1 SGB V als eine zentrale Norm der hier aufgeführten Darstellung der ersten Determinante eines Versorgungsauftrags von Hochschulkliniken, enthält folgende Feststellung:

*„Die Krankenkassen dürfen Krankenhausbehandlungen nur durch folgende Krankenhäuser (zugelassene Krankenhäuser) erbringen lassen:*

*1. Krankenhäuser, die nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulkliniken anerkannt sind,*

.....“<sup>100</sup>

Der Aussagegehalt dieser sozialrechtlichen Vorschrift für die Krankenhausplanung der Länder ist bedeutsam.

Seit den späten 1980er-Jahren ist auf dem Gebiet der Krankenhausplanung das SGB V<sup>101</sup> in Erscheinung getreten, in welchem seither alle Bestimmungen zur gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland zusammengefasst sind. Mit rund 74 Millionen Versicherten (Stand April 2024) hält die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) den mit Abstand größten Teil der Bevölkerung unter ihrem Dach versammelt.<sup>102</sup> Nicht zuletzt deshalb, aber auch weil im Recht der privaten Krankenversicherung immer wieder Rückgriffe auf das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, oder vergleichbare Normen, zu finden sind, handelt es sich bei den Vorgaben des SGB V um strukturelevante Vorgaben, welche als richtungsweisend auf dem Gebiet der Krankenversorgung in Deutschland anzusehen sind.

Die landesrechtliche Anerkennung findet sich häufig in den Landesgesetzen oder in Verordnungen wieder. In Bayern z. B. in Art. 2 Abs. 1 S. 1 Hs. 2 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 BayUniKlinG. Die Länder entscheiden selbst darüber, welche Kriterien sie fordern, damit ein Krankenhaus als Hochschulklinik anzuerkennen ist.<sup>103</sup>

Die Aufzählung in § 108 SGB V hat nur deklaratorischen Charakter.<sup>104</sup> Hintergrund des § 108 SGB V ist es, das Zulassungserfordernis festzuschreiben, wonach nur zugelassene Einrichtungen zur Versorgung der Versicherten legitimiert sind.<sup>105</sup> Wie diese Zulassung

---

<sup>100</sup> § 108 Nr. 1 SGB V.

<sup>101</sup> Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477.

<sup>102</sup> [https://www.vdek.com/presse/daten/b\\_versicherte.html](https://www.vdek.com/presse/daten/b_versicherte.html).

<sup>103</sup> Szabados in Spickhoff Medizinrecht, § 108 SGB V, Rn. 2; Quaa in MedR 2010: Die Einbeziehung der Hochschulklinik in die staatliche Krankenhausplanung, S. 151.

<sup>104</sup> Quaa in MedR 2010: Die Einbeziehung der Hochschulklinik in die staatliche Krankenhausplanung, S. 151.

<sup>105</sup> Quaa in MedR 2010: Die Einbeziehung der Hochschulklinik in die staatliche Krankenhausplanung, S. 151.

vonstattengeht, wird dort nur angedeutet, etwas näher geregelt wird dies aber in den §§ 109 und 110 SGB V.<sup>106</sup>

b) Die Fiktionswirkung des § 109 Abs. 1 S. 2 SGB V

In § 109 Abs. 1 S. 1 und 2 SGB V wird sodann näher bestimmt, wie die Krankenhäuser (über die Krankenhausträger) ihren Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen erhalten und damit zu zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V werden.<sup>107</sup>

Vertragskrankenhäuser schließen dabei nach § 109 Abs. 1 S. 1 SGB V tatsächlich einen von der Rechtsnatur öffentlich-rechtlichen Versorgungsvertrag.<sup>108</sup> Für Plankrankenhäusern und Hochschulkliniken findet man in § 109 Abs. 1 S. 2 SGB V jeweils statusbegründende Akte hinterlegt, welche das Zustandekommen der Versorgungsverträge fingieren.<sup>109</sup>

(1) Bei Plankrankenhäusern

Bei Plankrankenhäusern tritt die Fiktionswirkung nach § 109 Abs. 1 S. 2 Hs. 2 SGB V durch Aufnahme in den „Krankenhausbedarfsplan“ nach § 8 Abs. 1 S. 2 KHG ein und ein Versorgungsvertrag gilt als zustande gekommen. Auch der tatsächliche Versorgungsauftrag lässt sich bei Plankrankenhäusern (weitestgehend<sup>110</sup>) hieraus entnehmen.

Der Begriff „Krankenhausbedarfsplan“, wie er in der Norm zu finden ist, ist ein veralteter Begriff, der wohl aufgrund eines redaktionellen Versehens nicht zu „Krankenhausplan“ (wie in § 8 Abs. 1 S. 5 geschehen) geändert wurde.<sup>111</sup>

Auch dort gibt es eine förmliche Aufnahme in den Krankenhausplan, an welche die Fiktion anknüpft, im eigentlichen Sinne nicht.<sup>112</sup> Es erscheint nachvollziehbarer anzunehmen, dass der den Krankenhausplan umsetzende Feststellungsbescheid, § 8 Abs. 1 S. 3 KHG, gemeint sein soll und die ungenaue Verweisung in § 109 Abs. 1 S. 2 SGB V auf § 8 Abs. 1 S. 2 KHG ebenfalls als redaktionelles Versehen zu werten ist.<sup>113</sup>

Wichtig ist jedoch festzuhalten, dass die Fiktionswirkung bei Plankrankenhäusern nur so weit reicht, wie auch der Krankenhausplan, oder genauer gesagt der konstitutive Verwaltungsakt auf zweiter Stufe der Krankenhausplanung.<sup>114</sup>

<sup>106</sup> *Quaas* in MedR 2010: Die Einbeziehung der Hochschulklinik in die staatliche Krankenhausplanung, S. 151.

<sup>107</sup> *Stollmann* in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, §109 SGB V, Rn. 5.

<sup>108</sup> *Stollmann* in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, §109 SGB V, Rn. 4.

<sup>109</sup> S.o.: [B. II. 2. b)]; *Stollmann* in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, §109 SGB V, Rn. 7.

<sup>110</sup> Einschränkung hierzu: s.u.: [C. II. 3.].

<sup>111</sup> *Stollmann* in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, §109 SGB V, Rn. 7; *Quaas* in Prütting: Medizinrecht Kommentar, § 109 SGB V, Rn. 13.

<sup>112</sup> *Quaas* in Prütting: Medizinrecht Kommentar, § 109 SGB V, Rn. 13.

<sup>113</sup> *Quaas* in Prütting: Medizinrecht Kommentar, § 109 SGB V, Rn. 13.

<sup>114</sup> S.o.: [B. II. 2. a)].

## (2) Bei Hochschulkliniken

Bei Hochschulkliniken steht im § 109 Abs. 1 S. 2 Hs. 1 SGB V lediglich geschrieben, dass „die landesrechtliche Anerkennung als Abschluss des Versorgungsvertrages gilt“. Inwiefern Hochschulkliniken in die Krankenhausplanung oder den Krankenhausplan aufgenommen werden, geht daraus aber gerade nicht hervor. Das SGB V als bereichsspezifisches Gesetz determiniert nicht die Aufnahme in den Krankenhausplan. Auch aus § 8 Abs. 1 S. 4 Nr. 2 KHEntgG ergibt sich nichts Anderes.<sup>115</sup> Die Anerkennung richtet sich nach landeshochschulrechtlichen Vorschriften.<sup>116</sup>

### c) Fazit: Statusregelung

Die Universitätskliniken erhalten ihren „Versorgungsvertrag“ nach § 108 Nr. 1 SGB V i. V. m. § 109 Abs. 1 S. 2 Hs. 1 SGB V aus der Aufnahmeentscheidung (landesrechtliche Anerkennung), als statusbegründenden Rechtsakt für Hochschulkliniken.<sup>117</sup>

Damit sind sie zugelassene Leistungserbringer zur Versorgung der Versicherten. Die Regelung beinhaltet aber zunächst nur eine Entscheidung dem Grunde nach und vermag es nicht den Versorgungsauftrag einer Hochschulklinik qualitativ oder quantitativ näher zu bestimmen.

Zur Klärung der Fragen, ob (oder inwieweit) Hochschulkliniken der allgemeinen Krankenhausplanung unterliegen oder wann sie bei dieser Berücksichtigung finden und ob sie sich ihren Versorgungsauftrag tatsächlich selbst vorgeben können, müssen folglich auch die zweite und die dritte Determinante eines Versorgungsauftrags betrachtet werden.

## 2. Der Krankenhausplan, § 6 Abs. 1 KHG

Der zweite Bestandteil, aus dem sich der Versorgungsauftrag von Universitätskliniken ergibt, ist der Krankenhausplan nach § 6 Abs. 1 KHG.

Der Krankenhausplan nach § 6 Abs. 1 KHG i. V. m. § 8 Abs. 1 S. 4 Nr. 2 KHG soll die Einbeziehung der Hochschulkliniken in die allgemeine Krankenhausplanung konkretisieren.

*„Hochschulkliniken werden nicht nach dem KHG/BayKrG gefördert.“<sup>118</sup>*

Das ergibt sich aus § 5 Abs. 1 Nr. 1 KHG. Eine Förderung findet nach den landesrechtlichen Vorschriften für den Hochschulbau statt.

---

<sup>115</sup> Vollmöller in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, § 8 KHEntgG, Rn.15.

<sup>116</sup> Quaas in Prütting: Medizinrecht Kommentar, § 109 SGB V, Rn. 12.

<sup>117</sup> Quaas in Wenzel Handbuch des Fachanwalts Medizinrecht, Kapitel 14, Rn. 227; Stollmann in Huster/Kaltenborn: Krankenhausrecht, § 4, Rn. 142; Thomae: Krankenhausplanungsrecht, S. 52 f.

<sup>118</sup> BayStMGP: Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2024, S. 8.

Dies ist auch Hintergrund für die besondere Behandlung von Hochschulkliniken in der Krankenhausplanung. Ihnen bleibt dadurch aber auch die Förderung nach dem KHG und damit die originäre planerische Aufnahme in den Krankenhausplan verwehrt.<sup>119</sup>

Es folgt daher eine genauere Betrachtung, ob die Fiktion nach § 109 Abs. 1 S. 2 Hs. 1 SGB V<sup>120</sup> überhaupt in das Zwei-Stufen-Modell der Krankenhausplanung eingebunden werden kann oder ob die Hochschulklinikplanung möglicherweise sogar quer, oder unabhängig zur restlichen Krankenhausplanung steht.

#### a) Die Sonderrolle der Hochschulkliniken in der Krankenhausplanung

Auf der zweiten Stufe der Krankenhausplanung sind für Plankrankenhäuser jeweils die Feststellungsbescheide für den Abschluss der Versorgungsverträge maßgeblich.<sup>121</sup>

Weder in § 109 Abs. 1 S. 2 SGB V noch in § 8 Abs. 1 S. 4 Nr. 2 KHEntgG wird bei der Einbeziehung von Hochschulkliniken auf Feststellungsbescheide verwiesen.<sup>122</sup> Erst diese würden aber den Versorgungsvertrag im Sinne des Zwei-Stufen-Modells inhaltlich konkretisieren.

Eine planerische Entscheidung über die Aufnahme von Hochschulkliniken auf erster Stufe der Krankenhausplanung ist nicht anzunehmen. Bei der Planaufstellung wird, nach der (vom/von der konkretem/n Krankenhaus(arten) unabhängigen) Krankenhauszielplanung und Bedarfsanalyse, festgestellt, welche Krankenhäuser zur Bedarfsdeckung prinzipiell infrage kommen<sup>123</sup>.<sup>124</sup> Ob an dieser Stelle bereits Hochschulkliniken berücksichtigt werden oder nicht, geht aus Vorschriften, der Literatur und auch aus den Krankenhausplänen der Länder nicht eindeutig hervor.

In Bayern konnte man bis 2023 auch an der Terminologie des Krankenhausplanes nachvollziehen, dass eine eigenständige Ausgestaltung der Versorgungsaufträge durch die Hochschulkliniken stattfinden muss. So sprach der Bayerische Krankenhausplan in Teil II – Abschnitt A – Plankrankenhäuser von „zugelassenen“ Betten/ Plätzen und Fachbereichen.<sup>125</sup> Dies deutete auf eine aktive Versorgungsentscheidung im Rahmen der Krankenhausplanung hin.

Erstmals im Anhang wurden dann auch Hochschulkliniken in der Gesamtlistung aufgeführt und der Plan verwendete in der dortigen Tabelle das Wort „anerkannt“ in Bezug auf Betten/ Plätze und Fachbereiche.<sup>126</sup> Es erschien gerade nicht zufällig, dass § 108 Nr. 1 SGB V, § 109 Abs. 1

<sup>119</sup> Szabados in Spickhoff Medizinrecht, § 108 SGB V, Rn. 3.

<sup>120</sup> S. o. [C. II. 1.b)].

<sup>121</sup> Vollmöller in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, § 8 KHEntgG, Rn. 7, 15, 16.

<sup>122</sup> Vollmöller in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, § 8 KHEntgG, Rn. 15.

<sup>123</sup> S. o.: (B. I. 2. b)).

<sup>124</sup> Stollmann in Huster/Kaltenborn: Krankenhausrecht, § 4, Rn. 11.

<sup>125</sup> BayStMGP: Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2024, S. 14 ff.

<sup>126</sup> BayStMGP: Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2023, S. 311.

S. 2 Hs. 1 SGB V als auch § 8 Abs. 1 S. 4 Nr. 2 KHEntgG von einer maßgeblichen landesrechtlichen „Anerkennung“ von Hochschulkliniken sprechen und sich ausgerechnet dieser Begriff dann auch im Krankenhausplan wiederfindet.

Die Tatsache, dass im Krankenhausplan unterschiedliche Benennungen vorgenommen wurden, deutet außerdem darauf hin, dass bei Hochschulkliniken maßgebliche Planungsschritte (Krankenhausanalyse, Versorgungsentscheidung), nicht wie bei Plan- oder Vertragskrankenhäusern von der Krankenhausplanungsbehörde durchgeführt werden können und daher bei der allgemeinen Krankenhausplanung „übersprungen“ werden. Seit 2024 findet sich im Krankenhausplan des Freistaates Bayern zwar nicht mehr die Benennung „anerkannt“; die entsprechende Tabellenspalte hat jetzt keine Überschrift mehr.<sup>127</sup> Ob das eine bewusste Änderung gewesen ist oder ein redaktionelles Versehen, geht aus dem Krankenhausplan nicht hervor. Da sich der sonstige Plan kaum von denen der Vorjahre unterscheidet, insbesondere was die Abschnitte zu Hochschulkliniken in der Einleitung betrifft, ist aber zumindest nicht davon auszugehen, dass durch diese Änderung eine bewusste Aussage in Bezug auf die Einbeziehung von Hochschulkliniken getroffen werden sollte.

Die qualitative und quantitative Ausgestaltung der Versorgungsaufträge (Hochschulklinikplanung) liegt unabhängig davon in der Hand der Hochschulkliniken selbst und dem Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst als landesrechtlicher Anerkennungsbehörde.

Dieser Auslegung von § 8 Abs. 1 S. 4 KHEntgG steht auch nicht entgegen, dass es sich bei dem Krankenhausplan nach § 6 Abs. 1 KHG lediglich um ein Verwaltungsinternum handelt. Ein zwingendes Erfordernis von Feststellungsbescheide zur Begründung von Versorgungsaufträgen nach § 8 Abs. 1 S. 4 KHEntgG, kann der Norm nicht entnommen werden. Vielmehr bleibt es den Ländern selbst überlassen, wie sie die Hochschulkliniken in ihre Krankenhauspläne aufnehmen. Diese Ausgestaltungsmöglichkeit der Länder, kann aber nur so weit gehen, wie sie die tatsächlichen Ausgestaltungsmöglichkeiten der Hochschulkliniken nicht beschneiden.<sup>128</sup>

### (1) Unterschiede bei der landesrechtlichen Ausgestaltung

Bei der Krankenhausplanung, aber auch bei der Einbeziehung der Universitätskliniken in diese, sind weitreichende Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern zu verzeichnen. Zum einen, was die Krankenhausplanung selbst angeht, zum anderen aber auch bei den Organisationsformen der Hochschulkliniken.

---

<sup>127</sup> *BayStMGP*: Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2024, S. 301.

<sup>128</sup> *Vollmöller* in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, § 8 KHEntgG, Rn. 15; *Quaas* in MedR 2010: Die Einbeziehung der Hochschulklinik in die staatliche Krankenhausplanung, S. 152.

Die obigen Ausführungen beziehen sich auf rechtsfähige Anstalten des öffentlichen Rechts bei einer rahmenhaften Bedarfsplanung. Beispiele hierfür sind die Freistaaten Bayern und Sachsen.

Selbst diese beiden Bundesländer aber weisen bei genauerer Betrachtung einige Unterschiede auf. So erhalten Hochschulkliniken in Sachsen nach § 5 Sächsisches Krankenhausgesetz (SächsKHG) i. V. m. § 9 Abs. 1 SächsKHG (§ 7 SächsKHG i. V. m. § 4 Abs. 2 Nr. 3 SächsKHG a.F. bis 14. Dezember 2022) einen Feststellungsbescheid über die Aufnahme in den Krankenhausplan.

(a) Charakter von nach Landesrecht erteilten Feststellungsbescheiden an Hochschulkliniken

In Bundesländern wie dem Freistaat Sachsen, in denen zwar ein Feststellungsbescheid nach §§ 5 Abs. 1, 9 Abs. 1 SächsKHG (ehem. vor 15.12.2022 §§ 4 Abs. 1, 2 Nr. 3, 7 Abs. 1 SächsKHG), § 8 Abs. 1 S. 3 KHG über den jeweiligen Versorgungsauftrag auch an Hochschulkliniken ergeht, kann diesem nur eine deklaratorische Bedeutung, welche die autonom von den Hochschulkliniken (und ihren Planungsbehörden) getroffenen Entscheidungen lediglich nachvollzieht, zukommen.<sup>129</sup> Keinesfalls wäre ein solcher als vollzugsfähig oder anderweitig rechtlich verbindlich anzusehen, denn das spezifizieren die gesetzlichen Regelungen nicht eindeutig genug.

Ein Feststellungsbescheid nach § 8 Abs. 1 S. 3 KHG, wie er an die Krankenhausträger von Plankrankenhäusern erlassen wird, stellt unzweifelhaft einen mit Rechtsmitteln angreifbaren Verwaltungsakt dar.<sup>130</sup>

Da in § 8 Abs. 1 S. 4 Nr. 2 KHEntgG aber die gesetzliche Grundlage für einen Feststellungsbescheid fehlt, könnten diesen gegenüber Hochschulkliniken allenfalls deklaratorische Wirkung zukommen.

i. 1. Auffassung: Bescheide wirken statusbegründend

Eine andere Auffassung hat insoweit das Verwaltungsgericht (VG) in Dresden sowie das Obergerverwaltungsgericht (OVG) Bautzen vertreten.<sup>131</sup>

Das Urteil des VG Dresden vom 1. Dezember 2022 (Az. 7 K 2293/18) hat in seiner Urteilsbegründung argumentiert, dass Feststellungsbescheide zur Planaufnahme tatsächlich einen statusbegründenden Charakter haben können, wenn sie die Aufnahme in den Krankenhausplan betreffen. Das Gericht entschied, dass solche Bescheide nicht nur

---

<sup>129</sup> *Quaas* in MedR 2010: Die Einbeziehung der Hochschulklinik in die staatliche Krankenhausplanung, S. 155; *Vollmöller* in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, § 8 KHEntgG, Rn. 15.

<sup>130</sup> *Quaas* in MedR 2010: Die Einbeziehung der Hochschulklinik in die staatliche Krankenhausplanung, S. 152.

<sup>131</sup> VG Dresden, Urteil vom 01.12.2022 – 7K 2293/18; OVG Bautzen, Urteil vom 27.09.2023 – 5 A 37/23.

deklaratorisch sind, sondern dass sie die Voraussetzungen schaffen können, die für die Aufnahme und damit für die Anerkennung der Leistungserbringung einer Universitätsklinik notwendig sind.<sup>132</sup> Diese Auffassung vertrat auch das OVG Bautzen bei seinem Berufungsurteil zum gleichen Lebenssachverhalt.<sup>133</sup>

Ebenso sah es das VG Greifswald in einer Entscheidung vom 22. März 2018, zu einer mit §§ 5 Abs. 1, 9 Abs. 1 SächsKHG vergleichbaren landesrechtlichen Regelung in Mecklenburg-Vorpommern.<sup>134</sup>

ii. 2. Auffassung: rein deklaratorischer Charakter

Diese Schlussfolgerung ist jedoch nicht ohne Weiteres auf alle Bundesländer übertragbar. In Bundesländern wie Bayern oder Niedersachsen, in welchen keine Feststellungsbescheide für Hochschulkliniken erlassen werden, kann einem solchen Bescheid keine feststellende Wirkung zukommen.

Zusätzlich stellt sich die Frage, wie die fehlende bundesgesetzliche Regelung für Feststellungsbescheide an Hochschulkliniken zu handhaben ist. Das KHG, das KHEntgG und das SGB V bieten lediglich allgemeine Rahmenvorgaben, die durch die jeweilige Landeskrankenhausplanung konkretisiert werden.<sup>135</sup>

Die §§ 108 und 109 SGB V differenzieren ausdrücklich zwischen Plankrankenhäusern und Hochschulkliniken. Für Plankrankenhäuser hat der Aufnahmebescheid Auswirkungen auf die Zulassung nach § 109 Abs. 1 Satz 2 SGB V, während bei Hochschulkliniken die landesrechtliche Anerkennung als Hochschulklinikum entscheidend ist.<sup>136</sup> Es stellt sich die Frage, ob der Landesgesetzgeber befugt ist, Universitätskliniken in der Krankenhausplanung wie Plankrankenhäuser zu behandeln und ob Feststellungsbescheide in diesem Kontext die gleiche Wirkung entfalten können.

Für Plankrankenhäuser regelt § 8 Abs. 1 Satz 3 KHG eindeutig die Aufnahme in die Landeskrankenhauspläne durch einen Bescheid.<sup>137</sup> Diese Regelung gilt jedoch nicht für Universitätskliniken, da sie gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 1 KHG von der Förderung nach dem KHG ausgeschlossen sind.<sup>138</sup>

Die durch die Planaufnahme für Plankrankenhäuser bezweckten Rechtsfolgen, wie die Förderung nach KHG und die Zulassung zur Versorgung nach SGB V, sind auf Hochschulkliniken nicht übertragbar. Die Zulassung erfolgt bei Hochschulkliniken durch landesrechtliche Anerkennung, die keine Planaufnahme erfordert. Auch das KHEntgG, welches

---

<sup>132</sup> VG Dresden, Urteil vom 01.12.2022 – 7K 2293/18.

<sup>133</sup> OVG Bautzen, Urteil vom 27.09.2023 – 5 A 37/23.

<sup>134</sup> VG Greifswald, Urteil vom 22.03.2018 – 3 A 120 7/16 HGW; Rn. 10.

<sup>135</sup> S.o.: [B. II.].

<sup>136</sup> *Quaas* in MedR 2010: Die Einbeziehung der Hochschulklinik in die staatliche Krankenhausplanung, S. 152.

<sup>137</sup> *Vollmöller* in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, § 8 KHEntgG, Rn. 6.

<sup>138</sup> *Quaas* in MedR 2010: Die Einbeziehung der Hochschulklinik in die staatliche Krankenhausplanung, S. 152.

für Hochschulkliniken gilt, sieht im Gegensatz zu § 8 Abs. 1 Satz 3 KHG bei Plankrankenhäusern keine Planaufnahme durch einen Feststellungsbescheid vor.

Daher kann ein Planaufnahmebescheid für Hochschulkliniken keine Auswirkungen auf deren Status als zugelassenes Krankenhaus haben.<sup>139</sup> Falls der Landesgesetzgeber dennoch Feststellungsbescheide für Hochschulkliniken erlässt, können diese lediglich nachrichtlichen Charakter haben und keinen statusbegründenden Charakter.<sup>140</sup>

Nach § 8 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 KHEntgG wird für den Versorgungsauftrag von Hochschulkliniken nicht auf einen Feststellungsbescheid, sondern auf die Festlegungen des Krankenhausplans, die landesrechtliche Anerkennung und ggf. ergänzende Vereinbarungen nach § 109 Abs. 1 Satz 4 SGB V verwiesen.<sup>141</sup> Abzustellen ist für den Versorgungsauftrag von Hochschulkliniken, also vielmehr auf den intern wirkenden Krankenhausplan.<sup>142</sup>

Zusammenfassend können zwar nach landesrechtlichen Vorgaben definierende Feststellungsbescheide an Hochschulkliniken ergehen, diese dürfen jedoch in keinem Fall den Status als Hochschulklinik einschränken.<sup>143</sup> Die Planung und inhaltliche Ausgestaltung der Versorgungsaufträge erfolgt danach durch die Hochschulkliniken und ihre Träger selbst. Die Aufnahme in den Krankenhausplan spiegelt lediglich diese Planung wider und kann keinen statusbegründenden Charakter haben.<sup>144</sup> Auch wenn Feststellungsbescheide gegenüber Hochschulkliniken erteilt werden, kann diesen aufgrund der fehlenden gesetzlichen Grundlage nur deklaratorische Bedeutung beigemessen werden.<sup>145</sup>

#### (b) Die Entwicklung der Organisationsformen von Universitätskliniken

Gerade vor dem Hintergrund des innerstaatlichen Kompetenzgeflechts zwischen behördlich-staatlichem Träger der Universitäten/Fakultäten und behördlich-staatlichem Träger der Universitätskliniken, wird die Notwendigkeit von Absprachen, bei der Gewährleistung der jeweils auch gesetzlich verankerten Aufgaben von Forschung und Lehre sowie Krankenversorgung, besonders deutlich.<sup>146</sup> Es verwundert daher nicht, dass immer mehr Länder auch über eine Privatisierung ihrer Hochschulkliniken zumindest nachdenken.<sup>147</sup>

---

<sup>139</sup> *Quaas* in MedR 2010: Die Einbeziehung der Hochschulklinik in die staatliche Krankenhausplanung, S. 152 ff.

<sup>140</sup> *Quaas* in MedR 2010: Die Einbeziehung der Hochschulklinik in die staatliche Krankenhausplanung, S. 152 ff.; *Vollmöller* in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, § 8 KHEntgG, Rn. 15.

<sup>141</sup> *Vollmöller* in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, § 8 KHEntgG, Rn. 15.

<sup>142</sup> *Quaas* in MedR 2010: Die Einbeziehung der Hochschulklinik in die staatliche Krankenhausplanung, S. 154.

<sup>143</sup> *Quaas* in MedR 2010: Die Einbeziehung der Hochschulklinik in die staatliche Krankenhausplanung, S. 153.

<sup>144</sup> *Vollmöller* in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, § 8 KHEntgG, Rn. 15; *Quaas* in MedR 2010: Die Einbeziehung der Hochschulklinik in die staatliche Krankenhausplanung, S. 152 ff.

<sup>145</sup> *Vollmöller* in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, § 8 KHEntgG, Rn. 15; *Quaas* in MedR 2010: Die Einbeziehung der Hochschulklinik in die staatliche Krankenhausplanung, S. 153.

<sup>146</sup> *Houben*: Rechtsformen des Universitätsklinikums, S. 7.

<sup>147</sup> *Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages*: Begriff, Rechtsformen und Finanzierung der Universitätskliniken in Deutschland, S. 6 ff.

i. Früher: Unselbstständige Anstalten des öffentlichen Rechts

Bis in die 1990er-Jahre wurden Universitätskliniken hauptsächlich als unselbstständige Anstalten der jeweiligen Universitäten organisiert.<sup>148</sup> Dies führte dazu, dass nicht nur oben aufgeworfenes Interessen- und Kompetenzgeflecht zwischen staatlichen Aufsichtsbehörden der Hochschulen und Hochschulkliniken und der staatlichen Krankenhausplanungsbehörde koordiniert werden musste<sup>149</sup>, sondern vielmehr die Anstalt direkt durch das Land unterhalten wurde. Mangels rechtlicher Außenwirkung fehlte Arbeitgeber-, Dienstherren- und Bauherreneigenschaft sowie die Kreditfähigkeit.<sup>150</sup> Das Klinikum war damit unselbstständiger Teil der Landesverwaltung und im Außenverhältnis nicht handlungsfähig.

Heute wird nur noch die Medizinische Hochschule Hannover (MHH) in dieser Rechtsform betrieben.

Obgleich diese Organisationsform bei der Krankenhausplanung sicherlich einfacher zu handhaben ist - denn die Tatsache, dass der Staat nicht nur als Aufsichtsbehörde und im Aufsichtsrat am Hochschulklinikum beteiligt ist, sondern das Hochschulklinikum selbst einen Teil der staatlichen Verwaltung darstellt, senkt die Konfliktrichtigkeit - zeitgemäß ist diese Organisationsform, mangels Flexibilität und Handlungsfähigkeit bei der unternehmerischen Führung, jedoch nicht mehr.<sup>151</sup>

Im Falle der MHH ist der Klinikvorstand gleichzeitig das Präsidium der Hochschule. Der Hochschulrat wird zu  $\frac{5}{7}$  durch das Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst besetzt.<sup>152</sup> Die MHH zählt nicht als juristische Person, sie steht in staatlicher Trägerschaft und staatlicher Verantwortung.<sup>153</sup> Eine Selbstvorgabe des Versorgungsauftrags steht in diesem Fall außer Frage, da die Hochschulklinik genau wie die Krankenhausplanungsbehörde ein Teil der Landesverwaltung ist.

ii. Heute: Rechtsfähige Anstalt oder Körperschaft des öffentlichen Rechts

Derzeit wird die Mehrheit der Hochschulkliniken in der Organisationsform der rechtsfähigen Anstalt des öffentlichen Rechts betrieben, auf welche sich auch diese Arbeit hauptsächlich

---

<sup>148</sup> *Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages: Begriff, Rechtsformen und Finanzierung der Universitätskliniken in Deutschland*, S. 6.

<sup>149</sup> S. o.: (B. II. 2.).

<sup>150</sup> *Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages: Begriff, Rechtsformen und Finanzierung der Universitätskliniken in Deutschland*, S. 6 f.

<sup>151</sup> *Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages: Begriff, Rechtsformen und Finanzierung der Universitätskliniken in Deutschland*, S. 6.

<sup>152</sup> <https://www.mhh.de/die-mhh/hochschulrat>.

<sup>153</sup> <https://www.mhh.de/die-mhh/ressort-wirtschaftsfuehrung-und-administration/stabsstelle-recht/hochschulrecht>.

bezieht. Daneben gibt es die, im Wesentlichen ähnliche, Organisationsform der rechtsfähigen Körperschaften des öffentlichen Rechts, welche ebenfalls in einigen Ländern (z. B.: Berlin, Hamburg, Rheinland-Pfalz, Thüringen) präferiert wird.

Die beiden unterscheiden sich vor allem beim Organisationsmodell.

Bei der rechtsfähigen Anstalt des öffentlichen Rechts stellen die Medizinische Fakultät der Hochschule und das Hochschulklinikum keine rechtliche Einheit dar, sondern bleiben bei Aufgaben- und Interessenwahrnehmung eigenständig (sog. Kooperationsverhältnis<sup>154</sup>).<sup>155</sup> Bei rechtsfähigen Körperschaften des öffentlichen Rechts findet eine Vereinheitlichung der beiden Bereiche statt (sog. Integrationsverhältnis).<sup>156</sup>

Die staatlichen Einflussmöglichkeiten auf die Krankenhausplanung werden bei der Wahl zwischen diesen beiden Organisationsformen bzw. des Organisationsmodells kaum beeinflusst. Durch die Einheit von Medizinischer Fakultät und Universitätsklinikum ist die Interessenabstimmung aufgrund der Verflechtung sogar noch viel elementarer. Aber auch bei der organisatorischen Trennung der beiden Bereiche bleibt eine enge Zusammenarbeit zwischen Medizinischer Fakultät/Universität und Universitätsklinikum nicht aus, denn nur zusammen sind sie ein hochschulmedizinischer Standort. Durch Landesgesetz werden die Universitätskliniken dabei regelmäßig einer Universität zugewiesen.

Bei der Ausgestaltung des Versorgungsauftrags muss ein Hochschulklinikum in beiden Fällen eine auf Forschung und Lehre abgestimmte Maximalversorgung zugrunde legen, um sowohl seinem Krankenversorgungsauftrag als auch dem integrierten oder davon unabhängigen (kooperativen) Forschungs- und Lehrauftrag gerecht werden zu können.

### iii. Die Privatisierung

Immer größerer Beliebtheit erfreuen sich neben den rechtsfähigen Anstalten und Körperschaften des öffentlichen Rechts, aber zunehmend auch die in privatrechtlicher Organisationsform.<sup>157</sup>

Bei privaten Hochschulkliniken (z. B. Marburg oder Gießen, Hessen) ist die Gefahr des Verlustes ausreichender staatlicher Einflussmöglichkeiten durch die Planungsbehörden

---

<sup>154</sup> Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 29.09.1995: Überlegungen zu Neugestaltung von Struktur und Finanzierung der Hochschulmedizin.

<sup>155</sup> *Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages*: Begriff, Rechtsformen und Finanzierung der Universitätskliniken in Deutschland, S. 7.

<sup>156</sup> *Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages*: Begriff, Rechtsformen und Finanzierung der Universitätskliniken in Deutschland, S. 7.

<sup>157</sup> *Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages*: Begriff, Rechtsformen und Finanzierung der Universitätskliniken in Deutschland, S. 6.

beträchtlich höher. Die Veräußerung an einen privaten Träger vermag es zwar, eine hocheffiziente Krankenversorgung zu gewährleisten, begründet aber auch die Gefahr einer Einschränkung für Forschung und Lehre, da die privatwirtschaftlichen Interessen die staatlichen Interessen stärker überlagern und ihnen partiell auch zuwiderlaufen können.<sup>158</sup>

Die Gefahr der Ausnutzung ihrer Sonderstellung durch die Hochschulkliniken und Alleingängen bei der Ausgestaltung von Versorgungsaufträgen zur Generierung eines eigenen Vorteiles, kann in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft besser gedrosselt werden, denn der Träger des Krankenhauses ist ebenso Träger der Planungsbehörde sowie der angegliederten oder zugeordneten Hochschule/Fakultät. Auch bietet insbesondere die Organisationsform der staatlichen Anstalt des öffentlichen Rechts ausreichende Unabhängigkeit der einzelnen Bereiche, sodass alle staatlichen Interessen und Aufgaben über Kooperationen, Absprachen und Zusammenarbeit gewährleistet und möglichst effektiv ausgeführt werden können.

#### (c) Hochschulkliniken in der Rahmenplanung

Trotz einiger Unterschiede in den Bundesländern haben die meisten die sogenannte Rahmenplanung gemeinsam: eine allgemeine Krankenhausplanungsform, bei der sich die staatlichen Akteure immer weiter aus der aktiven Planung zurückziehen, schemenhaft planen und damit den Krankenhäusern und ihren Trägern immer weiter selbstverantwortlich Planungsentscheidungen auferlegen und abverlangen.<sup>159</sup>

Die davon zu unterscheidende Bedarfsplanung, wie sie sich auch begrifflich im Krankenhausplan des Freistaates Bayern wiederfindet, erfährt in den letzten Jahr(zehnt)en einen Wandel.

Quaas sprach in der MedR 2014 von einem „Paradigmenwechsel: Von der Bedarfs- zur Versorgungsplanung“.<sup>160</sup> Es handelt sich dabei wohl eher um eine gekünstelte Benennungspräzision und die Frage, ob man bei der Wortwahl gedanklich von der Aufgabe oder vom Ziel ausgeht. Der Bedarf sei laut Quaas nicht planbar, vielmehr sei die eigentliche Aufgabe der Krankenhausplanung, die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.<sup>161</sup> So weit, so akzidentell.

In der Sache ist Quaas jedoch beizupflichten. Die Kapazitätsplanung mit nahezu ausschließlichem Abstellen auf Krankenhausbettenzahlen, deren Aufteilung zudem regelmäßig

---

<sup>158</sup> Achenbach: Wissenschaftsfreiheit in der Hochschulmedizin, S. 165 ff.

<sup>159</sup> Deutsche Krankenhausgesellschaft: Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2021, S. 44.

<sup>160</sup> Quaas in GesR 2014: Krankenhausplanung als Qualitätssicherungsinstrument? S. 129.

<sup>161</sup> Quaas in GesR 2014: Krankenhausplanung als Qualitätssicherungsinstrument? S. 129.

Aufgabe der Krankenhäuser, insb. über Aushandlungen nach § 109 Abs. 1 S. 4 SGB V, ist<sup>162</sup>, weicht zunehmend präziseren Kriterien wie der Qualitätssicherung der Versorgung.<sup>163</sup>

Hierauf soll vermehrt das Augenmerk gerichtet werden. Eigenständigeren Krankenhäusern kann auch mehr Verantwortung auf diesem Gebiet zugemutet werden.

Die Detailplanung wird immer mehr aufgegeben, in den allermeisten Bundesländern entwickelt sich die Krankenhausplanung hin zu einer Rahmenplanung, bei der die Länder den Krankenhäusern und den Regionen immer mehr Planungsfreiheiten einräumen.<sup>164</sup>

In den vergangenen Jahren lässt sich ein Trend zum Übergang zur Rahmenplanung beobachten.

Es bleibt bei einer Letztverantwortlichkeit der Länder für die Krankenhausplanung. Ausgehend von den Krankenhausplänen des Freistaates Bayern wird auch nach wie vor an dem bewährten Modell, inklusive der Auszeichnung von Bettenzahlen und Fachbereichen der einzelnen Krankenhäuser, festgehalten. Lediglich die Aufteilung der einzelnen Betten auf die Fachbereiche liegt im Aufgaben- bzw. Mitwirkungsbereich der Krankenhäuser selbst.<sup>165</sup>

#### b) Eigenständige Ausgestaltung: Die Hochschulklinikplanung

Die eigenständige Ausgestaltung der Versorgungsaufträge erfolgt im Rahmen der unabhängigen und vorgelagerten Hochschulklinikplanung.

Die Krankenhausplanung, Teil derer auch die Hochschulklinikplanung ist, soll eine qualitativ hochwertige, bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern sicherstellen.<sup>166</sup>

§§ 6 bis 8 KHG bilden den Ausgangspunkt und dort wird auch der Grundstein für die stationäre Krankenhausplanung der Länder über jeweils eigene Landeskrankenhausgesetze gelegt.<sup>167</sup>

Da die nur verwaltungsintern wirkenden Krankenhauspläne immer einen Umsetzungsakt bedürfen, ergibt sich die rechtsverbindliche Planung eines Landes erst aus der Summe der getroffenen Planaufnahmeentscheidungen durch die nachgeordneten Behörden.<sup>168</sup>

#### (1) Anwendbarkeit der Ziele nach § 1 KHG und Art. 3 BayKrG

Die Herausnahme aus der KHG-Förderung führt nicht dazu, dass Hochschulkliniken gar nicht mehr unter den Anwendungsbereich des KHG fallen können. So ist auch der Verweis aus § 8

---

<sup>162</sup> *Deutsche Krankenhausgesellschaft*: Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2021, S. 44.

<sup>163</sup> *Quaas* in *GesR 2014: Krankenhausplanung als Qualitätssicherungsinstrument?* S. 129.

<sup>164</sup> *Stollmann/Wollschläger* in *Laufs/Kern/Rehborn: Handbuch des Arztrechts*, § 78, Rn. 8; *Stollmann* in *Huster/Kaltenborn: Krankenhausrecht*, § 4, Rn. 10; *Quaas* in *GesR 2014: Krankenhausplanung als Qualitätssicherungsinstrument?* S. 129.

<sup>165</sup> *Deutsche Krankenhausgesellschaft*: Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2021, S. 44.

<sup>166</sup> *Quaas* in *Quaas/Zuck/Clemens: Medizinrecht*, 4. Aufl., § 26, Rn. 540.

<sup>167</sup> *Stollmann* in *NZS: Schnittstelle Krankenhausrecht*, S. 562.

<sup>168</sup> *Stollmann* in *NZS: Schnittstelle Krankenhausrecht*, S. 562.

Abs. 1 S. 4 Nr. 2 KHentgG zu verstehen. Insbesondere die in § 1 KHG festgelegten allgemeinen Planungsziele sind ebenso auf die Hochschulklinikplanung anwendbar.<sup>169</sup> Bei der Planung sind diese mit gewissen Anpassungen und Besonderheiten zu berücksichtigen.<sup>170</sup>

Rechtsgrundlage für die Verpflichtung der Länder zur Erstellung von Krankenhausplänen ist § 6 Abs. 4 KHG.<sup>171</sup> In § 6 Abs. 1 KHG wird auf die Krankenhausplanung unter Berücksichtigung der in § 1 festgelegten Ziele hingewiesen.

§ 1 Abs. 1 KHG legt die allgemeinen Ziele der Krankenhausplanung und -finanzierung fest. Diese Ziele umfassen eine „qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung, mit leistungsfähigen und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern und zu sozial tragbaren Pflegesätzen.“<sup>172</sup> In Abs. 2 werden die Ziele um die Trägervielfalt ergänzt.

Universitätskliniken haben eine Doppelfunktion: Sie sind sowohl Krankenhäuser als auch Einrichtungen für Forschung und Lehre. Diese Doppelfunktion hat Konsequenzen für die Anwendung der allgemeinen Planungsziele.<sup>173</sup>

In Art. 3 Abs. 4 S. 1 BayKrG wird festgehalten, dass in Bayern die Hochschulklinikplanung und die Krankenhausplanung aufeinander abzustimmen sind. Das dürfte einerseits so zu verstehen sein, dass die Hochschulklinikplanung zwar unabhängig von der Krankenhausplanung stattfindet und an einem gewissen Punkt zusammengeführt wird, andererseits verdeutlicht die Formulierung „aufeinander abzustimmen“ aber auch, dass sich die Hochschulklinikplanung an den Zielen der Krankenhausplanung zu orientieren hat. Es muss eine Kompatibilität gegeben bleiben und die Aufgaben der Krankenversorgung müssen in einem Universitätsklinikum ebenso nach den verfassungsrechtlichen Grundsätzen der Krankenversorgung, Art. 1 Abs. 1, Abs. 2 S. 1 GG und des Sozialstaatsprinzips, Art. 20 I GG, wahrgenommen werden.

Die Ziele der allgemeinen Krankenhausplanung sind daher bei der Hochschulklinikplanung anwendbar und um die Bedürfnisse, wie sie sich aus Wissenschaft, Forschung und Lehre ergeben, zu ergänzen.

## (2) Hochschulklinikplanung

Die Krankenhausplanung, Teil derer auch die Hochschulklinikplanung ist, soll eine qualitativ hochwertige, bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen,

---

<sup>169</sup> *Sollmann/Quaas/Dietz* in *Dietz/Bofinger*, KHG, § 5 II 1 – wobei hier weiter der Schluss gezogen wird, dass den Universitätskliniken gerade kein autonomes Bestimmungsrecht zukäme.

<sup>170</sup> *Quaas* in *MedR 2010*: Die Einbeziehung der Hochschulklinik in die staatliche Krankenhausplanung, S. 153.

<sup>171</sup> *Würtenberger* in *Detting/Gerlach*: BeckOK KHG, § 6 KHG, Rn. 59.

<sup>172</sup> § 1 Abs. 1 KHG.

<sup>173</sup> *Quaas* in *MedR 2010*: Die Einbeziehung der Hochschulklinik in die staatliche Krankenhausplanung, S. 153.

eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern in verschiedener Trägerschaft sicherstellen.<sup>174</sup>

§§ 6 bis 8 KHG bilden den Ausgangspunkt und dort wird auch der Grundstein für die stationäre Krankenhausplanung der Länder über jeweils eigene Landeskrankenhausgesetze gelegt.<sup>175</sup>

Da die nur verwaltungsintern wirkenden Krankenhauspläne immer einen Umsetzungsakt bedürfen, ergibt sich die rechtsverbindliche Planung eines Landes erst aus der Summe der getroffenen Planaufnahmeentscheidungen durch die nachgeordneten Behörden.<sup>176</sup>

Unter Hochschulklinikplanung versteht man die spezifische Bedarfsanalyse und Kapazitätsplanung der Universitätskliniken im Rahmen der Krankenhausplanung, unter Berücksichtigung der speziellen Rolle als Forschungseinrichtung und Teil der universitären Landschaft.

Diese Planung ist gesondert, von der allgemeinen Krankenhausplanung zu betrachten, da sich die Finanzierung von Universitätskliniken von derjenigen anderer Krankenhäuser unterscheidet.<sup>177</sup> Neben den üblichen Vergütungen für die erbrachten Gesundheitsleistungen (z. B. über Fallpauschalen) erhalten Universitätskliniken auch Mittel für Forschung und Lehre, die aus anderen Quellen, nämlich dem Landeshaushalt (Vorschriften der Landeshochschulbauförderung) stammen.<sup>178</sup>

Die Hochschulklinikplanung muss sicherstellen, dass ausreichend Mittel für alle Aufgabenbereiche der Universitätskliniken zur Verfügung stehen und sich der Bedarf an Bettenkapazitäten daran orientiert, dass das Universitätsklinikum allen seinen Aufgaben adäquat nachkommen kann.<sup>179</sup>

Universitätskliniken sind häufig Innovationszentren im Gesundheitswesen, in denen neue Behandlungsmethoden entwickelt und erprobt werden. Die Planung muss also auch die Förderung und Integration von Forschungsergebnissen in die klinische Praxis unterstützen. Qualitätssicherung ist gerade hier ein zentraler Aspekt, da Universitätskliniken oft Standards setzen, die auch auf andere Krankenhäuser ausstrahlen.<sup>180</sup>

Außerdem haben Universitätskliniken oft einen überregionalen Versorgungsauftrag, der über die übliche „qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung“<sup>181</sup> hinausgeht. Sie nehmen eine Spitzenversorgungsfunktion wahr, insbesondere in hochspezialisierten Bereichen. Durch die landesrechtliche Anerkennung, welche das fiktive

---

<sup>174</sup> Quaas in Quaas/Zuck/Clemens: Medizinrecht, 4. Aufl., § 26, Rn. 540.

<sup>175</sup> Stollmann in NZS: Schnittstelle Krankenhausrecht, S. 562.

<sup>176</sup> Stollmann in NZS: Schnittstelle Krankenhausrecht, S. 562.

<sup>177</sup> S.o.: [B. II. 3. c)].

<sup>178</sup> Altschwager in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, § 5 KHG, Rn. 4.

<sup>179</sup> Kingreen, Banafesche, Szabados in WissR 2007: Das Recht der Hochschulmedizin im hochschul-, gesundheits- und verfassungsrechtlichen Reformprozess, S. 285.

<sup>180</sup> Kingreen, Banafesche, Szabados in WissR 2007: Das Recht der Hochschulmedizin im hochschul-, gesundheits- und verfassungsrechtlichen Reformprozess, S. 283; Becker, Das Recht der Hochschulmedizin, S. 5 f.

<sup>181</sup> § 1 Abs. 1 KHG.

Zustandekommen des Versorgungsvertrages von Hochschulkliniken bedingt, wird auch die für die Aufnahme in den Krankenhausplan erforderliche Bedarfsgerechtigkeit festgestellt.<sup>182</sup>

Aufgrund der Doppelrolle der Universitätskliniken ist eine enge Abstimmung zwischen dem Gesundheitsministerium und dem rechtsaufsichtsführenden Wissenschaftsministerium erforderlich. Dies betrifft sowohl die strukturelle als auch die finanzielle Planung. Die Hochschulklinikplanung muss das Landeshochschulrecht und damit die strategischen Ziele der Hochschulen und der Wissenschaftsförderung berücksichtigen, aber auch die sozial- und gesundheitsrechtlichen Vorgaben, die das Vergütungssystem der Krankenversorgungsleistungen mit sich bringt, beachten.<sup>183</sup>

Die Planung muss außerdem die besonderen Anforderungen an die Infrastruktur (z. B. spezialisierte Labore, Forschungszentren) und das Personal (z. B. Professoren, wissenschaftliche Mitarbeiter) in Universitätskliniken berücksichtigen. Damit sollte, aus Gründen der Wirtschaftlichkeit, einhergehen, dass die vorgehaltenen Ressourcen auch ihrer Funktion oder ihrer Qualifikation entsprechend eingesetzt werden können.

Zusammengefasst ist die Hochschulklinikplanung ein spezialisiertes Feld innerhalb der Krankenhausplanung, welches die besonderen Anforderungen von Universitätskliniken an die Gesundheitsversorgung sowie an Forschung und Lehre integriert.

#### (a) Die Akteure der Hochschulklinikplanung

Die Krankenhausplanung liegt bei den Bundesländern. Auch die Verantwortung für die Hochschulklinikplanung ist damit grundsätzlich bei den Bundesländern belegen.

Die Planung und Steuerung der Universitätskliniken erfordert aber aufgrund des Berücksichtigungsbedürfnisses von Forschung und Lehre eine enge Zusammenarbeit zwischen mehreren Akteuren, insbesondere dem Landesministerium für Gesundheit und Wissenschaft sowie den Universitäten und den Universitätskliniken sowie deren Träger, dem Landesministerium für Wissenschaft und Kunst.

Auch die Universitäten, denen die Universitätskliniken zugeordnet sind, haben eine zentrale Rolle in der Hochschulklinikplanung. Insbesondere die Medizinischen Fakultäten tragen die Verantwortung für die akademischen Belange der Hochschulkliniken.

Vor allem aber auch das Universitätsklinikum selbst hat über seine Organe<sup>184</sup>, dem Aufsichtsrat nach Art. 7 BayUniKlinG, dem Klinikumsvorstand nach Art. 9 BayUniKlinG und der Klinikumskonferenz nach Art. 11 BayUniKlinG, die Möglichkeit für die Belange der

---

<sup>182</sup> Altschwager in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, § 5 KHG, Rn. 4.

<sup>183</sup> Kingreen, Banafesche, Szabados in WissR 2007: Das Recht der Hochschulmedizin im hochschul-, gesundheits- und verfassungsrechtlichen Reformprozess, S. 285.

<sup>184</sup> Art. 6 BayUniKlinG.

Krankenversorgung, und der Forschung und Lehre einzustehen und diese gegenüber dem Landeswissenschaftsministerium geltend zu machen.

Insgesamt erfordert die Planung eine enge Zusammenarbeit zwischen den Gesundheits- und den Wissenschaftsministerien, um sicherzustellen, dass sowohl die medizinischen Versorgungsaufgaben als auch die akademischen Anforderungen der Universitätskliniken erfüllt werden.

#### (b) Kooperativer Planungsprozess

Die Einbeziehung von Universitätskliniken in den Krankenhausplan der Länder, wie in Bayern, erfolgt durch einen kooperativen Planungsprozess zwischen den Universitätskliniken, den zuständigen Landesministerien und weiteren relevanten Akteuren.

Der Prozess zur Einbeziehung einer Universitätsklinik in den bayerischen Krankenhausplan umfasst mehrere Schritte:

Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, führt eine Bedarfsanalyse durch, um den aktuellen und zukünftigen Bedarf an Krankenhauskapazitäten im Land zu ermitteln. Universitätskliniken können über ihren Träger, das Bayerische Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst ihre spezifischen Bedarfe und Entwicklungspläne beim Landesgesundheitsministerium als Krankenhausplanungsbehörde mitteilen, um in den Plan aufgenommen oder genauer gesagt bei der Planung berücksichtigt zu werden.

In Bayern werden zur Planaufnahme an Universitätskliniken beispielsweise keine Feststellungsbescheide erteilt. Dort findet ausweislich des Bayerischen Krankenhausplanes eine Einbeziehung unter Berücksichtigung der Aufgaben in Forschung und Lehre der Hochschulkliniken statt<sup>185</sup>, deren Planung nach Art. 3 Abs. 4 S. 1 BayKrG mit der davon unabhängigen sonstigen Krankenhausplanung abgestimmt werden muss. In der Praxis werden hierfür beratende Ausschüsse, ohne weitergehende gesetzliche Folgenwirkung oder Grundlage, gebildet.<sup>186</sup>

Bezogen auf die bayerische Krankenhausplanung ist aber ebenfalls insbesondere ein Aspekt ins Auge gefallen, welcher die Transparenz der Hochschulklinik- und Krankenhausplanung etwas anzweifeln lässt.

Die Hochschulkliniken stehen, wie die Hochschulen, unter der Trägerschaft des Freistaates Bayern. Die Rechtsaufsicht obliegt dem Bayerischen Staatsministeriums für Wissenschaft und Kunst, Art. 4 BayUniKlinG.

Bei der Krankenhausplanung ist das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege als Planungsbehörde zuständig, Art. 22 Abs. 1 BayKrG.

---

<sup>185</sup> BayStMGP: Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2024, S. 10.

<sup>186</sup> Mündliche Information aus dem Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst.

In Art. 7 Abs. 1 S. 2 BayKrG werden die Mitglieder des Bayerischen Krankenhausplanungsausschusses geregelt. Mit diesem sind bei der Krankenhausplanung (durch das BayStMGP) zumindest einvernehmliche Regelungen „anzustreben“, Art. 7 Abs. 2 BayKrG. Tatsächliche Entscheidungsrechte stehen diesem nicht zu.

Das BayKrG gilt nach dessen Art. 2 ausdrücklich nur für Krankenhäuser, welche nach dem KHG förderfähig sind. Ein Umstand, der auf Hochschulkliniken nicht zutrifft. In Art. 3 Abs. 4 S. 1 BayKrG findet man die Aussage, dass „die Hochschulklinikplanung und die Krankenhausplanung aufeinander abzustimmen sind.“

Eine Formulierung, die eindeutig darauf hindeutet, dass die Hochschulkliniken in die allgemeine Krankenhausplanung nicht aktiv einbezogen werden.

Dafür spricht auch der Umstand, dass das Bayerische Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst gerade nicht Teil des Bayerischen Krankenhausplanungsausschusses ist.

Man könnte anbringen, dass dieses Fehlen gerade darauf hindeutet, dass keine eigenständige Ausgestaltung der Universitätskliniken stattfindet. Diesen Ansatz muss man aber vor dem Hintergrund, dass eine Planung aufgrund der besonderen Anforderungen und Aufgaben in keinem Fall gänzlich ohne das Landeswissenschaftsministerium stattfinden kann, da nur dieses adäquat für die Berücksichtigung der Belange aus Forschung und Lehre Sorge tragen kann, zurückweisen.

Es stellt sich folglich die Frage, ob es aus Gründen der Transparenz und zur Schaffung einer effektiveren Zusammenarbeit nicht denkbar wäre, auch das Bayerische Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst in den Bayerischen Krankenhausplanungsausschuss aufzunehmen.

Es handelt sich um ein Gremium, welches ohnehin keine letztendlichen Entscheidungsbefugnisse gegenüber dem vorsitzenden Staatsministerium für Gesundheit und Pflege besitzt, Art. 7 Abs. 2 und 3 S. 3 BayKrG.

Am Ende entsteht ein jährlich fortgeschriebener Krankenhausplan, in welchem Hochschulklinikplanung und Krankenhausplanung zusammenfließen. Ein Austausch zwischen den Hochschulkliniken, deren Aufsichtsbehörde und der Krankenhausplanungsbehörde muss nach Art. 3 Abs. 4 S. 1 BayKrG stattfinden. Wieso man dies nicht gleich in einem Arbeitsgang erledigt, entzieht sich derzeit, mangels belastbarer rechtlicher Quellen, der Kenntnis der Bürger.

Um sich dieser Kritik nicht aussetzen zu müssen, könnte die Hinzuziehung auch der staatlichen Aufsichtsbehörde über die Hochschulkliniken, dem Bayerischen Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst, im Bayerischen Krankenhausplanungsausschuss für mehr Geradlinigkeit bei der Krankenhausplanung führen. Die Rolle der Hochschulkliniken könnte transparenter gemacht werden. Bei einer offenen Beteiligung dieser am Geschehen ließe das die Krankenhausplanung nur effizienter wirken.

(c) Eigenständige Ausgestaltung

Universitätskliniken haben daher tatsächlich mehr Gestaltungsspielraum bei ihren Versorgungsaufträgen im Vergleich zu Plankrankenhäusern.

Die Gründe dafür sind weitreichend.

Sie haben eine Sonderrolle im Gesundheitssystem und damit die Möglichkeit, spezialisierte Behandlungen und innovative Therapien anzubieten, die durch ihre Forschungskapazitäten und die Nähe zu wissenschaftlichen Erkenntnissen gestützt werden. Das verleiht ihnen einen größeren Spielraum, um auf neue medizinische Entwicklungen zu reagieren und diese ohne langwierige Änderungen des Krankenhausplanes in ihre Versorgungsangebote zu integrieren. Sie betreuen komplexe und seltene Erkrankungen, die über das Leistungsspektrum eines durchschnittlichen Plankrankenhauses hinausgehen.<sup>187</sup>

Universitätskliniken haben die Aufgabe, medizinische Forschung zu betreiben und Medizinstudierende auszubilden. Dies verleiht ihnen eine einzigartige Rolle, die eng mit der akademischen Freiheit verbunden ist. In der Praxis bedeutet dies, dass Universitätskliniken oft eigene Entscheidungskompetenzen darüber haben, wie sie ihre Versorgungsaufträge gestalten, welche medizinischen Schwerpunkte sie setzen und welche spezialisierten Abteilungen oder Zentren sie einrichten, um diese in Einklang mit ihren wissenschaftlichen Zielen zu bringen.

Außerdem haben Universitätskliniken auch mehr Möglichkeiten, zusätzliche Finanzierungsquellen zu erschließen, etwa durch Drittmittel aus Forschungsprojekten oder Kooperationen mit der Industrie. Diese finanziellen Mittel können genutzt werden, um innovative Behandlungsansätze oder spezialisierte Versorgungsangebote zu entwickeln.

Zwar sind Universitätskliniken in den allgemeinen Krankenhausplan eingebunden und unterliegen somit gewissen staatlichen Vorgaben, dieser Plan wirkt jedoch nur verwaltungsintern. Die konkreten Umsetzungen und inhaltlichen Schwerpunkte können von den universitären Krankenhäusern oft autonom gestaltet werden, solange sie im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben bleiben und die übergeordneten Ziele des Gesundheitssystems und insbesondere der Krankenhausplanung erfüllen.<sup>188</sup>

(d) Die Einbeziehung der Hochschulklinikplanung in die allgemeine Krankenhausplanung

Ob nun mit klarstellenden Feststellungsbescheiden wie im Freistaat Sachsen oder mit Ausschüssen, Gremien oder Kommissionen ohne rechtliche Grundlage mit vorwiegend beratender und abstimmender Funktion wie im Freistaat Bayern gearbeitet wird, macht letzten Endes keinen Unterschied. Universitätskliniken haben nach entsprechender landesrechtlicher

---

<sup>187</sup> S.u.: [C. III. 1.].

<sup>188</sup> S.o.: [C. II. 2.].

Anerkennung einen Versorgungsvertrag, sie „dienen neben Forschung und Lehre auch der Akutversorgung der Bevölkerung“<sup>189</sup>

Die inhaltliche Ausgestaltung der Versorgungsaufträge bleibt den Hochschulkliniken selbst überlassen. Die tatsächliche Planaufnahme erfolgt kraft gesetzlicher Fiktion; auch die praktischen Regelungsversuche tangieren die Hochschulkliniken, nach der hier vertretenen Auffassung bei ihrer autonomen qualitativen und quantitativen Gestaltung nicht.

Den Hochschulkliniken kommt eine Sonderrolle in der allgemeinen Krankenhausplanung zu. Deren Kapazitäten werden nicht im Rahmen der Krankenhausplanung ermittelt und zugewiesen. Sie nehmen als Maximalversorger und in weiterer Hinsicht selbstbestimmt an der Krankenhausversorgung teil und finden sich auch in diesem (selbst ausgestalteten) Umfang im jährlich fortgeschriebenen Krankenhausplan wieder.<sup>190</sup>

Im Anhang des Krankenhausplanes werden konkrete Bettenzahlen und Fachbereiche auch für Hochschulkliniken ausgewiesen.<sup>191</sup> Eine Versorgungs-, Bedarfs- oder Rahmenplanung, insbesondere das Hauptziel der Krankenhausplanung [eine (bestmögliche) bedarfsgerechte, Fehlinvestitionen vermeidende Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen] berücksichtigend unterstellt, scheint es so zu sein, dass die Hochschulkliniken ihre Zahlen und Fachbereiche (nach deren abgeschlossener Planung - Hochschulklinikplanung) vorab der Krankenhausplanungsbehörde verkünden und diese sie sodann anschließend bei der weiteren Planung heranzieht und berücksichtigt.<sup>192</sup> Der zur Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung erforderliche „Restbedarf“ an Krankenhausbetten und -plätzen wird dann, entsprechend der allgemeinen Verfahrensweise des Zwei-Ebenen-Modells, unter den Plankrankenhäusern (und nachrangig den Vertragskrankenhäusern) aufgeteilt.<sup>193</sup>

### 3. Ergänzende Vereinbarungen nach § 109 Abs. 1 S. 4 SGB V

Die Fiktion des § 109 Abs. 1 S. 2 schließt nicht aus, dass weiterreichende, modifizierende oder ergänzende Versorgungsverträge nach § 109 Abs. 1 S. 4 und 5 SGB V auch mit Plankrankenhäusern abgeschlossen werden.<sup>194</sup>

Bei § 109 Abs. 1 S. 5 SGB V ist schon umstritten, ob diese Vereinbarungen (welche in der Praxis wesentlich häufiger abgeschlossen werden als jene nach § 109 Abs. 1 S. 4 SGB V) überhaupt von § 8 Abs. 1 S. 4 Nr. 1 KHEntgG umfasst sein sollen.<sup>195</sup> Der klare Wortlaut der Vorschrift kann aber zu keinem anderen Ergebnis führen, als dass Vereinbarungen nach § 109

<sup>189</sup> *BayStMG*P: Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2024, S. 8.

<sup>190</sup> S. o.: [C. I. 2. a)].

<sup>191</sup> *BayStMG*P: Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2024, S. 301.

<sup>192</sup> S.o.: [C. II. 2.].

<sup>193</sup> S.o.: [B. II. 2. a)].

<sup>194</sup> *Quaas* in Prütting: Medizinrecht Kommentar, § 109 SGB V, Rn. 14.

<sup>195</sup> *Vollmöller* in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, § 8 KHEntgG, Rn. 13.

Abs. 1 S. 5 SGB V gerade nicht Teil des Versorgungsauftrags von Plankrankenhäusern sein sollen.<sup>196</sup>

Die dritte Determinante eines Versorgungsauftrags von Hochschulkliniken, die ergänzende Vereinbarung nach § 109 Abs. 1 S. 4 SGB V, ist, was die Besonderheit im Vergleich zu sonstigen zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V angeht, die am wenigsten beachtlich.

Auch bei Plankrankenhäusern kann der auf zweiter Planungsstufe per Feststellungsbescheid gegenüber dem Krankenhaus festgestellte Versorgungsauftrag, durch ergänzende Vereinbarungen (über eine geringere als im Krankenhausplan ausgewiesene Bettenzahlen) erweitert werden.<sup>197</sup> Die Leistungsstruktur des Krankenhauses darf dadurch aber nicht beeinflusst werden, sodass beispielsweise keine Fachbereiche vollständig entfallen dürfen.<sup>198</sup>

Insoweit unterscheidet sich der Versorgungsauftrag bei einem Hochschulklinikum nicht von dem eines Plankrankenhauses.

Der wesentliche Unterschied besteht darin, dass die durch eine ergänzende Vereinbarung nach § 109 Abs. 1 S. 4 SGB V verringerten Bettenzahlen bei Plankrankenhäusern ursprünglich aus dem fingierten Versorgungsvertrag (Feststellungsbescheid zur Planaufnahme) nach § 109 Abs. 1 S. 2 SGB V i. V. m. § 8 Abs. 1 S. 2 KHG stammen, bei Universitätskliniken jedoch, der landesrechtlichen Anerkennung folgend, aus der eigenständigen qualitativen und quantitativen Ausgestaltung ihres Versorgungsauftrags stammen.

#### **4. Der Versorgungsauftrag nach § 8 Abs. 1 S. 4 Nr. 2 KHEntgG**

Jede Determinante des Versorgungsauftrags von Hochschulkliniken nach § 8 Abs. 1 S. 4 Nr. 2 KHEntgG ist für sich genommen durch einige Faktoren bedingt und lässt erkennen, dass der Einbeziehung von Hochschulkliniken in die Krankenhausplanung einige Besonderheiten zugrunde liegen.

Die landesrechtliche Anerkennung als solche ist eine Statusregelung, welche es nicht vermag, einen Versorgungsauftrag in qualitativer wie quantitativer Weise auszufüllen.<sup>199</sup>

Ebenso wenig können dies die, als solche nur verwaltungsintern wirkenden, Landeskrankenhauspläne leisten.<sup>200</sup> Auch die ergänzenden Vereinbarungen nach § 109 Abs. 1 S. 4 SGB V geben lediglich Hinweise auf die inhaltliche Ausfüllung/Beschränkung der Versorgungsaufträge von Hochschulkliniken.

---

<sup>196</sup> BVerfG, Urteil vom 15.10.1996 – 1 BvL 44/92, 1 BvL 48/92; *Vollmöller* in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, § 8 KHEntgG, Rn. 14.

<sup>197</sup> *Vollmöller* in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, § 8 KHEntgG, Rn. 12.

<sup>198</sup> *Stollmann* in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, § 109 SGB V, Rn. 8.

<sup>199</sup> *Vollmöller* in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, § 8 KHEntgG, Rn. 15.

<sup>200</sup> *Quaas* in Quaas/Zuck/Clemens: Medizinrecht, 4. Aufl., § 26, Rn. 565.

Betrachtet man alle Determinanten gemeinsam, so stellt man fest, dass sie im Zusammenspiel dazu führen, dass Hochschulkliniken ein hohes Maß an Autonomie in der Hochschulklinikplanung besitzen.

Bei Plankrankenhäusern findet eine Aufnahme in den Krankenhausplan und eine Festlegung des Versorgungsauftrags per Feststellungsbescheid (gesetzliche Fiktion § 109 Abs. 1 S. 2 SGB V) statt, hier gibt es dann auch qualitative und/oder quantitative Festlegungen.<sup>201</sup> Bei Hochschulkliniken werden diese Festlegungen in weiten Teilen durch die Universitätskliniken selbst mitgestaltet, sodass der konkrete Versorgungsauftrag, wie er anschließend nachvollziehend in den Krankenhausplänen der Länder abgebildet und durch ergänzende Vereinbarungen nach § 109 Abs. 1 S. 4 SGB V ergänzt wird, maßgeblich von den Hochschulkliniken selbst stammt.

### **III. Die Einflüsse auf Hochschulkliniken bei der Ausgestaltung ihrer Versorgungsaufträge**

Es lässt sich festhalten, dass den Hochschulkliniken zumindest inhaltlich die Ausfüllung ihres Versorgungsauftrags weitestgehend selbst überlassen bleibt, sodass sie eine besondere Rolle in der Krankenhausplanung einnehmen.<sup>202</sup>

Diese Hochschulklinikplanung wird bei der allgemeinen Krankenhausplanung der Länder berücksichtigt. Sie zeichnet sich dadurch aus, dass den Hochschulkliniken, neben der landesrechtlichen Anerkennung, als Zulassungsvoraussetzung zur Krankenhausversorgung (Versorgungsvertrag), planungsbehördlicherseits keine näher bestimmenden Vorgaben zu ihren Versorgungsaufträgen gemacht werden können.

Die Hochschulklinikplanung ist von der Krankenhausplanung unabhängig<sup>203</sup> und denklogisch vorgeschaltet durchzuführen, denn Hochschulkliniken sind in die Krankenhausplanung einzubeziehen. Eine eigenständige und unabhängige Hochschulklinikplanung kann daher nicht erst parallel zur allgemeinen Landeskrankenhausplanung stattfinden.

Der bundesrechtliche Hintergrund des Art. 3 Abs. 4 S. 1 BayKrG lässt sich in Art. 2 BayKrG finden. Diese landesrechtliche Vorschrift greift die Förderfähigkeit nach dem KHG als Geltungsbereich für das BayKrG auf. Da Hochschulkliniken nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 KHG zu den nicht förderfähigen Einrichtungen zählen, sind sie folglich auch nach bayerischem Landesrecht unabhängig in ihrer Planung. Die Planungsziele des § 1 KHG sind, unter Berücksichtigung ihrer besonderen Rolle, dennoch grundsätzlich auch auf die Hochschulklinikplanung anzuwenden.<sup>204</sup>

---

<sup>201</sup> *Joussen* in Bergmann/Pauge/Steinmeyer: Nomos Kommentar Gesamtes Medizinrecht, § 108 SGB V, Rn. 6.

<sup>202</sup> *Vollmöller* in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, § 8 KHEntgG, Rn. 15; *Szabados* in Spickhoff Medizinrecht, § 108 SGB V, Rn. 3.

<sup>203</sup> Art. 3 Abs. 4 S. 1 BayKrG.

<sup>204</sup> S.o.: [C. II. 2. b) (1)].

Der allgemeine Krankenhausplan vollzieht den durch die Hochschulkliniken inhaltlich ausgestalteten Versorgungsauftrag (die Hochschulklinikplanung) nach.<sup>205</sup>

Zum Zeitpunkt der Berücksichtigung der Hochschulklinikplanung bei der Landeskrankenhausplanung ist folglich keine Einflussmöglichkeit durch die Krankenhausplanungsbehörde mehr gegeben. Die Hochschulklinikplanung steht bereits fest.<sup>206</sup> Sehr wohl gibt es jedoch einige Faktoren, Akteure und Verpflichtungen, welche Hochschulkliniken bei der eigenständigen Ausgestaltung ihres Versorgungsauftrags beeinflussen können. Einige davon sollen im Folgenden dargestellt werden. Dabei soll jeweils herausgearbeitet werden, wie sich die Einflüsse auf den Versorgungsauftrag von Hochschulkliniken auswirken.

### **1. Der Einfluss von Forschung und Lehre auf den Versorgungsauftrag**

Der Versorgungsauftrag beschreibt die tatsächliche Verpflichtung, Patienten im jeweils quantitativ möglichen und qualitativ leistbaren Rahmen medizinisch zu behandeln.<sup>207</sup>

Er definiert die Krankenversorgungsaufgabe eines Krankenhauses als Teil des Sozial-, Gesundheits- und Krankenhausrechts.<sup>208</sup>

Die Hochschulmedizin verbindet die gesellschaftliche Aufgabe der Krankenversorgung mit der eigengesetzlichen Wissenschaft der Medizin.

GG und Landesverfassungen legen den Rahmen für das Zusammenspiel von Forschung, Lehre und Krankenversorgung fest.<sup>209</sup> Es stehen sich die staatliche Verpflichtung zum Schutz von Leben und körperlicher Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG) und die Wissenschaftsfreiheit (Art. 5 Abs. 3 GG, Art. 108 BV) gegenüber.<sup>210</sup>

Ausgangspunkt für die sich hier anschließenden verfassungsrechtlichen Überlegungen, welchen Einfluss Forschung und Lehre (Wissenschaft) auf die Krankenversorgung oder speziell den Versorgungsauftrag von Hochschulkliniken haben, ist Art. 2 Abs. 1 S. 1 Hs. 2 BayUniKlinG.<sup>211</sup> Diese Regelung ist im bayerischen Hochschulrecht und im eigenständigen Recht der Universitätskliniken als Teil des bayerischen Hochschulrechts, die einfachgesetzliche Norm, welche die Verknüpfung von universitärer Forschung und Lehre und der (daran ausgerichteten) Krankenversorgung vorgibt.<sup>212</sup>

<sup>205</sup> Vollmöller in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, § 8 KHEntgG, Rn. 15.

<sup>206</sup> Vollmöller in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, § 8 KHEntgG, Rn. 15.

<sup>207</sup> Vollmöller in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, § 8 KHEntgG, Rn. 15.

<sup>208</sup> Kingreen, Banafesche, Szabados in WissR 2007: Das Recht der Hochschulmedizin im hochschul-, gesundheits- und verfassungsrechtlichen Reformprozess, S. 284.

<sup>209</sup> Kingreen, Banafesche, Szabados in WissR 2007: Das Recht der Hochschulmedizin im hochschul-, gesundheits- und verfassungsrechtlichen Reformprozess, S. 283.

<sup>210</sup> Kingreen, Banafesche, Szabados in WissR 2007: Das Recht der Hochschulmedizin im hochschul-, gesundheits- und verfassungsrechtlichen Reformprozess, S. 283.

<sup>211</sup> Reich: Bayerisches Universitätsklinikagesetz Kommentar, Art. 2, Rn. 1 ff.

<sup>212</sup> Kingreen, Banafesche, Szabados in WissR 2007: Das Recht der Hochschulmedizin im hochschul-, gesundheits- und verfassungsrechtlichen Reformprozess, S. 283 f.

a) Wissenschafts-, Forschungs- und Lehrfreiheit

Aus Art. 5 Abs. 3 GG ergibt sich die Freiheit von Kunst, Wissenschaft, Forschung und Lehre. Bei dem Begriff „Wissenschaft“ handelt es sich um einen Oberbegriff, zusammenfassend für die beiden Unterbegriffe Forschung und Lehre. In Bayern lässt sich ebenso Art. 108 BV als Grundrecht zum Schutz der Freiheit der Wissenschaft und ihrer Lehre anführen. Obwohl in Art. 108 BV, anders als in Art. 5 Abs. 3 GG, die Forschung nicht ausdrücklich genannt wird, fällt nach einhelliger Meinung in Rechtsprechung und Schrifttum auch die wissenschaftliche Forschung unter den Schutzbereich des Art. 108 BV.<sup>213</sup>

(1) Forschung

Innerhalb der Wissenschaft lassen sich Forschung und Lehre voneinander abgrenzen, indem man unter wissenschaftlicher Forschung alles subsumiert, was nicht unter den wissenschaftlichen Lehrbegriff fällt.<sup>214</sup>

Die Forschung dient der selbstständigen Gewinnung wissenschaftlicher Erkenntnisse.<sup>215</sup>

Da eine zu präzise Definition der Forschungsfreiheit das Risiko umfassen würde, dass das Freiheitsrecht zu eng umgrenzt würde und in der Folge nicht in vollem Umfang ausgeschöpft werden kann, bleibt man bei einer vorwiegend verhaltenen Definition:<sup>216</sup>

Erfasst sein soll „die geistige Tätigkeit mit dem Ziele, in methodischer, systematischer und nachprüfbarer Weise neue Erkenntnisse zu gewinnen.“<sup>217</sup>

Besonders für den hochschulmedizinischen Betrieb wird wichtig, dass von der Wissenschaftsfreiheit auch die angewandte Forschung erfasst sein soll.<sup>218</sup>

Der Wissenschaftsrat differenziert zwischen zwei Grundtypen der klinischen Forschung. In den praktischen Abläufen sind diese kaum voneinander zu unterscheiden, wohl aber nach ihrem Erkenntnisziel und den eingesetzten Methoden.<sup>219</sup> Es gibt die grundlagenorientierte Forschung, welche nach Ursachen, Entstehung und Verlauf von Krankheiten fragt. Diese Forschung findet weitgehend in vorklinischen oder klinisch-theoretischen Instituten/Lehrstühlen, welche im

<sup>213</sup> BayVerfGHE, 20, 191/202; BayVerfGHE 24, 199/221; BayVerfGHE 30, 126/133; BayVerfGHE 50, 176; *Geis* in Meder/Brechmann: Die Verfassung des Freistaates Bayern, Art. 108 Rn. 16; *Lindner* in Lindner/Möstl/Wolff: Die Verfassung des Freistaates Bayern, Art. 108 Rn.10 ff.

<sup>214</sup> BVerfG, Urteil vom 13.04. 2010 – 1 BvR 216/07; BVerfGE 126, 1- 29 (7).

<sup>215</sup> BVerfG, Urteil vom 20.10.1982 – 1 BvR 1467/80; BVerfGE 61, 210 – 259 (244); BVerfG, Urteil vom 13.04. 2010 – 1 BvR 216/07; BVerfGE 126, 1- 29 (7).

<sup>216</sup> *Krüper* in Dreier, GG Kommentar I, Art. 5 III (Wissenschaft), Rn. 39 ff.

<sup>217</sup> BVerfG, Urteil vom 29.05. 1973 – 1 BvR 424/71; BVerfGE 35, 79 – 170 (113).

<sup>218</sup> BVerfG, Urteil vom 13.04. 2010 – 1 BvR 216/07; BVerfGE 126, 1- 29 (7).

<sup>219</sup> *Wissenschaftsrat*: Empfehlungen zur klinischen Forschung in den Hochschulen, Drs. 7194/84, S. 5; *Wissenschaftsrat*: Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin, Drs. 5913/04, S. 8; *Kingreen, Banafesche, Szabados* in *WissR 2007*: Das Recht der Hochschulmedizin im hochschul-, gesundheits- und verfassungsrechtlichen Reformprozess, S. 286.

Kooperationsmodell häufig organisatorisch der Universität zugeordnet sind, statt.<sup>220</sup> Die überwiegend in klinischen Abteilungen erfolgende anwendungsorientierte Forschung widmet sich hingegen der Entwicklung und Verbesserung diagnostischer Verfahren und Therapien.<sup>221</sup> Diese Form der Forschung im Rahmen der klinischen Praxis muss versorgungsnah an den Universitätskliniken stattfinden.<sup>222</sup>

Die vollständige Unabhängigkeit der Forschung ist kein Definitionsmerkmal, vielmehr hat der Staat, im Rahmen seiner Gewährleistungsverantwortung, dafür Sorge zu tragen, dass unabhängige Forschung an Hochschulen möglich ist.<sup>223</sup>

Grundsätzlich fällt die wirtschaftliche Verwertung des wissenschaftlichen Erkenntnisgewinns unter Art. 12 und Art. 14 GG.<sup>224</sup> Sofern jedoch die ökonomische Verwertung der Forschungsergebnisse zur Finanzierung einer Hochschule oder einer wissenschaftlichen Tätigkeit geboten ist, fällt diese wieder unter Art. 5 Abs. 3 S. 1 GG.<sup>225</sup>

## (2) Lehre

Die Lehrfreiheit aus Art. 5 Abs. 3 GG, auf der anderen Seite der Wissenschaftsfreiheit, soll die „wissenschaftlich fundierte Übermittlung der durch die Forschung gewonnenen Erkenntnisse“<sup>226</sup> schützen.

Wissenschaftliche Lehre in diesem Sinn bezieht sich auf die Wiedergabe eigener Erkenntnisse, aber auch auf die kritisch-reflektierte Weitergabe fremder wissenschaftlicher Erkenntnisse<sup>227</sup>, die aufgrund der eigenen Forschungskompetenz in ausreichendem Maße nachvollzogen werden können.<sup>228</sup>

Die Lehrfreiheit umfasst den Gegenstand, die Form, den Inhalt, den methodischen Ansatz und das zu verwendende Material für die Lehrveranstaltung.<sup>229</sup> Der Ablauf der Lehrveranstaltung ist der wissenschaftlichen Lehrperson selbst überlassen, sie darf ihre eigene Lehrmeinung äußern.<sup>230</sup> Bei der Ausgestaltung der Lehrfreiheit stehen Hochschullehrern daher besonders umfangreiche, eigenverantwortlich auszuwählende Gestaltungsmöglichkeiten zu.

---

<sup>220</sup> Kingreen, Banafesche, Szabados in WissR 2007: Das Recht der Hochschulmedizin im hochschul-, gesundheits- und verfassungsrechtlichen Reformprozess, S. 286, 305, 307.

<sup>221</sup> Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur klinischen Forschung in den Hochschulen, Drs. 7194/84, S. 5 f.

<sup>222</sup> Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur klinischen Forschung in den Hochschulen, Drs. 7194/84, S. 5 f.

<sup>223</sup> BVerfG, Urteil vom 29.05. 1973 – 1 BvR 424/71; BVerfGE 35, 79 – 170 (113).

<sup>224</sup> BGH, Urteil vom 18.09. 2007 – X ZR 167/05, Rn. 20; BT-Drs. 14/5975, S. 5.

<sup>225</sup> BGH, Urteil vom 18.09. 2007 – X ZR 167/05.

<sup>226</sup> BVerfG, Urteil vom 29.05. 1973 – 1 BvR 424/71; BVerfGE 35, 79 -170 (113).

<sup>227</sup> BVerfG, Urteil vom 13.04. 2010 – 1 BvR 216/07; BVerfGE 126, 1- 29 (14).

<sup>228</sup> BVerfG, Urteil vom 13.04. 2010 – 1 BvR 216/07; BVerfGE 126, 1- 29 (14).

<sup>229</sup> BVerfG, Beschluss vom 11.01.1994 – 1 BvR 434/87; BVerfGE 90, 1 -29.

<sup>230</sup> BVerfG, Urteil vom 29.05. 1973 – 1 BvR 424/71; BVerfGE 35, 79 – 170.

b) Forschung und Lehre an (medizinischen) Fakultäten und Universitäten

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) hat in einem Thesenpapier aus dem Jahr 2005 die Ziele der akademischen Medizin herausgearbeitet<sup>231</sup>:

*„A. Die Sicherstellung der Möglichkeiten zu hochrangiger Klinischer Forschung mit dem Ziel einer Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung. Im Unterschied zu Versorgungskrankenhäusern begründet die Klinische Forschung das Primat der akademischen Struktur der Universitätskliniken inklusive deren Schwerpunktbildungen.*

*B. Eine qualifizierte studentische Lehre und hochrangige strukturierte Weiterbildung graduierter Ärzte als zukünftigem Führungspersonal im Gesundheitswesen, die eine breitgestreute Auswahl von Kranken in den Kliniken erfordern.*

*C. Eine medizinische Spitzenversorgung, die bei komplizierten und bisher nur ungenügend behandelbaren Krankheitsbildern die Entwicklung, Erprobung und Einführung neuer diagnostischer und therapeutischer Verfahren (Innovationen) erlaubt.“<sup>232</sup>*

Die medizinischen Fakultäten der Universitäten sind dabei eigenständige Forschungs- und Lehrinrichtungen. Sie agieren unter dem verfassungsrechtlichen Dach der Wissenschaftsfreiheit.<sup>233</sup> Gestützt werden sie außerdem von der akademischen Selbstverwaltungsgarantie, welche einem jeden Hochschullehrer und auch den Universitäten als staatlichen Einrichtung zukommt.<sup>234</sup>

Die Betrachtung der Organisationsstrukturen an staatlichen Universitäten und den Universitätskliniken in Bayern ist für die nachfolgenden Erörterungen deshalb von so hoher Bedeutung, weil im Folgenden geklärt werden soll, wer einer Universitätsklinik die konkreten Forschungs- und Lehrschwerpunkte vorgibt und wer in welcher Form, direkt oder im Rahmen von z. B. Gremienbeteiligungen, auf die Forschungs- und Lehrschwerpunkte Einfluss nehmen kann.

(1) Hochschulorganisation

Hochschulen und deren Mitglieder organisieren sich intern eigenständig; unter anderem werden hierfür zentrale und dezentrale institutionelle Gremien gebildet.<sup>235</sup>

---

<sup>231</sup> AWMF: Thesen der AWMF zu Aufgaben von Universitätskliniken, S. 1.

<sup>232</sup> AWMF: Thesen der AWMF zu Aufgaben von Universitätskliniken, S. 1.

<sup>233</sup> Achenbach: Wissenschaftsfreiheit in der Hochschulmedizin, S. 49.

<sup>234</sup> Heil in academics 2021: Mitarbeit in der akademischen Selbstverwaltung: Gremien, Aufgaben, Vergütung.

<sup>235</sup> Heil in academics 2021: Mitarbeit in der akademischen Selbstverwaltung: Gremien, Aufgaben, Vergütung

Zentrales und höchstes akademisches Kollegialorgan (Gremium) ist der Akademische Senat.<sup>236</sup> Die Ludwig-Maximilians-Universität München beschreibt die Aufgaben des Senates auf ihrer Webseite beispielsweise wie folgt:

*„Die Senatorinnen und Senatoren beschließen unter anderem in Angelegenheiten von grundsätzlicher Bedeutung für die Forschung und die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses und für die Erfüllung des Gleichstellungsauftrags sowie unter Beteiligung des Hochschulrates über die Einrichtung, Änderung und Aufhebung von Studiengängen. Ferner geben sie Stellungnahmen zu Berufungsvorschlägen für die Besetzung von Professuren ab und beschließen die von der Universität zu erlassenden Rechtsvorschriften, soweit nichts anderes bestimmt ist.“<sup>237</sup>*

Der Senat setzt sich zusammen aus Vertretern der Hochschullehrenden, dem wissenschaftlichen und wissenschaftsstützenden Personal, sowie Vertretern der Studierenden. Häufig werden zudem beratende Mitglieder benannt und Mitglieder kraft Amtes beteiligt, wie die Frauenbeauftragten der Universitäten.<sup>238</sup>

## (2) Die dezentrale Organisationsebene bei Hochschulen

Die meisten Hochschulen sind darüber hinaus noch weiter untergliedert. Es existiert eine zusätzliche, dezentrale Organisationsebene. Fachbereichs- und Fakultätsräte sind hier die zentralen Organe, welche ihrerseits Dekanin oder Dekan und ggf. Dekanat als weiteres kleines Kollegialorgan wählen.<sup>239</sup>

Die Hauptaufgabe dieser dezentralen Gremien auf Fakultäts- oder Fachbereichsebene, ist neben grundsätzlichen Fragen der Forschung und Lehre (inkl. Einrichtung, Einstellung/Berufungen von Hochschullehrern, die Schließung von Studiengängen sowie die Erstellung und Aktualisierung von Studien- und Prüfungsordnungen), die Ressourcenverteilungen.<sup>240</sup> Die Zusammensetzung der Fakultäts- oder Fachbereichsräte erfolgt in ähnlicher Weise wie die Besetzung des akademischen Senates auf der Ebene der gesamten Hochschule.

## (3) Wissenschaftsfreiheit in der Hochschulorganisation

Die Selbstverwaltungsgarantie ist eng mit der Wissenschaftsfreiheit verknüpft. Den Hochschullehrern muss laut „Hochschul-Urteil“ des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) aus

---

<sup>236</sup> Heil in academics 2021: Mitarbeit in der akademischen Selbstverwaltung: Gremien, Aufgaben, Vergütung

<sup>237</sup> <https://www.lmu.de/de/die-lmu/struktur/organisation/senat/index.html>.

<sup>238</sup> <https://www.tum.de/ueber-die-tum/organisation/senat>; <https://www.lmu.de/de/die-lmu/struktur/organisation/senat/index.html>.

<sup>239</sup> Heil in academics 2021: Mitarbeit in der akademischen Selbstverwaltung: Gremien, Aufgaben, Vergütung.

<sup>240</sup> <https://www.hs-augsburg.de/Service/Hochschule-von-A-Z/Fakultaetsrat.html>.

dem Jahr 1973 ein ausreichender Einfluss auf Angelegenheiten der Forschung und Lehre gewahrt bleiben.<sup>241</sup>

Die oben dargestellte Organisation in Gremien<sup>242</sup>, so wichtig sie für den hochschulorganisatorischen Betrieb sein mag, darf folglich die Selbstverwaltungsgarantie und die Wissenschaftsfreiheit der Hochschule und vor allem der Hochschullehrer nicht unterlaufen.<sup>243</sup>

Das BVerfG hat für Hochschullehrer unterschieden zwischen deren Aufgaben im Bereich Forschung einerseits und den Berufungsangelegenheiten und deren Lehrtätigkeit andererseits.<sup>244</sup>

Bei den Lehrtätigkeiten wird der restriktive Begriff des „maßgebenden Einflusses“ verwendet, während Hochschullehrern bei Forschungsfragen oder Berufungsangelegenheiten sogar „ausschlaggebender Einfluss“ zugestanden werden muss.<sup>245</sup>

Die der Wissenschaftsfreiheit nach Art. 5 Abs. 3 GG unterliegende Forschung und Lehre soll hauptsächlich den Hochschullehrern selbst obliegen. Einflussnahmemöglichkeiten von staatlicher Seite sind auf ein notwendiges Minimum zu beschränken.<sup>246</sup> Zur Gewährleistung eines funktionalen Hochschulbetriebs sollten die Hochschullehrer ihre einzelnen Forschungs- und Lehrschwerpunkte aber mit- und untereinander abstimmen.

Gerade hierfür werden die angesprochenen Hochschulgremien, teilweise mit Entscheidungskompetenz (z. B. Dekanat), teilweise mit hauptsächlich beratender Funktion (z. B. Berufungskommission – Entscheidung liegt bei Hochschulleitung) geschaffen.<sup>247</sup>

#### (4) Forschung und Lehre an den Hochschulen

Bei Art. 5 Abs. 3 S. 1 GG handelt es sich einerseits um ein individuelles Freiheitsrecht der im Wissenschaftsbereich tätigen Personen.<sup>248</sup>

Ob aber aus Art. 5 Abs. 3 S. 1 GG auch ein „Grundrecht der deutschen Universitäten“ entnommen werden kann, ist nicht abschließend geklärt, liegt aber nahe, da auch die oben bereits angesprochene Selbstverwaltungsgarantie der Hochschulen deren bestmögliche Verwirklichung ihrer Freiheiten in Forschung und Lehre enthalten muss.<sup>249</sup>

Es lässt sich folglich in Art. 5 Abs. 3 S. 1 GG eine gewisse Hochschulautonomie hineinlesen.<sup>250</sup>

<sup>241</sup> BVerfG, Urteil vom 29.05.1973 – 1 BvR 424/71; BVerfGE 35, 79 – 170 (80).

<sup>242</sup> S. o.: (C. III. 1. b) (1) und (2)).

<sup>243</sup> Jarass in Jarass/Pieroth: GG Kommentar, Art. 5, Rn. 152.

<sup>244</sup> BVerfG, Urteil vom 29.05.1973 – 1 BvR 424/71; BVerfGE 35, 79 – 170 (99).

<sup>245</sup> BVerfG, Urteil vom 29.05.1973 – 1 BvR 424/71; BVerfGE 35, 79 – 170 (80, 142).

<sup>246</sup> BVerfG, Urteil vom 29.05.1973 – 1 BvR 424/71; BVerfGE 35, 79 – 170 (80, 142).

<sup>247</sup> Heil in academics 2021: Mitarbeit in der akademischen Selbstverwaltung: Gremien, Aufgaben, Vergütung.

<sup>248</sup> BVerfG, Urteil vom 26.10.2004 – BvR 911/00; BVerfGE 111, 333 – 365 (353).

<sup>249</sup> Achenbach: Wissenschaftsfreiheit in der Hochschulmedizin, S. 25 f.

<sup>250</sup> Achenbach: Wissenschaftsfreiheit in der Hochschulmedizin, S. 25 f.

Das BVerfG hat hierzu eindeutig Stellung bezogen:

*„Öffentliche Einrichtungen, die diesen Zwecken (Forschung und Lehre - Hochschulen) dienen und denen deshalb das Grundrecht aus Art. 5 Abs. 3 S. 1 GG unmittelbar zugeordnet ist, können daher grundsätzlich Eingriffe in ihre organisatorischen Strukturen abwehren, die einer freien wissenschaftlichen Betätigung abträglich sind“ ... „Für ihren eigenen Fortbestand kann eine öffentliche Einrichtung aber grundsätzlich keinen Grundrechtsschutz in Anspruch nehmen“ ... „Einrichtungen, die Zwecken der Wissenschaft dienen, ist Autonomie nur im Rahmen der ihnen zugewiesenen Aufgabe verliehen“ ... „Ihre Autonomie ist auf die funktionsgerechte Wahrnehmung dieser Aufgabe beschränkt und von deren Fortbestand abhängig. Sie kann deshalb nicht die Aufrechterhaltung der Aufgabenzuweisung selbst sichern.“<sup>251</sup>*

Begründet wurde diese Annahme eines staatsgerichteten Abwehrrechts insbesondere damit, dass Wissenschaft und Forschung in weiten Bereichen von staatlicher Förderung abhängig sind.<sup>252</sup>

Die in Art. 5 Abs. 3 S. 1 GG verbürgte Freiheitsgarantie enthält die Pflicht des Staates den, mit öffentlichen Mitteln eingerichteten und unterhaltenen Wissenschaftsbetrieb autonom walten zu lassen, soweit es das Grundrecht auf Wissenschaftsfreiheit erforderlich macht und es unter Berücksichtigung der anderen legitimen Aufgaben der wissenschaftlichen Einrichtungen und der Grundrechte aller Beteiligten möglich ist.<sup>253</sup>

Erfasst sind explizit nur Eingriffe in die organisatorische Struktur und nicht in die Aufrechterhaltung der Aufgabenzuweisung selbst.<sup>254</sup>

Grundrechtsträger der Wissenschaftsfreiheit sind also die Hochschulen als juristische Personen selbst und alle Personen, die eigenverantwortlich in wissenschaftlicher Weise tätig werden.<sup>255</sup> Hierzu zählt hauptsächlich das wissenschaftliche Personal der Hochschule (Hochschullehrer), da diesen eine „eigenständige Vertretung eines wissenschaftlichen Faches übertragen wurde“.<sup>256</sup>

---

<sup>251</sup> BVerfG, Urteil vom 10.03.1992 – BvR 454/91; BVerfGE 85, 360 (384 f.).

<sup>252</sup> BVerfG, Urteil vom 10.03.1992 – BvR 454/91; BVerfGE 85, 360 (384 f.).

<sup>253</sup> BVerfG, Urteil vom 10.03.1992 – BvR 454/91; BVerfGE 85, 360 (384 f.); BVerfG, Urteil vom 29.05.1973 – 1 BvR 424/71.

<sup>254</sup> BVerfG, Urteil vom 10.03.1992 – BvR 454/91; BVerfGE 85, 360 (384 f.).

<sup>255</sup> BVerfG, Urteil vom 29.05.1973 – 1 BvR 424/71; BVerfGE 35, 79 – 170 (123 f.).

<sup>256</sup> BVerfG, Urteil vom 13.04. 2010 – 1 BvR 216/07; BVerfGE 126, 1 – 29 (1).

c) Forschung und Lehre in der Krankenversorgung der Hochschulkliniken

Die Wissenschaftsfreiheit findet sich auch begrifflich als Forschung und Lehre in den gesetzlichen Regelungen des SGB V, des KHEntgG und auch den Krankenhausplänen der Länder wieder.<sup>257</sup>

Entscheidungen gibt es hierzu nur sehr wenige. Ein richtungsweisender Beschluss des BVerfG stammt aus dem Jahr 1981. Es wurde darin insbesondere festgehalten, dass, aufgrund der engen Verknüpfung von Forschung, Lehre und Krankenversorgung, die Grundrechte des Hochschullehrers aus Art. 5 Abs. 3 S. 1 GG nicht nur bei der Verrichtung von Forschungs- und Lehrtätigkeiten Anwendung finden, sondern gewissermaßen auch, wenn er Aufgaben der Krankenversorgung für die Hochschulklinik übernimmt.<sup>258</sup>

*„Die in der Krankenversorgung gewonnenen Erkenntnisse bilden eine wichtige Grundlage für die Forschung und Lehre im medizinischen Bereich, sowohl auf diagnostischem wie auf therapeutischem Gebiet; akademische Lehre in der Medizin lässt sich ohne Demonstration am Krankenbett kaum durchführen.“<sup>259</sup>*

Diese Entscheidung wurde in den darauffolgenden Jahren durch das BVerfG selbst<sup>260</sup> konkretisiert und zudem seit 1983 durch das BVerwG in die Rechtsprechungspraxis aufgenommen.<sup>261</sup>

In der Literatur wird einheitlich vertreten, dass die Wissenschaftsfreiheit auch im Bereich der universitären Krankenversorgung nicht außer Acht gelassen werden kann und es dadurch gezwungenermaßen zu einer Vermischung der beiden Bereiche kommt.<sup>262</sup> Welches Ausmaß an Einfluss, Forschung und Lehre in der Krankenversorgung von Hochschulkliniken zukommen darf, wird jedoch sehr unterschiedlich gesehen.

Die erste wesentliche Feststellung muss hier sein, dass die Universitätsklinik im Bereich Forschung und Lehre keine eigenen Aufgaben wahrnehmen. Sie unterstützen die Aufgaben von Forschung und Lehre der Universität, welcher Sie in Bayern nach Art. 1 Abs. 1 BayUniKlinG zugeordnet sind.<sup>263</sup> Entsprechend findet die Wahrnehmung der Aufgaben in Forschung und Lehre regelmäßig über das am Klinikum beschäftigte Personal statt, da diese dem Klinikum selbst gerade nicht übertragen werden können.<sup>264</sup>

---

<sup>257</sup> Houben: Rechtsformen des Universitätsklinikums, S. 61.

<sup>258</sup> BVerfG, Beschluss von 08.04.1981 – 1 BvR 608/79; BVerfGE 57, 70 – 107 (71); Houben: Rechtsformen des Universitätsklinikums, S. 62.

<sup>259</sup> BVerfG, Beschluss von 08.04.1981 – 1 BvR 608/79; BVerfGE 57, 70 – 107 (71);

<sup>260</sup> BVerfG, Beschluss vom 11.11.2002 – 1 BvR 2145/01; NVwZ 2003, 600.

<sup>261</sup> BVerwG, Urteil vom 11.02.1983 – 7 C 2/82.

<sup>262</sup> Houben: Rechtsformen des Universitätsklinikums, S. 64.

<sup>263</sup> Reich: Bayerisches Universitätsklinikagesetz Kommentar, Art. 2, Rn. 2.

<sup>264</sup> Reich: Bayerisches Universitätsklinikagesetz Kommentar, Art. 2, Rn. 6.

(1) Der Stellenwert von Forschung und Lehre bei dem Betrieb von Hochschulambulanzen, § 117 Abs. 1 Nr. 1 SGB V

Eine hierzu leitende Entscheidung ist der Beschluss des BVerfG vom 29.12.2012, dort zur Förderpflicht aus Art. 5 Abs. 3 GG des in Hochschulambulanzen erbrachten Teils der Lehre durch die gesetzliche Krankenversicherung.<sup>265</sup>

§ 117 Abs. 1 Nr. 1 SGB V regelt die Ermächtigung der Hochschulambulanzen zur ambulanten Behandlung gesetzlich Versicherter. Hochschulambulanzen „haben den Hochschulkliniken die Erbringung des für Forschung und Lehre notwendigen Maßes der ambulanten Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten zu ermöglichen.“<sup>266</sup> Die Frage nach dem vertragsärztlichen Versorgungsgrad ist laut Bundessozialgericht<sup>267</sup> für die Ermächtigung einer Hochschulambulanz nicht relevant. Vielmehr kommt es allein darauf an, welcher Umfang der Versorgung notwendig ist, um Forschung und Lehre ausreichend zu stützen<sup>268</sup>, denn nur eine ausreichende Anzahl ambulant behandelter Patienten liefert auch eine anständige Populationsbasis für Forschungsstudien und damit auch für die universitäre Lehre.<sup>269</sup>

Zwar bezweckt § 117 SGB V laut Beschluss einfachgesetzlich auch eine Förderung der Lehre, doch hat der Gesetzgeber die Hochschulambulanzen nicht von dem in § 12 SGB V übergreifend statuierten Gebot der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit der Versorgung befreit.<sup>270</sup> In diesem Fall war das Grundrecht aus Art. 5 Abs. 3 GG (die Wissenschaftsfreiheit) folglich nur mitzuberücksichtigen, nicht aber vorrangig.

Es ist dem Beschluss aber ebenso zu entnehmen, dass der Stellenwert von Forschung und Lehre als erhöht eingestuft werden kann und daher bei entsprechenden juristischen Betrachtungen und Abwägungen grundsätzlich von wesentlicher Bedeutung sein wird.

(2) Akzessorische Krankenversorgung

Der Krankenhausplan und die landesgesetzlichen Normen sehen zwar vor, dass Universitätsklinken „an Forschung und Lehre ausgerichtete“ Krankenversorgung erbringen. Dass dies in der Praxis nicht stets bedeutet, dass alle Krankenversorgung an einem Universitätsklinikum auch zwingend aufgrund von Forschungs- und Lehrerwägungen geschieht, hat der Wissenschaftsrat bereits 1999 erkannt.<sup>271</sup> Als Akteure der Krankenversorgung, an welcher sie im Rahmen ihres Versorgungsauftrags teilnehmen, erbringen Hochschulkliniken auch Gesundheitsdienstleistungen über das, was für die Erfüllung

<sup>265</sup> BVerfG Beschluss 29.12.2012 – 1 BvR 1849/12.

<sup>266</sup> *Simon*: Das Krankenhaus im System der ambulanten Versorgung gesetzlicher Krankenversicherter, S. 103; *Moritz Quaas*: Rechtsfragen der ambulanten Versorgung im Krankenhaus, S. 170 f.

<sup>267</sup> BSG, Urteil vom 23.10.1996 – 4 RK 2/96; NJW 1998, 850 – 853.

<sup>268</sup> *Simon*: Das Krankenhaus im System der ambulanten Versorgung gesetzlicher Krankenversicherter, S. 124.

<sup>269</sup> *Fleßa*: Systemisches Krankenhausmanagement, S. 838.

<sup>270</sup> BVerfG Beschluss 29.12.2012 – 1 BvR 1849/12, Rn 11 ff.

<sup>271</sup> Empfehlungen des Wissenschaftsrates zur Struktur der Hochschulmedizin, Drs. 4104/99, S. 13 f.

der Aufgaben und Lehre erforderlich ist, hinaus.<sup>272</sup> Sie sind im Krankenhausplan aufgenommen und insoweit auch Leistungserbringer der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Das Partizip „ausgerichtet“ ist keineswegs zufällig gewählt. Einerseits soll damit die Einheit von Forschung, Lehre und Krankenversorgung verdeutlicht werden, es verdeutlicht aber gleichermaßen, dass Krankenversorgung nicht die originäre Aufgabe der Universitätskliniken darstellt.

Insoweit ist aber im Sinne der allgemeinen Kategorien des Rechts der Selbstverwaltungskörperschaft auch zwischen eigenem und übertragenem Aufgabenkreis zu unterscheiden.<sup>273</sup>

„Die Krankenversorgung ist eine eigene Aufgabe, wenn und soweit sie Forschung und Lehre dient und diese stärkt. Hier verwirklichen sich die Ideen von Einheit und wechselseitiger Bedingtheit, weshalb man, bezogen auf Forschung und Lehre, von akzessorischer Krankenversorgung sprechen kann.“<sup>274</sup>

Eine übertragene Aufgabe ist die Krankenversorgung hingegen, soweit sie allein aufgrund der staatlichen Gewährleistungsverantwortung für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und daher losgelöst von ihrer Funktion für Forschung und Lehre wahrzunehmen ist, weshalb man von nicht-akzessorischer Krankenversorgung sprechen kann.“<sup>275</sup>

Festzuhalten bleibt, dass Krankenversorgung, welche Bestandteil von Forschung und Lehre ist, damit auch unter den Schutzbereich der Wissenschaftsfreiheit fällt. Rechtfertigen lässt sich das, da die Universitätskliniken nach Art. 1 BayUniKlinG den Universitäten zugeordnet sind. Forschung, Lehre und Krankenversorgung sind im Bereich der akzessorischen Krankenversorgung eine untrennbare Einheit, weshalb der Schutzbereich der Wissenschaftsfreiheit auch bei der akzessorischen Krankenversorgung an Universitätskliniken eröffnet sein muss. Insoweit nimmt das Universitätsklinikum eine Aufgabe der Universität im Rahmen der Bestimmungen des BayUniKlinG wahr und ist schlussendlich auch verpflichtet dafür Sorge zu tragen, dass die der Universität eingeräumte Freiheit von Forschung und Lehre gewahrt bleibt. Das Universitätsklinikum hat außerdem dafür Sorge zu tragen, dass alle Mitglieder der Universität, insbesondere die am Hochschulklinikum beschäftigten Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer, ihre in Art. 5 Abs. 3 S. 1 GG und Art. 108 BV verbürgten Grundrechte ausreichend wahrnehmen können.

---

<sup>272</sup> Empfehlungen des Wissenschaftsrates zur Struktur der Hochschulmedizin, Drs. 4104/99, S. 13 f.; *Kingreen, Banafesche, Szabados* in *WissR 2007: Das Recht der Hochschulmedizin im hochschul-, gesundheits- und verfassungsrechtlichen Reformprozess*, S. 288.

<sup>273</sup> *Kingreen, Banafesche, Szabados* in *WissR 2007: Das Recht der Hochschulmedizin im hochschul-, gesundheits- und verfassungsrechtlichen Reformprozess*, S. 288.

<sup>274</sup> *Kingreen, Banafesche, Szabados* in *WissR 2007: Das Recht der Hochschulmedizin im hochschul-, gesundheits- und verfassungsrechtlichen Reformprozess*, S. 288 f.

<sup>275</sup> *Kingreen, Banafesche, Szabados* in *WissR 2007: Das Recht der Hochschulmedizin im hochschul-, gesundheits- und verfassungsrechtlichen Reformprozess*, S. 288 f.

Die Krankenversorgung erweitert den Kanon der Schutzgüter des Art. 5 Abs. 3 GG nicht. Sie fällt als akzessorische Aufgabe unter den Schutzbereich als Bestandteil von Forschung und Lehre.<sup>276</sup>

### (3) Nicht-akzessorische Krankenversorgung

Auf der anderen Seite ist aber auch unumstritten, dass eine rein ärztliche Tätigkeit ohne Bezug zur Wissenschaft, als nicht- akzessorische Krankenversorgung, vom Schutzbereich der Wissenschaftsfreiheit ausgenommen ist. Insoweit gilt, sowie auch für Plankrankenhäuser und Vertragskrankenhäuser, weiterhin nur Art. 12 Abs. 1 GG.

Die nicht-akzessorische Krankenversorgung wiederum fällt nicht unter den Schutzbereich der Wissenschaftsfreiheit. Was jedoch nicht bedeuten muss, dass nicht auch diese Form der Krankenversorgung Auswirkungen auf Forschung und Lehre haben kann.<sup>277</sup>

Die überdurchschnittliche Ausstattung eines Universitätsklinikums, dient z. B. zwar einerseits der Forschung und Lehre, führt aber auf der anderen Seite auch dazu, dass insbesondere Patienten mit Krankheitsbildern, welche eine solch hohe Ausstattung auch benötigen, in Universitätskliniken eingewiesen werden. Patienten mit weniger komplexen Krankheiten werden vorwiegend in den niedrigeren Versorgungsstufen behandelt.<sup>278</sup> Dies wirkt sich dann gegebenenfalls negativ auf die Ausbildung in einem Universitätsklinikum aus, da diese sich an einem breiten Spektrum und weniger an der ausschließlichen Behandlung komplexer und anspruchsvoller Krankheiten orientieren sollte.<sup>279</sup>

Werden aber wiederum zu viele Patienten mit eher einfacheren Krankheitsbildern behandelt, leidet die Erforschung der komplexeren Krankheitsbilder. Außerdem wird dies langfristig dazu führen, dass Investitionen in Ausstattung zurückgehen, weil sich deren Vorhaltung betriebswirtschaftlich nicht lohnt.

Forschung und Lehre, sowie Krankenversorgung, bedingen einander. Problematisch ist dabei, dass die Aufgabenfelder unterschiedliche Entscheidungsstrukturen fordern.<sup>280</sup>

Die Krankenversorgung findet als Teil eines hierarchisch organisierten Unternehmens statt. Es gibt Entscheidungsstrukturen und vor allem auch ein Weisungsrecht des Klinikumsvorstands.<sup>281</sup>

---

<sup>276</sup> Kingreen, Banafesche, Szabados in *WissR 2007: Das Recht der Hochschulmedizin im hochschul-, gesundheits- und verfassungsrechtlichen Reformprozess*, S. 290.

<sup>277</sup> Kingreen, Banafesche, Szabados in *WissR 2007: Das Recht der Hochschulmedizin im hochschul-, gesundheits- und verfassungsrechtlichen Reformprozess*, S. 290.

<sup>278</sup> Kingreen, Banafesche, Szabados in *WissR 2007: Das Recht der Hochschulmedizin im hochschul-, gesundheits- und verfassungsrechtlichen Reformprozess*, S. 291; Becker, *Das Recht der Hochschulmedizin*, S. 62.

<sup>279</sup> Kingreen, Banafesche, Szabados in *WissR 2007: Das Recht der Hochschulmedizin im hochschul-, gesundheits- und verfassungsrechtlichen Reformprozess*, S. 291; Becker, *Das Recht der Hochschulmedizin*, S. 62.

<sup>280</sup> Kingreen, Banafesche, Szabados in *WissR 2007: Das Recht der Hochschulmedizin im hochschul-, gesundheits- und verfassungsrechtlichen Reformprozess*, S. 300.

<sup>281</sup> Kingreen, Banafesche, Szabados in *WissR 2007: Das Recht der Hochschulmedizin im hochschul-, gesundheits- und verfassungsrechtlichen Reformprozess*, S. 301.

Forschung und Lehre soll dagegen, im Sinne der Freiheit von Wissenschaft, unabhängig und gerade nicht weisungsgebunden ausgeübt werden können.

Um die negativen Auswirkungen der Krankenversorgung auf die Wissenschaftsfreiheit zu begrenzen, gilt daher beispielsweise, dass die Weisungsbefugnis des Vorstandes des Klinikums umso zurückhaltender ausgeübt werden muss, je mehr diese Weisung auch Forschung und Lehre betrifft.<sup>282</sup> Für dieses Aufgabenfeld ist die Medizinische Fakultät zuständig, Art. 44 BayHIG i. V. m. Art. 14 BayUniKlinG.

Die Übernahme von Aufgaben der nicht-akzessorischen Krankenversorgung kann insbesondere auch dazu führen, dass die Wahrnehmung dieser Aufgabe negative Auswirkungen auf die Wahrnehmung von Aufgaben in Forschung und Lehre hat, was wiederum als Eingriff in die Freiheit der Wissenschaft nach Art. 5 Abs. 3 GG gewertet werden kann.<sup>283</sup>

Grundsätzlich ist ein angemessener Ausgleich zwischen den jeweils gleichrangigen Aufgaben in Forschung und Lehre sowie Krankenversorgung herzustellen. In belegbaren Zahlen betrachtet entfallen jedoch etwa 60 – 80 % der Arbeitszeit eines Hochschullehrers auf die in das hierarchische Krankenhaussystem eingebettete Krankenversorgung<sup>284</sup> und nur jeweils 10 - 20 % auf die Forschung und auf die Lehre.<sup>285</sup> Umso wichtiger ist es, dass das Zusammenspiel des Aufgabentrias: Forschung, Lehre und Krankenversorgung stets im Rahmen der Prüfung der verfassungsrechtlichen Rechtfertigung abgewogen wird, denn nur so kann ein angemessener Ausgleich geschaffen werden.<sup>286</sup>

#### d) Zusammenarbeit von Medizinischer Fakultät/Universität und Universitätsklinikum

Die Hochschulmedizin muss verfassungsrechtlich ambivalent gesehen werden. Krankenversorgung, Art. 1 Abs. 1, Abs. 2 S. 1 GG und Sozialprinzip, Art. 20 I GG müssen mit der (soweit anwendbaren) Wissenschaftsfreiheit, Art. 5 Abs. 3 S. 1 GG, Art. 108 BV in Einklang gebracht werden.<sup>287</sup>

Von besonderer Bedeutung, bei dem Zusammenspiel von Forschung, Lehre und Krankenversorgung ist insbesondere auch der persönlichen Status des im Klinikum tätigen

---

<sup>282</sup> *Epping/Lenz*: Weisungsbefugnisse in verselbstständigten Universitätsklinikum in DÖV 2004, S. 3 f.

<sup>283</sup> *Kingreen, Banafesche, Szabados* in *WissR 2007*: Das Recht der Hochschulmedizin im hochschul-, gesundheits- und verfassungsrechtlichen Reformprozess, S. 290.

<sup>284</sup> *Kingreen, Banafesche, Szabados* in *WissR 2007*: Das Recht der Hochschulmedizin im hochschul-, gesundheits- und verfassungsrechtlichen Reformprozess, S. 291, 300; *Adler* in *Reden und Aufsätze der Universität Ulm: Probleme und Perspektiven der Hochschulmedizin*, S. 25.

<sup>285</sup> *Kingreen, Banafesche, Szabados* in *WissR 2007*: Das Recht der Hochschulmedizin im hochschul-, gesundheits- und verfassungsrechtlichen Reformprozess, S. 291.

<sup>286</sup> *Kingreen, Banafesche, Szabados* in *WissR 2007*: Das Recht der Hochschulmedizin im hochschul-, gesundheits- und verfassungsrechtlichen Reformprozess, S. 291.

<sup>287</sup> *Houben*: Rechtsformen des Universitätsklinikums, S. 61.

Wissenschaftlers, der „guter Lehrer, engagierter Forscher, kenntnisreicher und verständnisvoller Arzt sowie streng kalkulierender Ökonom“<sup>288</sup> gleichermaßen sein soll.<sup>289</sup> Ein Zusammenspiel, welches von den Wissenschaftlern in der Praxis einiges an Organisation und hohe Kenntnisse der regulativen Vorgaben abverlangt.

Die Universitäten, insb. die Medizinische Fakultät gemeinsam mit den Universitätskliniken leisten einen gesamtgesellschaftlichen Dienst, indem sie einerseits forschen, um damit neue und bessere Behandlungsmethoden, Arzneimittel oder Operationsverfahren mit zugehörigen technischen Hilfsmitteln entwickeln und andererseits immer neue Generationen von Ärzten auf neustem wissenschaftlichem Stand ausbilden sowie Versorgung auf höchstem wissenschaftlichen und anwendungsbasiertem Niveau leisten.<sup>290</sup>

### (1) Die Zusammenarbeit mit der Universität

Die Zusammenarbeit geht von Art. 2 Abs. 1 S. 1 Hs. 1 BayUniKlinG aus, wonach das Klinikum jeweils einer Universität zugeordnet wird. Bei den Aufgaben von Forschung und Lehre handelt es sich um universitäre Aufgaben, welche im Sinne der Forschung im klinischen Bereich unter steter Zusammenarbeit mit der Medizinischen Fakultät und der Universität auch am Universitätsklinikum stattfinden sollen.<sup>291</sup>

Die Zusammenarbeit der Universitäten, insbesondere der Medizinischen Fakultät, mit den Universitätskliniken wird in Bayern in Art. 12 ff. BayUniKlinG geregelt.

In Art. 12 Abs. 1 BayUniKlinG heißt es:

*„(1) <sup>1</sup>Das Klinikum und die Universität, insbesondere deren Medizinische Fakultät, arbeiten eng und vertrauensvoll zusammen und unterstützen sich bei der Erfüllung ihrer gesetzlichen und durch gemeinsame spezifische öffentliche Interessen bestimmten Aufgaben. <sup>2</sup>Die Universität ist verpflichtet, die der klinischen Medizin zugeordneten Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer und weiteren Angehörigen des wissenschaftlichen Personals der Universität im Sinne des Art. 19 Abs. 1 BayHIG und des Art. 53 Abs. 1 BayHIG dem Universitätsklinikum zum Zwecke der universitären Forschung und Lehre und daran ausgerichteten Aufgaben der Krankenversorgung zur Verfügung zu stellen. <sup>3</sup>Die der klinischen Medizin zugeordneten Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer und weiteren Angehörigen des wissenschaftlichen Personals sind verpflichtet, an dem ihrer Universität zugeordneten Universitätsklinikum in der universitären Forschung und Lehre und daran ausgerichteten Aufgaben der Krankenversorgung mitzuwirken.“<sup>292</sup>*

<sup>288</sup> Wissenschaftsrat: Empfehlungen des Wissenschaftsrates zur Struktur der Hochschulmedizin, Drs. 4104/99, S. 6.

<sup>289</sup> Kingreen, Banafesche, Szabados in WissR 2007: Das Recht der Hochschulmedizin im hochschul-, gesundheits- und verfassungsrechtlichen Reformprozess, S. 285.

<sup>290</sup> Simon: Das Krankenhaus im System der ambulanten Versorgung gesetzlicher Krankensversicherter, S. 103; Moritz Quaas: Rechtsfragen der ambulanten Versorgung im Krankenhaus, S. 170 f.

<sup>291</sup> Reich: Bayerisches Universitätsklinikagesetz Kommentar, Art. 2, Rn. 1 ff.

<sup>292</sup> Art. 12 Abs. 1 S. 1 – 3 BayUniKlinG.

Das Universitätsklinikum und die Universität teilen sich nach dieser Vorschrift die im Dienst des Freistaates Bayern stehenden Beamtinnen und Beamten, Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, Auszubildenden und Praktikantinnen und Praktikanten, im Sinne des Art. 19 Abs. 1 BayHIG und des Art. 53 Abs. 1 BayHIG. Nach S. 3 des Art. 12 Abs. 1 BayUniKlinG, sind die der klinischen Medizin zugeordneten Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer (sog. „Klinische Professuren“; abzugrenzen von den „vorklinischen“ oder den „medizinisch-theoretischen“ Professuren“) verpflichtet, in der universitären Forschung und Lehre und der daran ausgerichteten Aufgaben der Krankenversorgung mitzuwirken. Zu diesem Zwecke überlässt die Universität dem ihr zugeordneten Universitätsklinikum das betreffende Personal.

## (2) Die Zusammenarbeit mit der Medizinischen Fakultät

Spezifiziert wird diese Zusammenarbeit in Art. 14 BayUniKlinG, welcher die Zusammenarbeit mit der Medizinischen Fakultät als Überschrift trägt.

*„(1) Die Entscheidung, welcher Anteil des staatlichen Zuschusses für Forschung und Lehre und welcher Anteil für sonstige Trägeraufgaben verwendet wird, trifft der Dekan oder die Dekanin im Einvernehmen mit dem Klinikumsvorstand.*

*(2) <sup>1</sup>Über die Verteilung und Verwendung der Mittel für Forschung und Lehre gemäß Art. 3 Abs. 2 Satz 2 entscheidet der Dekan oder die Dekanin im Benehmen mit dem Klinikumsvorstand nach Maßgabe der von der Medizinischen Fakultät aufzustellenden Grundsätze; Art. 11 Abs. 1 Satz 3 und 4 BayHIG bleibt unberührt. <sup>2</sup>Die Entscheidung über die Verwendung der Mittel für die sonstigen Trägeraufgaben trifft der Klinikumsvorstand im Benehmen mit dem Dekan oder der Dekanin.“<sup>293</sup>*

Die staatlicherseits zur Verfügung gestellten Zuschüsse zur Hochschulfinanzierung werden danach zunächst seitens des Dekanats im Einvernehmen mit dem Klinikumsvorstand, Teil dessen auch die Dekanin oder der Dekan nach Art. 9 Abs. 1 Nr. 4 BayUniKlinG ist, verteilt. Unterschieden wird hier nach den Zuschüssen für Forschung und Lehre im Allgemeinen und denen für sonstige Trägeraufgaben. Nach Art. 3 Abs. 2 S. 2 Hs. 2 BayUniKlinG sind „sonstige Trägeraufgaben“, sonstige nicht voll vergütete betriebsnotwendige Aufwendungen im Rahmen von Forschung und Lehre.<sup>294</sup> Darunter fallen der Bauunterhalt, Mieten, Aus- und Weiterbildung sowie dem Personal dienende Leistungen. Laut Wissenschaftlichem Dienst des Deutschen Bundestages sind hierfür ca. 30 % der Gesamtzuschüsse zu veranschlagen.<sup>295</sup>

---

<sup>293</sup> Art. 14 Abs. 1 und Abs. 2 BayUniKlinG

<sup>294</sup> *Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages: Begriff, Rechtsformen und Finanzierung der Universitätskliniken in Deutschland*, S. 19.

<sup>295</sup> *Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages: Begriff, Rechtsformen und Finanzierung der Universitätskliniken in Deutschland*, S. 19 f.

Die Zuweisung der Mittel für den klinischen Bereich erfolgt an das jeweilige Universitätsklinikum über den jährlichen Haushaltsplan. Die Mittel für Forschung und Lehre sind dabei Teil des Klinikkapitels.<sup>296</sup>

Nach Art. 14 Abs. 3 S. 2 BayUniKlinG obliegt dem Universitätsklinikum nämlich die Personal- und Wirtschaftsverwaltung der Medizinischen Fakultät.

Abgegrenzt davon sind die vorklinischen und die medizinisch-theoretischen Bereiche der Universitätsmedizin zu betrachten. Die Finanzierung der konsumtiven (laufenden) Kosten der Universitätsmedizin erfolgt hierbei durch Zuweisung an die Universitäten (Universitätskapitel des Haushaltsplans – Einzelplan 15<sup>297</sup>) direkt.<sup>298</sup> Eine gesonderte Ausweisung der Mittel, die auf den nicht klinischen Bereich der Medizinischen Fakultät entfallen sollen, in Abgrenzung zu den weiteren Fakultäten der Universität, erfolgt nicht.

e) Der Einfluss von Forschung und Lehre auf den Versorgungsauftrag der Hochschulklinik

*„Die Austarierung des Verhältnisses zwischen Forschung und Lehre auf der einen und Krankenversorgung auf der anderen Seite ist nicht nur ein Problem inhaltlicher Aufgabenverschränkung und -abgrenzung, sondern darüber hinaus der Organisation und Finanzierung der Universitätsklinik, des Verhältnisses des Klinikums zur Fakultät und zur Universität.“<sup>299</sup>*

Die verfassungsrechtliche geschützte Wissenschaftsfreiheit nach Art. 5 Abs. 3 S. 1 GG und nach Art. 108 BV kann im Bereich der akzessorischen Krankenversorgung nicht nur nicht außer Acht gelassen werden, nein, vielmehr fordert die verfassungsrechtlich gestützte Wissenschaftsfreiheit eine autonome Entscheidung der Hochschulkliniken im Rahmen der Hochschulklinikplanung. In der Folge bleibt aber noch die, nicht ganz unerhebliche, Frage bestehen, wer diese Ausgestaltung denn (gemeinsam) vornimmt.

(1) Die autonome Entscheidung der Universitätsmedizin

Aus Art. 14 BayUniKlinG ergibt sich, dass Entscheidungen des Klinikums, soweit sie Auswirkungen auf den Bereich Forschung und Lehre haben, im Einvernehmen mit der

---

<sup>296</sup> für Augsburg bspw. *Freistaat Bayern*: Entwurf des Haushaltsplan 2024/2025 – Einzelplan 15, S. 294 f. (Kapitel 15 25).

<sup>297</sup> für Augsburg bspw. *Freistaat Bayern*: Entwurf des Haushaltsplan 2024/2025 – Einzelplan 15, S. 276 ff. (Kapitel 15 23).

<sup>298</sup> *Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages*: Begriff, Rechtsformen und Finanzierung der Universitätskliniken in Deutschland, S. 20; *Wissenschaftsrat*: Standortübergreifende Stellungnahme zur Weiterentwicklung der Universitätsmedizin in Bayern, Drs. 7582/06, S. 107.

<sup>299</sup> *Kingreen, Banafesche, Szabados* in *WissR 2007*: Das Recht der Hochschulmedizin im hochschul-, gesundheits- und verfassungsrechtlichen Reformprozess, S. 285.

Medizinischen Fakultät getroffen werden müssen.<sup>300</sup> Außerdem gibt es ein Entscheidungsrecht der Fakultät über die Gelder für Forschung und Lehre.<sup>301</sup>

Bei der akzessorischen Krankenversorgung muss stets auch die Wissenschaftsfreiheit beachtet werden. Geht es daher um die Fragen, wer den Versorgungsauftrag über den Einfluss von Forschung und Lehre mitgestalten kann, ist insbesondere auch der universitäre Kontext entscheidend.

Bei Forschung und Lehre handelt es sich um eigene Aufgaben der Universitätskliniken, welche sie wahrnehmen, da sie nach Art. 1 BayUniKlinG den Universitäten zugeordnet sind. Folglich kommt aber auch der Universität mit ihrer Medizinischen Fakultät im Rahmen der akzessorischen Krankenversorgung eine Mitbestimmungsmöglichkeit zu.<sup>302</sup>

Zudem entscheiden auch Hochschullehrer und Hochschullehrerinnen im Sinne der Wissenschaftsfreiheit, Art. 5 Abs. 3 S. 1 GG grundsätzlich selbst darüber, auf welchen Gebieten und woran konkret Sie forschen.<sup>303</sup>

Zur Gewährleistung einer ausgewogenen Besetzung existieren insbesondere Berufungsausschüsse, wobei Professuren mit Forschungs- und Lehrschwerpunkten ausgeschrieben und unter Vertretung aller mitsprach-berechtigter universitätsangehöriger Gruppen, jeweils an die mit ihren Forschungs- und Lehrvorstellungen/-befähigungen am besten dieser Ausschreibung entsprechenden Bewerber oder Bewerberinnen vergeben werden. Die Universitäten haben folglich eine Mitgestaltungsmöglichkeit, bezogen darauf, für welche Bereiche sie spezialisierte Hochschullehrkräfte engagieren.<sup>304</sup>

Auch aufseiten der Finanzierung haben sich Hochschule und Hochschulklinikum abzustimmen. Über die Verteilung der Forschungs- und Lehrmittel entscheidet die Dekanin oder der Dekan im Einvernehmen mit dem Klinikumsvorstand, Art. 14 Abs. 2 S. 1 BayUniKlinG. „Das Klinikum hat wie der einzelne Hochschullehrer einen grundrechtlichen Teilhabeanspruch aus Art. 5 Abs. 3 S. 1 GG auf eine ermessensfehlerfreie Entscheidung über die Verteilung der Forschungsmittel.“<sup>305</sup>

Bei den Mitteln, welche für sonstige Trägeraufgaben bereitgestellt werden, ist es genau andersherum, hier entscheidet der Klinikumsvorstand im Einvernehmen mit der Dekanin oder dem Dekan Art, 14 Abs. 2 S. 2 BayUniKlinG.

Der Klinikumsvorstand wird durch die Klinikumskonferenz beraten, Art. 11 BayUniKlinG.

---

<sup>300</sup> Reich: Bayerisches Universitätsklinikagesetz Kommentar, Art. 2, Rn. 2; allerdings mit der Einschränkung, dass sich die dortige Verweisung noch auf eine a.F. des BayUniKlinG bezog.

<sup>301</sup> Reich: Bayerisches Universitätsklinikagesetz Kommentar, Art. 2, Rn. 1.

<sup>302</sup> S.o.: [C. III. 1. c) u. d)].

<sup>303</sup> S.o.: [C. III. 1. b)].

<sup>304</sup> S.o.: [C. III. 1. b)].

<sup>305</sup> Reich: Bayerisches Universitätsklinikagesetz Kommentar, Art. 2, Rn. 3.

In grundsätzlichen Angelegenheiten entscheidet der Aufsichtsrat, Art. 7, 8 BayUniKlinG. Diese Aufgabe des Aufsichtsrates folgt insbesondere aus der Gewährträgerschaft, wie sie sich aus Art. 3 Abs. 1 BayUniKlinG ergibt. Ansonsten überwacht er die Tätigkeiten des Klinikumsvorstands, Art. 8 Abs. 1 BayUniKlinG und trägt dafür Sorge, dass das Klinikum seine Aufgaben in Forschung und Lehre erfüllt.<sup>306</sup> Neben zwei Vertretern des Staatsministeriums für Wissenschaft und Kunst ist staatlicherseits auch ein Mitglied, jeweils des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege und des Staatsministeriums der Finanzen und für Heimat, Teil des Aufsichtsrates. Aufsichtsrat, Klinikumsvorstand und Klinikumskonferenz sind die Organe eines Universitätsklinikums, Art. 6 BayUniKlinG.

Hochschulen und Hochschulkliniken müssen sich beim Zusammentreffen von wissenschaftlicher Forschung, Lehre und Krankenversorgung, der akzessorischen Krankenversorgung abstimmen. Geht es folglich darum, wer Einfluss auf den grundsätzlich selbst ausgestalteten Versorgungsauftrag der Hochschulkliniken hat, so kann man neben den Organen des Universitätsklinikums, dabei vorrangig dem Klinikumsvorstand, auch der Universität, der Medizinischen Fakultät, der Dekanin oder dem Dekan und dem einzelnen Hochschullehrer oder der einzelnen Hochschullehrerin, Einflussmöglichkeiten über die akzessorische Krankenversorgung zuweisen.

Dabei ist festzuhalten, dass aufgrund der taktgebenden Wissenschaftsfreiheit das Hochschulklinikum sogar in die Pflicht genommen wird, eine die Forschung in ausreichendem Maße stützende Krankenversorgung zu leisten und zu gewährleisten.<sup>307</sup>

## (2) Fazit

Da Hochschulkliniken als Maximalversorger ohnehin regelmäßig alle gesellschaftlich aufseiten der Krankenversorgung notwendigen Fachbereiche und Behandlungen abdecken und anbieten, steht die besondere Beachtung der Aufgaben aus Wissenschaft, Forschung und Lehre, der staatlichen Verpflichtung, eine ausreichende gesundheitlich medizinische Krankenversorgung der Bevölkerung, wie sie sich aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG und dem Sozialstaatsprinzip, Art. 20 Abs. 1 GG ergibt, zu gewährleisten, grundsätzlich nichts entgegen. Eine sondierende Zusammenarbeit zwischen dem Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst und dem Staatsministerium für Gesundheit und Pflege macht die Gewährleistung einer bestmöglichen Krankenversorgung im Rahmen der Krankenhausplanung und einer möglichst effektiven Hochschulforschung und -lehre möglich.

---

<sup>306</sup> Kingreen, Banafesche, Szabados in WissR 2007: Das Recht der Hochschulmedizin im hochschul-, gesundheits- und verfassungsrechtlichen Reformprozess, S. 299.

<sup>307</sup> Simon: Das Krankenhaus im System der ambulanten Versorgung gesetzlicher Krankenkversicherter, S. 103.

Die Universitätskliniken erhalten ihren Versorgungsvertrag aus der landesrechtlichen Anerkennung. Der Versorgungsauftrag ist nach § 8 Abs. 1 S. 4 Nr. 2 i. V. m. § 109 Abs. 1 S. 2 SGB V, § 8 Abs. 1 Satz 4 BPflV nicht durch den Bundesgesetzgeber geregelt.<sup>308</sup> Es ist Sache und Aufgabe der Länder, zu regeln, wie die Betten einer Hochschulklinik in den Plan einfließen.

Bei der Planung durch die Hochschulkliniken ist Wissenschaft, Forschung und Lehre mitzuberücksichtigen. Da diese Wissenschaftsfreiheit maßgeblich durch die Universität mit ihrer Medizinischen Fakultät und die Hochschullehrer und die Hochschullehrerinnen selbst wahrgenommen wird, sind diese auch für die Ausgestaltung der Versorgungsaufträge im Rahmen der akzessorischen Krankenversorgung maßgeblich verantwortlich.

Um aber beide Aufgabenfelder eines Universitätsklinikums (Forschung und Lehre; Krankenversorgung) adäquat abzudecken, ist neben der Medizinischen Fakultät der Universität mit ihren Hochschullehrerinnen und Hochschullehrern, auch der Klinikumsvorstand als Gesamtgremium der Anstalt des öffentlichen Rechts zu beteiligen, da dieser auch für die effektive Wahrnehmung der Aufgaben in der Krankenversorgung Sorge tragen kann.<sup>309</sup> Seitens des Universitätsklinikums gibt es außerdem eine Mitwirkung der weiteren Organe nach Art. 6 BayUniKlinG, der beratenden Klinikumskonferenz und dem überwachenden Aufsichtsrat.<sup>310</sup> Der Bedarf an Bettenkapazitäten wird dann über den Träger (Freistaat Bayern – BayStMWK) an die Krankenhausplanungsbehörde (BayStMGP) gemeldet.

Häufig betrifft die autonome Ausgestaltung vorwiegend Spezialversorgungsschwerpunkte und damit einhergehende einzigartige oder neuartige Versorgungsmethoden, die nicht ohnehin zwangsläufig mit der dritten Versorgungsstufe abgedeckt werden. Ein aus dem Rahmen fallender Einfluss von Forschung und Lehre auf die Hochschulklinikplanung ist nicht zu erwarten, und auch Forschung orientiert sich regelmäßig an der durch äußere Einflüsse bestimmten Versorgungslage rund um ein Universitätsklinikum.

Vordergründig ist die Gewichtung der Fachbereiche und die daraus resultierenden Versorgungsangebote durch die Gestaltungsmöglichkeiten aller Akteure und Einrichtungen im Bereich Wissenschaft, Forschung und Lehre beeinflussbar.

---

<sup>308</sup> VG Greifswald, Urteil vom 22. 03. 2018 – 3 A 130 7/16 HGW.

<sup>309</sup> Kingreen, Banafesche, Szabados in WissR 2007: Das Recht der Hochschulmedizin im hochschul-, gesundheits- und verfassungsrechtlichen Reformprozess, S. 300.

<sup>310</sup> S.o.: [C. III. 1. e) (1)].

## 2. Einflussmöglichkeiten der Verbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen auf den Versorgungsauftrag von Hochschulkliniken

Das deutsche Gesundheitssystem zeichnet sich durch einen außerordentlichen Systemzugang aus. Insbesondere die umfangreiche Versicherungsabdeckung ist im weltweiten Vergleich als überdurchschnittlich zu bewerten.<sup>311</sup>

Geregelt ist das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland, insbesondere im SGB V.<sup>312</sup>

Im Folgenden soll zunächst das Krankenversicherungssystem in Deutschland kurz dargestellt werden, um anschließend Schnittstellen und die Einflüsse der Verbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen auf die Krankenhausplanung und die Hochschulklinikplanung beleuchten zu können.

Vorwiegend fallen dabei die Beteiligung an den Krankenhausplanungsausschüssen der Länder und die dritte Determinante des § 8 Abs. 1 S. 4 Nr. 2 KHEntgG, wonach ergänzende Vereinbarungen nach § 109 Abs. 1 S. 4 SGB V geschlossen werden können, ins Auge. Betrachtet werden sollen aber insbesondere auch die Besonderheiten der Kündigungsmöglichkeit von Versorgungsaufträgen der Hochschulkliniken.

### a) Das Krankenversicherungssystem in Deutschland

Die Systemdualität aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung hat sich in der Bundesrepublik Deutschland als demokratischem und sozialem Bundesstaat zu einem umfassenden Schutzsystem etabliert.<sup>313</sup>

#### (1) Pflichtversicherungssystem

Die Pflichtversicherung im Krankenversicherungsbereich garantiert ein Grund- und Menschenrecht auf Zugang zu Leistungen zur sozialen Sicherung, sowie auf Zugang zu akuter ärztlicher Versorgung und Gesundheitsvorsorge.<sup>314</sup> Diese staatliche Aufgabe der Daseinsvorsorge, abgeleitet aus Art. 2 Abs. 2 GG und den Staatszielbestimmungen in Art. 20 Abs. 1 und Art. 28 Abs. 1 S. 1 GG<sup>315</sup>, wird über eine Reihe von sozialen Sicherungssystemen (Fürsorge, Pflege, medizinische Versorgung etc.) bereitgestellt.<sup>316</sup> Auf europäischer Ebene

---

<sup>311</sup> Müller in OECD Berlin Centre Blog: Das deutsche Gesundheitssystem im weltweiten Vergleich.

<sup>312</sup> Stollmann in NZS: Schnittstelle Krankenhausrecht, S. 561.

<sup>313</sup> Welti in Igl/Welti: Gesundheitsrecht, § 10, Rn. 11; Lehmann: Krankenhaus und EG-Beihilferecht, S. 1; Müller in OECD Berlin Centre Blog: Das deutsche Gesundheitssystem im weltweiten Vergleich.

<sup>314</sup> Welti in Igl/Welti: Gesundheitsrecht, § 10, Rn. 12.

<sup>315</sup> Lehmann: Krankenhaus und EG-Beihilferecht, S. 1; Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages: Anspruch auf konkrete Leistungen aufgrund der staatlichen Verpflichtung zur Daseinsvorsorge, S. 1.

<sup>316</sup> Lehmann: Krankenhaus und EG-Beihilferecht, S. 1; BVerfG, Urteil vom 27.05.1970 – 1 BvL 27/64; BVerfGE 28, 324.

enthält die EU Grundrechte Charta, hierzu, mit Art. 34 GRCh und Art. 35 GRCh sogar zwei ausdrückliche, diese Grundrechte vorgebende, Normen.<sup>317</sup>

Allerdings enthält die Bereitstellung von Pflichtversicherungssystemen auch grundrechtsrelevante Freiheitseingriffe in Art. 2 Abs. 1 GG.<sup>318</sup> Es hat eine stete Abwägung zwischen den Vorzügen eines Pflichtversicherungssystems, eine umfassende Krankheits-, Pflege- oder Sozialversorgung bzw. -vorsorge zu gewährleisten, und dem kritischen Schutz von Persönlichkeits- und Freiheitsrechten, stattzufinden.<sup>319</sup> Der Freiheitseingriff kann daher nur gerechtfertigt sein, wenn das Krankenversicherungssystem einem angemessenen Schutzniveau für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung entspricht.<sup>320</sup>

## (2) Die gesetzliche Krankenversicherung

In der Gesetzlichen Krankenversicherung gilt zudem das sogenannte Sachleistungsprinzip nach § 2 Abs. 2 S. 1 SGB V, wonach den Versicherten die erforderliche Behandlung real zur Verfügung gestellt werden soll.<sup>321</sup> Krankenkassen trifft in der Praxis eine unmittelbare Leistungspflicht gegenüber den Leistungserbringern, eine Beteiligung des Patienten an der Kostenabwicklung findet in der Regel nicht statt.<sup>322</sup>

*„Die Versicherten tragen gemeinschaftlich das sich individuell entfaltende Risiko der Krankheit. Ihnen wird nach dem“ ... „Sachleistungsprinzip ein Anspruch auf Gewährung freier ärztlicher Behandlung gewährt.“<sup>323</sup>*

Dieses System der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland beruht auf dem Grundkonzept, dass jedem Menschen, unabhängig von dessen aktueller persönlicher Leistungsfähigkeit, eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung gewährleistet wird, wenn diese aufgrund von Krankheit, Pflegebedürftigkeit, Behinderung, oder Ähnlichem vonnöten ist.<sup>324</sup> Die jeweiligen Beiträge richten sich wiederum nach der individuellen Leistungsfähigkeit; jeder beteiligt sich daher im Rahmen seiner Möglichkeiten, sodass im Krankheits- oder Pflegefall ausreichend finanzielle Ressourcen zur Behandlung derjenigen Versicherten bereitstehen, bei denen sich dieses Risiko der individuellen Krankheitsentfaltung realisiert.<sup>325</sup>

---

<sup>317</sup> Welti in Igl/Welti: Gesundheitsrecht, § 10, Rn. 12.

<sup>318</sup> Welti in Igl/Welti: Gesundheitsrecht, § 10, Rn. 12.

<sup>319</sup> BVerfG, Urteil vom 06.12.2005 – 1 BvR 347/98; BVerfGE 15, 25; Welti in Igl/Welti: Gesundheitsrecht, § 10, Rn. 12.

<sup>320</sup> BVerfG, Urteil vom 06.12.2005 – 1 BvR 347/98; BVerfGE 15, 25; Welti in Igl/Welti: Gesundheitsrecht, § 10, Rn. 12.

<sup>321</sup> Multmeier: Rechtsschutz in der Krankenhausplanung, S. 28.

<sup>322</sup> Multmeier: Rechtsschutz in der Krankenhausplanung, S. 28.

<sup>323</sup> BVerfG, Urteil vom 06.12.2005 – 1 BvR 347/98; BVerfGE 15, 26.

<sup>324</sup> BVerfG, Urteil vom 06.12.2005 – 1 BvR 347/98; BVerfGE 15, 26.

<sup>325</sup> BVerfG, Urteil vom 06.12.2005 – 1 BvR 347/98; BVerfGE 15, 26.

### (3) Die Organisation der Krankenkassen in Verbänden

Die gesetzliche Krankenversicherung zeichnet sich dadurch aus, dass es keinen einheitlichen Versicherungsträger gibt, sondern eine organisatorische Gliederung nach verschiedenen Kassenarten.<sup>326</sup> Diese Kassenarten sind historisch gewachsen; es gibt regionale, berufsständische oder branchenspezifische Ausrichtungen.<sup>327</sup>

Derzeit gibt es sechs verschiedene Kassenarten in Deutschland, die Allgemeinen Ortskrankenkassen, § 143 SGB V, die Betriebskrankenkassen, § 144 SGB V, die Innungskrankenkassen, § 145 SGB V, die Ersatzkassen, § 148, die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, § 146 SGB V sowie die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, § 147 SGB V.<sup>328</sup>

Nach § 207 Abs. 1 SGB V bilden die Ortskrankenkassen, die Betriebskrankenkassen und die Innungskrankenkassen jeweils einen Landesverband der Innungskrankenkassen, einen Landesverband der Ortskrankenkassen und einen Landesverband der Betriebskrankenkassen.

Die Landesverbände der Krankenkassen sind, wie nach § 4 Abs. 1 SGB V auch die Krankenkassen selbst, als Körperschaften des öffentlichen Rechts organisiert.<sup>329</sup> Die Krankenkassen gehören dem Landesverband des Landes an, in dem sie ihren Sitz haben. Ausnahmen davon bilden nur die Betriebskrankenkassen der Dienstbetriebe des Bundes.

Bei der Gesetzeslektüre des SGB V fällt auf, dass an vielen Stellen, insb. auch bei §§ 109 f. SGB V, zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen unterschieden wird.

Nach § 148 SGB V sind Ersatzkassen am 31. Dezember 1992 bestehende Krankenkassen, bei denen Versicherte die Mitgliedschaft bis zum 31. Dezember 1995 durch Ausübung des Wahlrechts erlangen konnten. Der Zuständigkeitsbereich von Ersatzkrankenkassen erstreckt sich auf das gesamte Bundesgebiet, weshalb eine Organisation in Landesverbänden hier nicht vorliegt.

Auch die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau und die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See sind nicht in Landesverbänden organisiert. Sie sind aber auch keine Krankenkassen im eigentlichen Sinne, wodurch sich erklären lässt, dass sie jeweils nicht gesondert z. B. bei dem Zustandekommen von Versorgungsverträgen genannt werden.

Nach § 2 Abs. 4 der Satzung der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, ist es Aufgabe der landwirtschaftlichen Krankenkasse, die Gesundheit der Versicherten zu

---

<sup>326</sup> <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/grundprinzipien/aufgaben-und-organisation-der-gkv>.

<sup>327</sup> <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/grundprinzipien/aufgaben-und-organisation-der-gkv>.

<sup>328</sup> § 4 Abs. 2 SGB V.

<sup>329</sup> § 207 Abs. 1 S. 2 SGB V.

erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Die Krankenversicherung ist dabei nur ein Zweig der berufsständischen Sozialversicherung.<sup>330</sup> Auch die historisch gewachsene Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See hat als multifunktionaler Versicherungsträger eine Sonderrolle in der gesetzlichen Krankenversicherung.<sup>331</sup>

Versorgungsverträge, die nach § 109 SGB V mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen geschlossen wurden, sind für alle Krankenkassen nach § 4 SGB V verbindlich.<sup>332</sup> Zuständig für den Abschluss des Versorgungsvertrages sind die jeweiligen Landesverbände, in deren Bezirk sich das Krankenhaus befindet.<sup>333</sup>

#### (4) Beteiligung am Krankenhausplanungsausschuss

An der Landeskrankenhausplanung sind die Krankenkassen, unabhängig ihrer Art, ebenfalls gemeinsam beteiligt.

In Bayern erfolgt die Mitwirkung über die Mitgliedschaft der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern am Bayerischen Krankenhausplanungsausschuss nach Art. 7 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 BayKrG.

Teil der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern sind dabei alle gesetzlichen Krankenkassen.<sup>334</sup>

Folglich können alle gesetzlichen Krankenkassen direkt, über ihre Verbände und im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft auf die Allgemeine Krankenhausplanung einwirken. Nach § 7 Abs. 2 BayKrG sind nämlich „mit den Mitgliedern ... einvernehmliche Regelungen anzustreben“.

Da die Hochschulklinikplanung, aber gerade nicht Teil der Allgemeinen Krankenhausplanung ist, ist eine direkte Beeinflussung der Krankenhausplanung mit Hochschulkliniken auf diesem Wege nicht möglich.

#### b) Eingeschränkte Kündigungsmöglichkeit, § 110 SGB V

Insbesondere die eingeschränkte Kündigungsmöglichkeit von Versorgungsverträgen der Hochschulkliniken durch die Landeskrankenkassenverbände oder die Träger der Hochschulkliniken nach § 110 SGB V könnte aber eine Besonderheit in der Krankenhausplanung unter Einbeziehung von Hochschulkliniken und mit Einflussmöglichkeit der Krankenkassen(-verbände), darstellen.

---

<sup>330</sup> Mühlhausen in Becker/Kingreen: SGB V, § 146, Rn. 1.

<sup>331</sup> Mühlhausen in Becker/Kingreen: SGB V, § 147, Rn. 1 f.

<sup>332</sup> Stollmann in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, § 109 SGB V, Rn. 2;.

<sup>333</sup> Stollmann in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, § 109 SGB V, Rn. 2;.

<sup>334</sup> S. z.B. Mitgliederauflistung in der Pressemitteilung des ARGE-Mitgliedes, Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) vom 01.02.2024: <https://lzg-bayern.de/files/Presse/2024-02-01-pm-arge-gkv.pdf>.

### (1) Grundsätze der Kündigungsmöglichkeit

Grundsätzlich besteht nach § 110 SGB V die Möglichkeit, Versorgungsverträge nach § 109 Abs. 1 SGB V auch wieder zu kündigen.<sup>335</sup>

Zur Kündigung des Versorgungsvertrages ist jede Vertragspartei berechtigt. Dabei zählen die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen als eine Partei, denn nach § 110 Abs. 1 S. 1 Hs. 2 SGB V können diese nur gemeinsam und nur aus den in § 109 Abs. 3 S. 1 SGB V genannten Gründen, kündigen.<sup>336</sup>

Zur Kündigung berechtigt ist auch der Krankenhausträger selbst.<sup>337</sup> In Betracht kommt eine solche Kündigung aber insbesondere nur bei Vertragskrankenhäusern. Bei einem Plankrankenhaus kommt der (fingierte) Versorgungsvertrag durch Aufnahme in den Krankenhausplan (per Feststellungsbescheid) zustande, folglich kann auch die Beantragung der Aufhebung des Feststellungsbescheides automatisch zum Ende des fingierten Versorgungsvertrages führen.<sup>338</sup> Eine zusätzliche Kündigung ist damit nicht erforderlich und würde ohnehin die Beantragung der Aufhebung bzw. Änderung nach § 110 Abs. 1 S. 4 SGB V beinhalten.

Es handelt sich sowohl bei der Kündigung durch den Krankenhausträger, als auch bei der durch die Landesverbände der Krankenkassen und den Ersatzkassen um einseitige, empfangsbedürftige Willenserklärungen und explizit nicht um Verwaltungsakte.<sup>339</sup> Bei Kündigung durch die Landesverbände war das lange umstritten, mittlerweile hat der 1. Senat des Bundessozialgerichts (BSG), welcher allein für das Krankenhausrecht zuständig ist, hierzu aber eindeutig entschieden.<sup>340</sup> Rechtsschutz gegen die Kündigung kann demnach über eine Feststellungsklage erreicht werden.<sup>341</sup>

### (2) Kündigungsmöglichkeit bei Vertrags- und Plankrankenhäusern

Bei Plankrankenhäusern tritt nach § 110 Abs. 2 S. 6 SGB V, mit Wirksamwerden der Kündigung, die Wirkung ein, dass diese kein zur Krankenhausbehandlung zugelassenes Krankenhaus mehr sind.<sup>342</sup>

---

<sup>335</sup> Halbe/Orlowski in Münchner Anwaltshandbuch Medizinrecht, § 13, Rn. 143; Stollmann in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, § 110 SGB V, Rn. 2.

<sup>336</sup> Quaas in MedR 2010: Die Einbeziehung der Hochschulklinik in die staatliche Krankenhausplanung, S. 154; Quaas in Quaas/Zuck/Clemens: Medizinrecht, 4.Aufl., § 27, Rn. 103.

<sup>337</sup> Quaas in Quaas/Zuck/Clemens: Medizinrecht, 4.Aufl., § 27, Rn. 102.

<sup>338</sup> Quaas in Quaas/Zuck/Clemens: Medizinrecht, 4.Aufl., § 27, Rn. 102.

<sup>339</sup> Quaas in Quaas/Zuck/Clemens: Medizinrecht, 4.Aufl., § 27, Rn. 105; Plagemann in Fachdienst Sozialversicherungsrecht 2023, 456303: Die Kündigung eines Versorgungsvertrages nach § 110 SGB V erfolgt nicht in der Form eines Verwaltungsaktes, sondern durch einseitige öffentlich-rechtliche Willenserklärung; BSG, Urteil vom 13.12.2022 – B 1 KR 37/21 R.

<sup>340</sup> Urteil des BSG vom 28.7.2008 – B 1 KR 5/08 R; Quaas in Quaas/Zuck/Clemens: Medizinrecht, 4.Aufl., § 27, Rn. 105.

<sup>341</sup> Urteil des BSG vom 28.7.2008 – B 1 KR 5/08 R; Quaas in Quaas/Zuck/Clemens: Medizinrecht, 4.Aufl., § 27, Rn. 105.

<sup>342</sup> Stollmann in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, § 110 SGB V, Rn. 2.

Nach § 110 Abs. 1 S. 4 SGB V ist die Kündigung bei Plankrankenhäusern mit dem Antrag an die zuständige Landesbehörde zu verbinden, den Feststellungsbescheid nach § 8 Abs. 1 S. 3 KHG aufzuheben oder zu ändern (bei Teilkündigung).<sup>343</sup> Diese Transformation der Kündigung in das Krankenhausplanungsrecht ist erforderlich, damit nicht aufgrund eines weiteren Planfeststellungsbescheides eine Zulassung zur stationären Versorgung erfolgt, dem aber eine fehlende Abrechenbarkeit gegenüber den Krankenkassen gegenübersteht.<sup>344</sup>

Es wird dadurch die Harmonisierung des Krankenhauskündigungsrechts mit dem Krankenhausplanungsrecht angestrebt. Versorgungsvertrag und staatliche Krankenhausplanung sollen übereinstimmen.

In aller Konsequenz vermag das auch bei Plankrankenhäusern nicht zu gelingen, da das rechtliche Konstrukt der Fiktion des Versorgungsvertrages nach § 109 Abs. 1 S. 2 SGB V einerseits und des Genehmigungserfordernisses nach § 110 Abs. 2 S. 1- 4 SGB V andererseits, unterschiedliche Maßstäbe anlegen.

Nach § 110 Abs. 2 SGB V trifft die Landesbehörde bei Kündigung durch die Landesverbände ein begründungsbedürftiges Genehmigungserfordernis.<sup>345</sup>

Rechtlich ist die Aufhebung oder Änderung des Feststellungsbescheides nach § 8 Abs. 1 S. 3 KHG, wie sie nach § 110 Abs. 1 S. 4 SGB V zu beantragen ist, aber der (teilweise) Widerruf eines begünstigenden Verwaltungsaktes. Für einen solchen Widerruf gelten die Regelungen des jeweiligen Landes - das LVwVfG. Die Aufhebung kann danach nur unter dem strengen Prüfungsmaßstab des Art. 49 Abs. 2 BayVwVfG erfolgen.<sup>346</sup> Die Aufhebung eines Feststellungsbescheides, für ein die Voraussetzungen nach § 1 KHG erfüllendes Plankrankenhaus, nämlich leistungsfähig, wirtschaftlich und für die Krankenhausbehandlung bedarfs- und patientengerecht zu sein, wäre danach gerade nicht zulässig. Die Genehmigung nach § 110 Abs. 2 SGB V kann aber nur versagt werden, wenn das Krankenhaus für die Versorgung der Versicherten unverzichtbar ist, was eigentlich gerade keinen Maßstab für die Aufhebungsentscheidung der Landesbehörde darstellt.<sup>347</sup>

Da aber weder § 110 Abs. 1 S. 4 SGB V noch § 110 Abs. 2 S. 1 SGB V ausdrücklich verlangt, dass über den Aufhebungs- bzw. Abänderungsantrag vor Wirksamwerden der Kündigung entschieden wird, kann auch nicht davon ausgegangen werden, dass es sich bei der Aufhebungsentscheidung der Landesbehörde um ein Wirksamkeitserfordernis der Kündigung handelt.<sup>348</sup> So sieht es auch § 110 Abs. 2 S. 6 SGB V nicht vor.

Allerdings sieht die Gesetzesbegründung zu diesem neuen § 110 Abs. 2 S. 6 SGB V, wie er über das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) eingeführt wurde, eine verfassungsrechtlich wohl zu weitgehende Harmonisierung der beiden Rechtsgebiete (Krankenhauskündigungsrecht und Krankenhausplanungsrecht) vor:

*„Mit der Regelung wird erreicht, dass ein Plankrankenhaus nicht mehr für die Versorgung der gesetzlich Versicherten zugelassen ist, sobald und soweit die Kündigung des*

<sup>343</sup> Quaas in Quaas/Zuck/Clemens: Medizinrecht, 4.Aufl., § 27, Rn. 114 f.

<sup>344</sup> Quaas in Quaas/Zuck/Clemens: Medizinrecht, 4.Aufl., § 27, Rn. 114 ff.

<sup>345</sup> Quaas in MedR 2010: Die Einbeziehung der Hochschulklinik in die staatliche Krankenhausplanung, S. 154.

<sup>346</sup> Quaas in Quaas/Zuck/Clemens: Medizinrecht, 4.Aufl., § 27, Rn. 114 ff.

<sup>347</sup> Quaas in Quaas/Zuck/Clemens: Medizinrecht, 4.Aufl., § 27, Rn. 114 ff.

<sup>348</sup> Quaas in Quaas/Zuck/Clemens: Medizinrecht, 4.Aufl., § 27, Rn. 114 ff.

*Versorgungsvertrages wirksam wird. Nach § 108 Nr. 2 sind Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser), soweit und solange zur Versorgung der gesetzlich Versicherten mit Krankenhausbehandlung zugelassen. Durch die Neuregelung gilt diese Zulassung mit Wirksamwerden der Kündigung auch dann nicht mehr, wenn das Land das Krankenhaus insoweit nicht oder noch nicht durch Feststellungsbescheid aus dem Krankenhausplan herausgenommen hat. Damit wird es den Kündigungsberechtigten in Absatz 1 Satz 1 genannten Verbänden erleichtert, ein Plankrankenhaus ganz oder teilweise von der Versorgung der Versicherten auszuschließen. Dies ist insbesondere im Hinblick auf den neuen Kündigungsgrund nach § 109 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 für eine patientengerechte und qualitätsgesicherte stationäre Versorgung der Versicherten von Bedeutung.*<sup>349</sup>

Diese Gesetzesbegründung übersieht, dass es sich bei dem Zulassungsstatus eines Plankrankenhauses durch die Landesbehörde, um einen grundrechtlich gesicherten Status handelt, der entsprechend auch ausschließlich durch Aufhebung oder Änderung des Feststellungsbescheides erlöschen kann.<sup>350</sup> In der Praxis wird es hierbei aber selten zu Problemen kommen, da Krankenhauskündigung und Aufhebung des krankenhausesplanerischen Feststellungsbescheides ohnehin parallel ablaufen und sich auch begründungsseitig nicht entgegenstehen.

### (3) Kündigungsmöglichkeit bei Hochschulkliniken

Für Hochschulkliniken fehlt es an einer entsprechenden Harmonisierungsregelung wie der des § 110 Abs. 1 S. 4 SGB V, welche verlangt, dass die Kündigung des Versorgungsvertrages auch mit der Planung des Landes verknüpft wird.<sup>351</sup>

Auch der Genehmigungsversagungsgrund für die Landesbehörde, nach § 110 Abs. 2 S. 3 SGB V gilt, dem Wortlaut nach, nur für Plankrankenhäuser.<sup>352</sup>

Allerdings kann daraus nicht direkt gefolgert werden, dass eine Kündigung nach § 110 SGB V bei Hochschulkliniken unzulässig sei.<sup>353</sup> Der § 110 SGB V sieht die Kündigung für alle Versorgungsverträge vor.<sup>354</sup> Davon sind nicht nur die echten Versorgungsverträge, § 109 Abs. 1 S. 1 SGB V erfasst, sondern insb., nach Betrachtung des § 110 Abs. 1 S. 4 SGB V, auch die fiktiven der Plankrankenhäuser nach §§ 109 Abs. 1 S. 2 SGB V.<sup>355</sup>

Fraglich ist gleichwohl, ob es sich bei der fehlenden Regelung für Hochschulkliniken um eine absichtliche Gesetzeslücke oder ein Versehen des Gesetzgebers handelt.

---

<sup>349</sup> BT-Brs. 18/5372, 82.

<sup>350</sup> Quaas in Quaas/Zuck/Clemens: Medizinrecht, 4. Aufl., § 27, Rn. 117.

<sup>351</sup> Stollmann in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, § 110 SGB V, Rn. 2.

<sup>352</sup> Quaas in Quaas/Zuck/Clemens: Medizinrecht, 4. Aufl., § 27, Rn. 118.

<sup>353</sup> Quaas in Quaas/Zuck/Clemens: Medizinrecht, 4. Aufl., § 27, Rn. 118.

<sup>354</sup> Quaas in Quaas/Zuck/Clemens: Medizinrecht, 4. Aufl., § 27, Rn. 118.

<sup>355</sup> Quaas in Quaas/Zuck/Clemens: Medizinrecht, 4. Aufl., § 27, Rn. 118; Quaas in MedR 2010: Die Einbeziehung der Hochschulklinik in die staatliche Krankenhausplanung, S. 154; Stollmann in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, § 110 SGB V, Rn. 2.

Es spricht insgesamt viel dafür, dass der Gesetzgeber die Gesetzeslücke bewusst in Kauf genommen hat um eine diesbezügliche Entscheidung der Ausgestaltung nicht treffen zu müssen.

Zunächst einmal erscheint es sehr unwahrscheinlich, dass der Gesetzgeber bei nur drei verschiedenen Zulassungsvarianten für Krankenhäuser, bei der Normierung der Kündigungsmöglichkeiten eine schlicht vergessen hat. Zudem gibt es für den Fall von Gesetzeslücken eben die Möglichkeit der analogen Anwendung. So auch bei der Vorschrift des § 110 Abs. 1 S. 4 SGB V auf Hochschulkliniken.<sup>356</sup>

#### (a) Analoge Kündigungsmöglichkeit der Krankenkassenverbände

Eine Vergleichbarkeit der Kündigung der Versorgungsverträge bei Plankrankenhäusern und bei Hochschulkliniken ist über die Art des Zustandekommens (Fiktionswirkung) der Versorgungsverträge anzunehmen.<sup>357</sup> Dass die Fiktion jeweils einen anderen Anknüpfungspunkt hat, steht der analogen Anwendung der Regelung nicht entgegen.

Entsprechend müssten die Kassenverbände ihre Kündigung mit einem entsprechenden Antrag auf Beseitigung des Status des Krankenhauses nach landesrechtlichen Vorschriften (landesrechtliche Anerkennung), statt auf Aufhebung oder Änderung des Feststellungsbescheides nach § 8 Abs. 1 S. 2 KHEntgG, versehen.<sup>358</sup>

Eine Kündigungsmöglichkeit müsste direkt an die landesrechtliche Anerkennung geknüpft werden.<sup>359</sup> Solange die landesrechtliche Anerkennung nämlich fortbesteht, erhält die Hochschulklinik nach §§ 108 Nr. 1 i. V. m. 109 Abs. 1 S. 2 Hs. 1 SGB V allein daraus weiterhin/erneut ihren Versorgungsvertrag.<sup>360</sup>

Eine Kündigung des Versorgungsvertrages durch die Landesverbände der Krankenkassen würde die landesrechtlichen Anerkennung nicht berühren, aus welcher der (fingierte) Versorgungsvertrag aber schlussendlich alleinig stammt und welcher zumindest auch die maßgebliche Grundlage für den Versorgungsauftrag der Universitätskliniken bildet.

Um eine Kündigung des Versorgungsvertrages durch die Landesverbände der Krankenkassen für Hochschulkliniken mit einer Folgewirkung ähnlich der des § 110 Abs. 2 S. 6 SGB V (welcher ebenfalls explizit nur für Plankrankenhäuser gilt) vollziehen zu können, wäre es daher unerlässlich, der Hochschulklinik neben der Aussprache einer Kündigung nach § 110 Abs. 1 SGB V auch die landesrechtliche Anerkennung zu entziehen.<sup>361</sup>

Dieser Schritt erscheint, ob seiner massiv weiterreichenden Konsequenzen in der Praxis, aber nur in absoluten Ausnahmefällen überhaupt denkbar. Zumal die landesrechtliche Anerkennung

<sup>356</sup> *Quaas* in *Quaas/Zuck/Clemens*: Medizinrecht, 4.Aufl., § 27, Rn. 118.

<sup>357</sup> *Quaas* in *Quaas/Zuck/Clemens*: Medizinrecht, 4.Aufl., § 27, Rn. 118.

<sup>358</sup> *Quaas* in *Quaas/Zuck/Clemens*: Medizinrecht, 4.Aufl., § 27, Rn. 118.

<sup>359</sup> *Stollmann* in *Dettling/Gerlach*: BeckOK KHG, § 110 SGB V, Rn. 2.

<sup>360</sup> *Stollmann* in *Dettling/Gerlach*: BeckOK KHG, § 110 SGB V, Rn. 2, § 109 SGB V, Rn.7.

<sup>361</sup> *Penner* in *BeckOK Sozialrecht*, § 110 SGB V, Rn. 8; *Stollmann* in *Dettling/Gerlach*: BeckOK KHG, § 110 SGB V, Rn. 2.

eines Hochschulklinikums nach Art. 1 Abs. 2, Art. 4 BayUniKlinG i. V. m. Art. 10 BayHIG (ehem., Art. 74, 75 BayHSchG) dem Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst obliegt, welches wiederum mit der Krankenhausplanung nicht betraut ist. Wer also im Kündigungsfall die Genehmigung analog § 110 Abs. 2 S. 1 SGB V erteilen müsste, erscheint zumindest fraglich. § 110 Abs. 2 S. 1 SGB V meint im Falle der Plankrankenhäuser in jedem Fall die Krankenhausplanungsbehörde. Diese ist aber für die landesrechtliche Anerkennung eines Hochschulklinikums nicht zuständig. Die Herausnahme aus dem Krankenhausplan allein würde nur eine der drei Determinanten eines Versorgungsauftrags bei Hochschulkliniken beseitigen.<sup>362</sup> Auch wird hier von einer unabhängigen Hochschulklinikplanung ausgegangen, bei der die Planungsentscheidung ohnehin nicht allein von der Krankenhausplanungsbehörde ausgeht, sondern von dieser vielmehr nachvollzogen wird.<sup>363</sup>

Die analoge Anwendung des Genehmigungserfordernisses nach § 110 Abs. 2 SGB V scheint daher kritischer.

Schlussendlich ist anzunehmen, dass der Gesetzgeber die Regelung vordergründig wegen der fehlenden praktischen Relevanz nicht getroffen hat.

Quaas schreibt in Quaas, Zuck, Clemens Kommentar zum Medizinrecht Folgendes:

*„Da dies angesichts der für die Gesundheitsversorgung herausragenden Aufgaben von Hochschulkliniken nur schwer vorstellbar ist, muss das gesetzliche Regelungsdefizit als ‚hilflos anmutendes Schweigen des Gesetzgebers‘<sup>364</sup> im Hinblick auf die Konfliktrichtigkeit einer solchen Regelung bezeichnet werden.“<sup>365</sup>*

Diese Befürchtung kann nicht von der Hand gewiesen werden. Einerseits steht die Frage, ob sich Hochschulkliniken womöglich ihre Versorgungsaufträge weitestgehend selbst vorgeben können, nicht nur im Fokus dieser Arbeit, sondern auch einiger gerichtlicher Entscheidungen der letzten Jahre.<sup>366</sup> Außerdem tritt dazu regelmäßig die Frage, wie mit den an Hochschulkliniken tatsächlich erteilten Feststellungsbescheiden, so wie es im Landeskrankenhausplanungsrecht einiger Länder gängige Praxis ist, umzugehen ist.<sup>367</sup> Sollte diesen die gleiche Feststellungswirkung zukommen wie bei Plankrankenhäusern, § 8 Abs. 1 S. 3 KHG, läge eine Normierung der Kündigungsvorschriften ähnlich der bei Plankrankenhäusern nahe.

Würde diesen Bescheiden aber nur eine deklaratorische Wirkung beigemessen (so wie hier vertreten<sup>368</sup>), wonach die Krankenhausplanung eine planerische Entscheidung der Hochschulkliniken lediglich nachvollzieht, so würde das auch an dieser Stelle einige

---

<sup>362</sup> S.o.: [C. II.].

<sup>363</sup> S.o.: [C. II. 2.].

<sup>364</sup> Knispel in NZS 2006: Rechtsfragen der Versorgungsverträge nach SGB V, S. 125.

<sup>365</sup> Quaas in Quaas/Zuck/Clemens: Medizinrecht, 4.Aufl., § 27, Rn. 118;

<sup>366</sup> S.u.: [D.]; OVG Lüneburg, Beschluss des 13. Senats vom 23.09.2021 - 13 LB 314/19, Rn. 27; VG Dresden, Urteil vom 01.12.2022 - 7K 2293/18; OVG Bautzen, Urteil vom 27.09.2023 - 5 A 37/23.

<sup>367</sup> S.o.: [C. II. a) (1) (a)]; s.u.: [D. I. 4. (3)]; VG Dresden, Urteil vom 01.12.2022 - 7K 2293/18; OVG Bautzen, Urteil vom 27.09.2023 - 5 A 37/23.

<sup>368</sup> S.o.: [C. II. 2. a) (1) (a)].

Folgefragen aufwerfen und die Konzipierung der Kündigungsvorschrift, insbesondere vor dem Hintergrund der unterschiedlichen landesrechtlichen Ausgestaltungen erschweren.

#### (b) Analoge Kündigungsmöglichkeit der Träger

Außerdem darf bei Hochschulkliniken, anders als vielleicht bei Plankrankenhäusern, auch die Möglichkeit der eigenen Kündigung über den Krankenhausträger nicht übersehen werden. Bei Plankrankenhäusern wurde hier insbesondere die viel näherliegende Beantragung einer Aufhebung bzw. Änderung des Feststellungsbescheides nach § 8 Abs. 1 S. 3 KHG ins Feld geführt, welche über § 110 Abs. 1 S. 4 SGB V ohnehin zusätzlich gefordert wäre. Der neue oder aufhebende Feststellungsbescheid würde danach automatisch den fingierten Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen ändern.

Auf Hochschulkliniken wäre dies allerdings nicht so einfach übertragbar. Hier ergibt sich die Fiktionswirkung aus der landesrechtlichen Anerkennung. Wohl könnte der Träger des Hochschulklinikums beantragen, dass die landesrechtliche Anerkennung aufgehoben wird, dies erscheint aber doch eher eine ultima ratio für einen drastischen Ausnahmefall zu sein.

Denkbarer wäre aber doch, dass ein Hochschulklinikum über seinen Träger eine Teilkündigung, welche § 110 Abs. 1 SGB V ebenfalls vorsieht, anstreben möchte. Eine Teilentziehung der landesrechtlichen Anerkennung ist schon rein faktisch nicht denkbar, weil diese Anerkennung keine inhaltliche Ausgestaltung der Versorgungsverträge oder –aufträge vornimmt. Stattdessen, die auch an Hochschulkliniken erteilten Feststellungsbescheide einem Änderungsantrag zu unterziehen, mag eine Option darstellen, allerdings nur in Bundesländern, in denen auch tatsächlich Feststellungsbescheide an die Hochschulkliniken ergehen. In etwa Bayern oder Niedersachsen wäre dies folglich kein gangbarer Weg.<sup>369</sup>

#### (4) Zusammenfassung

Vieles spricht dafür, dass der Gesetzgeber die Kündigungsmöglichkeit für Hochschulkliniken tatsächlich ungeregelt lassen wollte. Ob dies aus Konfliktvermeidungserwägungen oder aus der fehlenden praktischen Relevanz resultierte, bleibt schlussendlich Geheimnis des Gesetzgebers. Ob hierdurch in der Praxis tatsächliche Lücken entstehen, bleibt weiter abzuwarten.

Die vermeintlich fehlende (Teil-)Kündigungsmöglichkeit für die Träger der Universitätskliniken bekommt durch die Annahme einer eigenständigen qualitativen und quantitativen Ausgestaltung der Versorgungsaufträge ein wesentlich geringeres Gewicht.

In der Konsequenz fehlt es an einer inhaltlich konkreten Regelung zur Kündigung von Versorgungsverträgen der Hochschulkliniken.<sup>370</sup> Eine in der Praxis realisierbare Kündigungsmöglichkeit, hauptsächlich der Verbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen,

---

<sup>369</sup> S.o.: [C. II. 2. a) (1)].

<sup>370</sup> *Penner* in BeckOK Sozialrecht, § 110 SGB V, Rn. 8; *Stollmann* in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, § 110 SGB V, Rn. 2.

erscheint demnach, zumindest im Detail, äußerst fraglich und wäre bei der derzeitigen Regelung wohl nur über eine analoge Anwendung des § 110 Abs. 1 S. 4, Abs. 2 SGB V denkbar<sup>371</sup>.

c) Der Einfluss der Verbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen auf den Versorgungsauftrag von Hochschulkliniken

Der Einfluss der Verbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen auf den Versorgungsauftrag von Hochschulkliniken ist sehr gering. Die gesetzlichen Krankenkassen können über ihre Verbände im Rahmen des Krankenhausplanungsausschusses, Art. 7 Abs. 2 BayKrG auf die allgemeine Krankenhausplanung einwirken.

Die Hochschulklinikplanung ist aber gerade nicht Teil der allgemeinen Krankenhausplanung, daher ist eine direkte Beeinflussung des Versorgungsauftrags von Hochschulkliniken nicht möglich.

Als Besonderheit ist in diesem Zusammenhang die eingeschränkte, genauer gesagt nicht direkt geregelte Kündigungsmöglichkeit für Versorgungsverträge von Hochschulkliniken hervorzuheben. Die Kündigung dieser Verträge kann bei Harmonisierung mit der Planung des Landes einen Einfluss auf den Versorgungsauftrag haben. Im Falle einer Hochschulklinik müsste dies aber mit einer Entziehung der landesrechtlichen Anerkennung einhergehen, da die Kündigung ansonsten wirkungslos bleiben würde.<sup>372</sup> Auch wenn die analoge Anwendung des § 110 Abs. 1 S. 4, Abs. 2 SGB V denkbar ist, so gilt diese Möglichkeit in der Praxis wohl doch als eher unwahrscheinlich.<sup>373</sup>

Eine Einflussmöglichkeit auf die Versorgungsaufträge von Hochschulkliniken, die den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, als Vertragsparteien der Versorgungsverträge nach § 109 Abs. 1 SGB V bleibt, sind die ergänzenden Vereinbarungen, § 109 Abs. 1 S. 4 SGB V. Ansonsten ist auch ein Hochschulklinikum nach § 109 Abs. 4 S. 2 SGB V „im Rahmen seines Versorgungsauftrags“ zur Krankenhausbehandlung der Versicherten verpflichtet. Durch ergänzende Vereinbarungen (über eine geringere als im Krankenhausplan ausgewiesene Bettenzahlen) kann, bei Einvernehmen der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde auch der Versorgungsauftrag der Hochschulkliniken erweitert werden.<sup>374</sup> Über diese dritte Determinante eines Versorgungsauftrags von Hochschulkliniken kann der Versorgungsauftrag daher auch von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, wenn auch nur geringfügig, mitgestaltet werden.

---

<sup>371</sup> Quaaas in Quaaas/Zuck/Clemens: Medizinrecht, 4.Aufl., § 27, Rn. 118; Stollmann in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, § 110 SGB V, Rn. 2.

<sup>372</sup> S.o.: [C. III. 2. b) (3) (a)].

<sup>373</sup> S.o.: [C. III. 2. b)].

<sup>374</sup> Vollmöller in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, § 8 KHEntgG, Rn. 12.

### 3. Beeinflussungen durch das Vergütungssystem für Krankenhausleistungen

Die Universitätskliniken sind Wissenschaftsbetrieb und Wirtschaftsbetrieb gleichermaßen.<sup>375</sup> Förderungen setzen sich staatlicherseits aus Töpfen der Wissenschaft und der Krankenversorgung zusammen.<sup>376</sup> Das Prinzip der dualen (trialen) Finanzierung und die grundsätzliche Trennung von Kosten für Wissenschaft, Forschung, Lehre (Staatshaushalt) und Krankenversorgung (insb. Abrechnung mit den Krankenkassen) stellt hierbei den Grundsatz dar. Die staatlichen Förderungen für die Wissenschaft wurden bereits beleuchtet.<sup>377</sup>

In diesem Abschnitt soll nun auch das Vergütungssystem für die Krankenhausleistungen näher betrachtet werden, und insbesondere die Einflüsse, welche sich aus diesem Abrechnungssystem auf Hochschulkliniken bei der Ausgestaltung ihrer Versorgungsaufträge ergeben, herausgearbeitet werden.

#### a) Das Abrechnungssystem mit der gesetzlichen Krankenversicherung

Die gesetzlichen Krankenkassen dürfen nach § 108 SGB V Krankenhausbehandlungen nur durch Plankrankenhäuser<sup>378</sup>, Hochschulkliniken<sup>379</sup> und durch Kliniken mit Versorgungsvertrag<sup>380</sup> zulassen.<sup>381</sup>

Zum Zwecke der Abrechnung von Krankenhausleistungen gibt es die Vorschriften über den (fingierten) Versorgungsvertrag, §§ 108 Nr. 1, 109 Abs. 1 S. 1 SGB V, denn durch diesen werden die Hochschulkliniken zur Krankenversorgung zugelassen und in dessen, durch sie autonom inhaltlich ausgestaltetem, Umfang, sind sie grundsätzlich zur Abrechnung ihrer Krankenhausversorgungsleistungen mit den gesetzlichen Krankenkassen berechtigt.<sup>382</sup> Ein Versorgungsauftrag berechtigt und verpflichtet das Krankenhaus zur Teilnahme an der Behandlung gesetzlich versicherter Patienten.<sup>383</sup>

---

<sup>375</sup> Kingreen, Banafesche, Szabados in WissR 2007: Das Recht der Hochschulmedizin im hochschul-, gesundheits- und verfassungsrechtlichen Reformprozess, S. 285.

<sup>376</sup> S.o.: [ B. II. 3.].

<sup>377</sup> S.o.: [ B. II. 3.]; [C. III. 1. b)].

<sup>378</sup> § 108 Nr. 2 SGB V.

<sup>379</sup> § 108 Nr. 1 SGB V.

<sup>380</sup> § 108 Nr. 3 SGB V.

<sup>381</sup> Stollmann in Huster/Kaltenborn: Krankenhausrecht, § 4, Rn. 142.

<sup>382</sup> Quaas in Wenzel Handbuch des Fachanwalts Medizinrecht, Kapitel 14, Rn. 227.

<sup>383</sup> Multmeier: Rechtsschutz in der Krankenhausplanung, S. 53.

### (1) Die Abrechnung von Krankenhausleistungen

Die konkrete Abrechnung stationärer Krankenhausleistungen wird seit 2005<sup>384</sup> über das sogenannte DRG (Diagnosis Related Groups) – Vergütungssystem vorgenommen.<sup>385</sup> Über das GKV–Gesundheitsreformgesetz 2000 wurde § 17 b in das KHG eingeführt.<sup>386</sup>

Es handelt sich nach § 17 b Abs. 1 S. 1 KHG um ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalisierendes Vergütungssystem. § 17 b Abs. 1 S. 2 KHG verlangt eine Abbildung der Komplexität und Komorbidität, schränkt diese Vorgabe aber in § 17 b Abs. 1 S. 2 Hs. 2 KHG direkt wieder ein, denn der „Differenzierungsgrad soll praktikabel“<sup>387</sup> bleiben.

Das System orientiert sich an einem international eingeführten Klassifizierungssystem anhand von Diagnose-orientierten Fallgruppen (DRG).<sup>388</sup>

Es bietet ein hohes Maß an Transparenz, beflügelt eine leistungsorientierte, kostenbegrenzende Vergütung und schafft die bei der Einführung vorherrschenden Fehlanreize zur Verlängerung der Verweildauer weitestgehend ab.<sup>389</sup>

Als Fallpauschale wird das Entgelt bezeichnet, welches für ein DRG (gesamter Behandlungsfall) berechnet wird.<sup>390</sup> Die in § 17 b Abs. 1 S. 7 KHG genannten Zusatzentgelte sollen den Ausnahmefall darstellen.<sup>391</sup>

Bestimmt wird die bundeseinheitliche Relativgewichtung der einzelnen DRG durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft, § 17 b Abs. 2 S. 1 KHG.<sup>392</sup> Multipliziert wird dieser Relativgewichtungswert wiederum mit dem jeweils auf Landesebene

---

<sup>384</sup> Der Startschuss für diese Reform fiel bereits im Jahr 1999 mit dem Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV – Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 22. Dezember 1999 (BGB1., I., S. 2626). 2002 wurde sodann das Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG) v. 23. April 2002 (BGB1. I, S. 1412) verabschiedet. 2005 wurde tatsächlich mit der Abrechnung über das DRG – Vergütungssystem begonnen.

<sup>385</sup> *Liebig*: Krankenhausfinanzierung, S. 103.

<sup>386</sup> Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV – Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 22. Dezember 1999 (BGB1., I., S. 2626).

<sup>387</sup> *Vollmöller* in Dettling/ Gerlach: BeckOK KHG § 17 b KHG, Rn.1 ff.

<sup>388</sup> *Liebig*: Krankenhausfinanzierung, S. 103.

<sup>389</sup> *Vollmöller* in Dettling/ Gerlach: BeckOK KHG, § 17 b KHG, Rn. 8; *Liebig*: Krankenhausfinanzierung, S. 103.

<sup>390</sup> *Liebig*: Krankenhausfinanzierung, S. 103; *Vollmöller* in Dettling/ Gerlach: BeckOK KHG, § 17 b KHG, Rn. 6.

<sup>391</sup> *Vollmöller* in Dettling/ Gerlach: BeckOK KHG, § 17 b KHG, Rn. 6.

<sup>392</sup> *Bündnis Krankenhaus statt Fabrik*: Das Fallpauschalensystem und die Ökonomisierung der Krankenhäuser, S. 21. Hier findet sich in Kapitel I. 2. (s. 23 f.) auch eine kritische Zusammenfassung der wesentlichen Grundkalkulationen der DRG.

jährlich zwischen Krankenkassen und Krankenhausgesellschaften ausgehandelten Landesbasisfallwert.<sup>393</sup>

### (2) Besonderheiten bei der Abrechnung hochschulmedizinischer Krankenhausleistungen (KHEntgG)

Nach Art. 3 Abs. 2 S. 1 BayUniKlinG decken die Hochschulkliniken ihre Aufwendungen im Bereich der Krankenversorgung über Entgelte und sonstige Erträge. Hochschulkliniken fallen nicht unter die KHG – Förderung. Eine Abwicklung nach § 17 b KHG ist demzufolge nicht direkt möglich.

Betrachtet man das Fallpauschalengesetz (FPG) aus dem Jahr 2002, so stellt man fest, dass dessen Art. 5 auch das KHEntgG geschaffen hat und daher eine Abrechnung von hochschulmedizinischen Versorgungsleistungen über dieses Gesetz vorgenommen werden kann.<sup>394</sup>

§ 8 Abs. 2 S. 1 KHEntgG verweist auf den „Fallpauschalen-Katalog des § 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 KHEntgG“. Dort wird auf den Fallpauschalen-Katalog nach § 17 b Abs. 1 S. 4 KHG, einschließlich dessen effektiver Bewertungsrelation, verwiesen.

Bei der Betrachtung des Versorgungsauftrags für Hochschulkliniken ist § 8 Abs. 1 KHEntgG die zentrale Norm.<sup>395</sup> Es konnte festgehalten werden, dass die Ausgestaltung den Hochschulkliniken gewissermaßen selbst obliegt.<sup>396</sup>

Krankenkassen übernehmen die Krankenhausversorgungskosten nur, wenn sie entsprechend durch „zugelassene“ Krankenhäuser erbracht werden. Aus § 108 SGB V ergibt sich, dass erst die „Planaufnahme“, oder im Falle der Hochschulkliniken besser - die „Einbeziehung/Berücksichtigung in der Krankenhausplanung aufgrund ihrer landesrechtlichen Anerkennung“, ein Krankenhaus ermächtigt, erbrachte Leistungen mit der gesetzlichen Krankenkasse abzurechnen.<sup>397</sup>

### (3) Vorzüge und Nachteile der Abrechnung nach Fallpauschalen

Wenn es um die Fallpauschalenabrechnung geht, ist seit deren Einführung neben einigen Vorzügen vor allem auch deren Gefahrenpotenzial immer deutlicher geworden.

Während Krankenhäusern vor 2005 regelmäßig vorgeworfen wurde, Krankenhausaufenthalte künstlich in die Länge zu ziehen, da das jahrelang angewandte Selbstkostendeckungsprinzip im

---

<sup>393</sup> *Bündnis Krankenhaus statt Fabrik*: Das Fallpauschalensystem und die Ökonomisierung der Krankenhäuser, S. 24, 25.

<sup>394</sup> *Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages*: Begriff, Rechtsformen und Finanzierung der Universitätskliniken in Deutschland, S. 25 f.

<sup>395</sup> S. o.: (B. I. 3.).

<sup>396</sup> *Vollmöller* in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, § 8 KHEntgG, Rn.15.

<sup>397</sup> *Neumann*: Die externe Qualitätssicherung im Krankenhausrecht, S. 68.

Zusammenspiel mit dem tagesgleichen Pflegesatz hierfür einen Anreiz bat<sup>398</sup>, führte das Fallpauschalensystem zu einer Kostenreduktion durch Liegezeitverkürzungen.<sup>399</sup> Da Gewinne von Krankenhäusern aber schon damals (vor der Fallpauschalen-Einführung) gesetzlich nicht zulässig waren, gab es auch im vorherigen System eigentlich keinen höheren ökonomischen Anreiz, die Verweildauer unnötig auszuweiten. Zumal die Krankenkassen die Befugnis besaßen, die Wirtschaftlichkeit der überstehenden Kosten überprüfen zu lassen.<sup>400</sup>

Trotz alledem hatte die Einführung der Fallpauschalenabrechnung zur Folge, dass die Liegezeiten tatsächlich verkürzt werden konnten.<sup>401</sup> Diese Entwicklung ist zwar positiv zu bewerten, wenn es um die Eindämmung der Kosten für einzelne Krankenhausaufenthalte geht, sie führte aber auch dazu, dass es vermehrt zu frühzeitigen (sog. Blutigen) Entlassungen kam, wodurch wiederum die Zahl der erneuten Einlieferungen (Drehtür-Effekt) der selbigen Patienten mit demselben anhaltenden Leiden gestiegen ist.<sup>402</sup> Die Patienten können sich bei ihrem ersten Aufenthalt schlicht nicht ausreichend erholen und eine vollständige Ausheilung daheim, ohne Betreuung durch medizinisches Fachpersonal, ist häufig nur schwer möglich.<sup>403</sup> Zusätzliches Problem ist der gestiegene Bürokratieaufwand in Krankenhäusern, der durch zeitintensive Kodierungen und zusätzliche administrative Aufgaben entsteht.<sup>404</sup>

Die angesprochene Problematik hat in allen Krankenhäusern zu einem administrativen Mehraufwand und einer absolut gestiegenen Zahl an Krankenhausaufenthalten geführt.<sup>405</sup> In Hochschulkliniken sind die Auswirkungen aufgrund von vergleichsweise besonders hohen Bettenzahlen und die hinzutretende Auswahl speziellerer, umfangreicherer Behandlungen mit komplizierteren Kodierungs- und Abrechnungssystemen noch wesentlich beträchtlicher.

#### b) Der Einfluss auf den Versorgungsauftrag über das Vergütungssystem für Krankenhausleistungen

Fraglich ist, inwieweit der grundsätzlich durch die Hochschulkliniken selbst inhaltlich ausgefüllte Versorgungsauftrag durch das Vergütungssystem für Krankenhausleistungen beeinflusst werden kann und beeinflusst wird. Sei es z. B. im Rahmen der Fallpauschalen, aber auch beispielsweise über die Vorgaben des G-BA, MD oder die ergänzenden Vereinbarungen nach § 109 Abs. 1 S. 4 SGB V.

<sup>398</sup> *Rübsamen*: Verfassungsrechtliche Aspekte des Fallpauschalensystems im Krankenhauswesen, S. 52.

<sup>399</sup> *Szabados*: Krankenhäuser als Leistungserbringer in der Gesetzlichen Krankenversicherung, S. 132; *Bündnis Krankenhaus statt Fabrik*: Das Fallpauschalensystem und die Ökonomisierung der Krankenhäuser, S. 18.

<sup>400</sup> *Bündnis Krankenhaus statt Fabrik*: Das Fallpauschalensystem und die Ökonomisierung der Krankenhäuser, S. 18.

<sup>401</sup> *Szabados*: Krankenhäuser als Leistungserbringer in der Gesetzlichen Krankenversicherung, S. 132.

<sup>402</sup> *Szabados*: Krankenhäuser als Leistungserbringer in der Gesetzlichen Krankenversicherung, S. 132.

<sup>403</sup> *Szabados*: Krankenhäuser als Leistungserbringer in der Gesetzlichen Krankenversicherung, S. 132.

<sup>404</sup> *Szabados*: Krankenhäuser als Leistungserbringer in der Gesetzlichen Krankenversicherung, S. 132.

<sup>405</sup> *Szabados*: Krankenhäuser als Leistungserbringer in der Gesetzlichen Krankenversicherung, S. 132.

### (1) Die gleichgerichteten Interessen der Akteure

Auch beim Vergütungssystem für Krankenhausleistungen kann, ähnlich wie beim Zusammenspiels von Forschung und Lehre und Krankenversorgung, innerhalb der Hochschulmedizin ein symbiotisches System erkannt werden, bei welchem die Akteure auf beiden Seiten Interessen gegeneinander abwägen müssen.

Die Krankenkassenverbände vertreten dabei stellvertretend die Interessen ihrer Versicherten gegenüber dem Leistungserbringer.<sup>406</sup> Zudem vertreten aber auch die Hochschulkliniken die Interessen ihrer Patienten, stellvertretend für diese. Im Mittelpunkt steht das versorgungsbedürftige Individuum, aus der Mitte der gesetzlich Krankenversicherten, welches sich zur Behandlung ins Krankenhaus begeben muss.<sup>407</sup>

Auch die Krankenhausplanung hat als wesentliches Hauptziel die Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung.

Diese parallellaufende Zielsetzung könnte daher ein sehr harmonisches Nebeneinander zwischen Krankenhausplanung mit Hochschulkliniken und dem Vergütungssystem für Krankenhausleistungen der Hochschulkliniken mit der gesetzlichen Krankenkasse bedeuten.

In vielen Bereichen wird dies auch zu bejahen sein.

Trotz alledem bestehen bei jedem Akteur auch gewisse eigene Interessen, die gegeneinander aufgewogen werden müssen und sich daher auch aufeinander auswirken können. Als direktesten Anwendungsfall sind hier die ergänzenden Vereinbarungen nach § 109 Abs. 1 S. 4 SGB V zu benennen.<sup>408</sup> Als dritte Determinante eines Versorgungsauftrags von Hochschulkliniken nach § 8 Abs. 1 S. 4 Nr. 2 KHEntgG sind diese Aushandlungsmöglichkeiten zwischen Krankenhausträger, den Landesverbänden der Krankenkassen und im Einvernehmen mit der Krankenhausplanungsbehörde dazu in der Lage, den Versorgungsauftrag der Hochschulkliniken mitzugestalten.

#### (a) Das Vergütungssystem für Krankenhausleistungen der Hochschulkliniken

Zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und dem Hochschulklinikum, welches nach § 108 Nr. 1 SGB V zur Krankenhausbehandlung der Versicherten zugelassen ist, besteht vorwiegend ein Abrechnungsverhältnis.<sup>409</sup> Die Abrechnung erfolgt nach den Vorgaben des KHEntgG und

---

<sup>406</sup> *Zawade*: Versorgungsmanagement und Entlassmanagement, S. 144.

<sup>407</sup> *Zawade*: Versorgungsmanagement und Entlassmanagement, S. 146 f.

<sup>408</sup> *Stollmann* in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, § 109 SGB V, Rn. 8.

<sup>409</sup> *Zawade*: Versorgungsmanagement und Entlassmanagement, S. 143 f.

der Bundespflegesatzverordnung (BpflV).<sup>410</sup> Nach § 109 Abs. 4 S. 2 SGB V ist das Klinikum zur Krankenhausbehandlung des Versicherten verpflichtet. Den nach § 109 Abs. 1 S. 2 SGB V fingierten Versorgungsvertrag füllt das Hochschulklinikum in qualitativer und quantitativer Hinsicht selbst aus.<sup>411</sup>

i. Interessen des Hochschulklinikums

Das Hochschulklinikum hat bei dieser Ausfüllung insbesondere zwei wesentliche Interessen zu repräsentieren, dasjenige aus Forschung und Lehre, inklusive die diese betreffenden Finanzierungsfragen aus seiner hochschulseitigen Prägung und das finanzielle sowie grundrechtsverankerte Interesse, eine daran ausgerichtete, bedarfsgerechte Kranken- und Gesundheitsversorgung zu gewährleisten und zur Verfügung zu stellen.<sup>412</sup>

ii. Interessen der Krankenkassen(verbände)

Die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände sind, wie oben beschrieben, ein staatliches Schutzsystem<sup>413</sup>, um die Daseinsvorsorge der Bevölkerung sicherstellen zu können.<sup>414</sup> Es handelt sich um ein Gemeinschaftskonzept, bei dem die große Gesamtmasse der Beitragszahler es jedem Gemeinschaftsmitglied im Falle von Krankheit oder Pflegebedürftigkeit ermöglicht, eine entsprechend bedarfsgerechte Versorgung zu finanzieren, genauer gesagt finanziert zu bekommen. Im Sinne der Allgemeinheit haben die Krankenkassen daher ein Kostengeringshaltungsinteresse, um dem Anspruch einer möglichst umfangreichen und kostengünstigen Versorgung aller ihrer Versicherten im Krankheitsfall gerecht werden zu können. Dieses Konzept soll für möglichst alle Beteiligten fair und sinnerfüllend sein.

Da die Versicherten aufgrund des Sachleistungsprinzips nach § 2 Abs. 2 SGB V bei der konkreten Abrechnung im Abrechnungsverhältnis weitestgehend herausgehalten werden<sup>415</sup>, hat dies zur Folge, dass die Krankenkassen stellvertretend auch die Interessen ihrer einzelnen Versicherten gegenüber dem Krankenhaus wahrnehmen müssen. Daneben aber auch diejenigen der Gesamtgemeinschaft ihrer versicherten Mitglieder.

Bei der Interessenvertretung gegenüber dem (Hochschul-) Klinikum müssen die Krankenkassen(verbände) daher intern das Interesse der versicherten Gemeinschaft auf Kostengeringshaltung mit dem Interesse des einzelnen Patienten im Versicherungsfall auf möglichst allumfassende medizinische Versorgung, abwägen. Im Grunde hat aber auch der Kostenträger Krankenkasse und mit ihm das Kollektiv aller Versicherten, aus Gründen der

---

<sup>410</sup> *Jansen*: Zusammenschlusskontrollen im Krankenhausesektor, S. 17; *Zawade*: Versorgungsmanagement und Entlassmanagement, S. 144.

<sup>411</sup> S. o.: [C. II. 4.].

<sup>412</sup> S. o.: [C. III. 1.].

<sup>413</sup> S. o.: [C. III. 2. a)].

<sup>414</sup> *Welti* in *Igl/Welti*: Gesundheitsrecht, § 10, Rn. 11.

<sup>415</sup> *Zawade*: Versorgungsmanagement und Entlassmanagement, S. 145.

Effektivität, ein Interesse an einer qualitativ hochwertigen medizinischen Behandlung auf neuestem Stand<sup>416</sup>, sodass es im Regelfall zu keinen größeren Wissenskonflikten im Innenverhältnis kommt. Daneben besteht ein Interesse aller Versicherten, die Beiträge möglichst gering zu halten. Aus Gründen der Zweckerreichung müssen diese aber auch ausreichen, sodass der Versicherer im Versicherungsfall vollumfänglich für die medizinische Behandlung aufkommen kann.<sup>417</sup>

#### (b) Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung

Das Fallpauschalenabrechnungssystem als pauschalisiertes Entgeltssystem soll eine faire Interessenvertretung aller Beteiligten bei der Abrechnung über das Vergütungssystem für Krankenhausleistungen unterstützen. Der Gesetzgeber verfolgte mit der GKV-Gesundheitsreform, durch welche dieses System geschaffen wurde, im Wesentlichen zwei Ziele.<sup>418</sup> Eine qualitativ hochwertige, stets an den medizinischen Fortschritt angepasste, Krankenhausversorgung der gesetzlich Versicherten im Krankheitsfall gewährleisten zu können und das bei zumutbaren Beiträgen der Versicherten.<sup>419</sup>

Es stehen sich Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gegenüber.<sup>420</sup>

Das BVerfG hat in einem Urteil 2004 dieses Verhältnis wie folgt beschrieben:

*„Der Wirtschaftlichkeit dient letztlich auch die Qualitätssicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung, indem sie nicht nur ein bestimmtes Niveau der Versorgung gewährleistet, sondern auch den sparsamen Einsatz von Ressourcen.“*<sup>421</sup>

Dies haben auch die Hochschulkliniken zu beachten, wenn sie unter Einbeziehung ihrer Forschungs- und Lehrtätigkeit an der Krankenversorgung teilnehmen und dadurch ihren Versorgungsauftrag in qualitativer und quantitativer Hinsicht inhaltlich selbst ausgestalten. Bei kostspieligen Behandlungen und Behandlungsmethoden, welche nach § 13 Abs. 1 SGB V i. V. m. SGB V und dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung (SGB IX) nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung gedeckt sind, werden auch ihnen schnell Grenzen gesetzt, denn Hochschulkliniken sind ebenso wie andere Krankenhäuser auf eine Deckung ihrer Kosten angewiesen. Nach § 8 Abs. 1 S. 3

---

<sup>416</sup> Neumann: Die externe Qualitätssicherung im Krankenhausrecht, S. 33.

<sup>417</sup> Neumann: Die externe Qualitätssicherung im Krankenhausrecht, S. 33.

<sup>418</sup> Rübsamen: Verfassungsrechtliche Aspekte des Fallpauschalensystems im Krankenhauswesen, S. 130.

<sup>419</sup> Rübsamen: Verfassungsrechtliche Aspekte des Fallpauschalensystems im Krankenhauswesen, S. 130.

<sup>420</sup> Rübsamen: Verfassungsrechtliche Aspekte des Fallpauschalensystems im Krankenhauswesen, S. 130.

<sup>421</sup> BVerfG, Urteil vom 16.07.2004 – BvR 1127/01; NVwZ 2004, 1347 (1349); Neumann: Die externe Qualitätssicherung im Krankenhausrecht, S. 34.

KHEntgG muss eine Versorgung außerhalb des Versorgungsauftrags, ohne dabei ein Notfall zu sein, nicht von den Krankenkassen ersetzt werden.<sup>422</sup>

Nach § 13 Abs. 2 S. 2 SGB V hat der Leistungserbringer den Versicherten über eine mögliche Nichtübernahme der Kosten für eine Versorgungsleistung zudem zu informieren.

Sofern eine Kostenübernahme daher nicht durch Dritte gewährleistet wird (beispielsweise über die Erstattung der Kosten für eine klinische Prüfung mit industriellem Sponsor nach Vollkostendeckungsprinzip, oder über sonst eingeworbene Drittmittel z. B. durch Forschungsunterstützungen oder Kooperationen) kann sich auch ein Universitätsklinikum aus Wirtschaftlichkeitserwägungen heraus daher nicht außerhalb des Katalogs der übernahmefähigen Behandlungen und Untersuchungen bewegen.

## (2) Der indirekte Einfluss durch den G-BA und den MD

Es stellt sich in diesem Zusammenhang außerdem die Frage, wer eigentlich über den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung übernommenen Leistungen entscheidet.

Das SGB V hat dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) die Steuerungsfunktion für die ambulante und stationäre medizinische Versorgung der Versicherten der GKV übertragen.<sup>423</sup> Der G-BA ist eine rechtsfähige Selbstverwaltungskörperschaft mit Richtlinienkompetenz, § 92 Abs. 1 S. 1 SGB V.<sup>424</sup> Er ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen. Er setzt sich aus folgenden Mitgliedern zusammen.<sup>425</sup>

- den stimmführenden Mitgliedern, zu welchen jeweils 5 Vertreter der Krankenkassen, vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen und 5 Vertreter der Leistungserbringer (Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)) gehören.<sup>426</sup>
- dem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern
- sowie den Patientenvertretern, welche ein Mitberatungs- und Antragsrecht, jedoch kein Stimmrecht haben.<sup>427</sup>

Der G-BA trifft für die Bürgerinnen und Bürger, welche sich in stationäre Behandlung begeben, grundrechtserhebliche Entscheidungen.<sup>428</sup>

---

<sup>422</sup> *Stollmann* in NZS: Schnittstelle Krankenhausrecht, S. 563; Urteil des BSG vom 27.11.2014 – B 3 KR 1/13 R.

<sup>423</sup> BSG, Urteil vom 06.05.2009 - B 6 A 1/08.

<sup>424</sup> *Quaas* in GesR 2014: Krankenhausplanung als Qualitätssicherungsinstrument? S. 132.

<sup>425</sup> <https://www.g-ba.de/ueber-den-gba/wer-wir-sind/>.

<sup>426</sup> <https://www.g-ba.de/ueber-den-gba/wer-wir-sind/plenum/>.

<sup>427</sup> <https://www.g-ba.de/ueber-den-gba/wer-wir-sind/plenum/>.

<sup>428</sup> *Kaltenborn* in Huster/Kaltenborn: Krankenhausrecht, § 2, Rn. 15.

Er beschließt nach § 136 c Abs. 1 S. 1 SGB V Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung geeignet sind und nach § 6 Abs. 1a KHG Bestandteil des Krankenhausplanes werden. Die Länder bekommen die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren als Empfehlung übermittelt, § 136 c Abs. 1 S. 2 SGB V.

#### (a) Verfassungsrechtliche Kritik am G-BA

Die demokratische Legitimation des Selbstverwaltungsgremiums G-BA steht aber in der Kritik.<sup>429</sup> Durch das Bundessozialgericht wurde im Jahr 1998 festgehalten, dass man diese grundlegende Kritik seitens der Rechtsprechung nicht teilt.<sup>430</sup> Dort hieß es, „daß sich dem GG nicht das Verbot entnehmen läßt, für einen begrenzten Sachbereich Satzungsautonomie auch auf eine Einrichtung zu übertragen, die von zwei (oder mehreren) Körperschaften gebildet und durch diese demokratisch legitimiert ist.“<sup>431</sup> Da von den Mitgliedern beider Körperschaften (verbands-)demokratische Legitimation ausgeht, soll es auch möglich sein, dem Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Befugnis zur Satzungsgebung einzuräumen.<sup>432</sup> Die demokratische Legitimationskette muss gegeben bleiben.

Die Richtlinienkompetenz umfasst nahezu das gesamte Spektrum der Gesundheitsversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung und konkretisiert den gesetzlichen Leistungsanspruch des Versicherten.<sup>433</sup> Die Anzahl und die Spezifikation der Qualitätsanforderungen des G-BA im stationären Bereich haben in den vergangenen Jahren erheblich zugenommen.<sup>434</sup> Dabei wird die Bedeutung des G-BA noch dadurch gesteigert, dass sich nach § 136 c Abs. 1 S. 1 SGB V dessen Richtlinien „grundsätzlich einheitlich ... [auf] alle Patientinnen und Patienten“ erstreckt.<sup>435</sup> Diese zentrale Bedeutung der Richtlinien bringt dem G-BA auch gelegentlich die Bezeichnung „kleiner Gesetzgeber“ ein.<sup>436</sup>

#### (b) Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Bei der Entscheidung über außervertragliche neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) wird neben dem G-BA zudem das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) und der Medizinische Dienst (MD), § 278 ff. SGB V tätig.

---

<sup>429</sup> *Kingreen* in NZS 2007: Legitimation und Partizipation im Gesundheitswesen, S. 113 ff.; *Kaltenborn* in Huster/Kaltenborn: Krankenhausrecht, § 2, Rn. 15.

<sup>430</sup> BSG, Urteil vom 18.03.1998 – B 6 KA 37/96.

<sup>431</sup> BSG, Urteil vom 18.03.1998 – B 6 KA 37/96.

<sup>432</sup> BSG, Urteil vom 18.03.1998 – B 6 KA 37/96.

<sup>433</sup> *Stollmann* in NZS: Schnittstelle Krankenhausrecht, S. 565.

<sup>434</sup> *Stollmann* in NZS: Schnittstelle Krankenhausrecht, S. 563

<sup>435</sup> *Stollmann* in NZS: Schnittstelle Krankenhausrecht, S. 565.

<sup>436</sup> *Stollmann* in NZS: Schnittstelle Krankenhausrecht, S. 565.

Das Bundessozialgericht hatte im Jahr 2013 verneint, dass Krankenhäuser eine generelle Erlaubnis haben, alle beliebigen Methoden bis zum Erlass eines Verbotes zu erbringen und anschließend mit der Kasse abrechnen zu dürfen.<sup>437</sup>

Die wichtigste Frage, die sich bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dabei eigentlich immer stellt ist, ob diese für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind.<sup>438</sup>

Für Universitätskliniken sind diese NUB vor dem Hintergrund, dass sie Wissenschaftsbetriebe sind, welche maßgeblich den medizinisch-wissenschaftlichen Fortschritt mitgestalten, von besonderer Bedeutung.<sup>439</sup> Die NUB stellen eine enge Verbindung zwischen den Aufgabenbereichen der Forschung und Lehre sowie der Krankenversorgung dar, denn NUB müssen in der medizinischen Praxis erprobt werden.<sup>440</sup>

Der Gesetzgeber hat mit § 6 Abs. 2 KHEntgG eine Rechtsgrundlage für die Abrechnung der NUB geschaffen. Die Entgelte gelten jeweils nur für ein Jahr und auch ausschließlich für das beantragende Krankenhaus. Den vereinbarten Entgelten muss eine sachgerechte Kalkulation zugrunde liegen und diese dürfen auch nicht bereits durch den G-BA nach § 137 c SGB V ausgeschlossen worden sein.

Jeweils einmal im Jahr, spätestens zum 31. Oktober, wird durch das InEK, dessen Gesellschafter die Vertragsparteien auf Bundesebene (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (beraten durch den Medizinischen Dienst Bund, §§ 282, 283 Abs. 1 S. 2 SGB V, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft) sind, der neue DRG-Katalog für das Folgejahr veröffentlicht.<sup>441</sup> Vor Beantragung der NUB muss daher geprüft werden, ob die beantragte Leistung nicht bereits über den Fallpauschalenkatalog oder die Zusatzentgelte sachgerecht abgerechnet werden kann, § 6 Abs. 2 S. 3 KHEntgG.

§ 6 Abs. 2 S. 8 KHEntgG eröffnet die Möglichkeit, dass die Vertragsparteien nach § 137 c SGB V eine Bewertung der neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode vornehmen können.<sup>442</sup>

---

<sup>437</sup> BSG, Urteil vom 07.05.2013 – B1 KR 44/22 R.

<sup>438</sup> *Vollmöller* in NZS 2012: Rechtsfragen neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden – unter Berücksichtigung der Hochschulmedizin, S. 922.

<sup>439</sup> *Vollmöller* in NZS 2012: Rechtsfragen neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden – unter Berücksichtigung der Hochschulmedizin, S. 921.

<sup>440</sup> *Vollmöller* in NZS 2012: Rechtsfragen neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden – unter Berücksichtigung der Hochschulmedizin, S. 921.

<sup>441</sup> *Vollmöller* in NZS 2012: Rechtsfragen neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden – unter Berücksichtigung der Hochschulmedizin, S. 922.

<sup>442</sup> *Vollmöller* in NZS 2012: Rechtsfragen neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden – unter Berücksichtigung der Hochschulmedizin, S. 922.

Können sich die Vertragsparteien nicht auf die Vereinbarung eines Entgeltes einigen, gibt es nach § 6 Abs. 2 S. 9 KHentgG außerdem die Möglichkeit für ein Schiedsverfahren eine Stellungnahme des G-BA nach § 137 c SGB V einzuholen.<sup>443</sup>

Es handelt sich bei § 137 c SGB V um eine Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt für den stationären Sektor.<sup>444</sup>

Ergibt die Prüfung nach § 137 c SGB V, dass die Behandlungsmethode nicht ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich und für die Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind, sondern, dass der Nutzen der Methode nicht hinreichend belegt ist und sie nicht das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, insbesondere weil sie schädlich oder unwirksam ist, erlässt der G-BA eine entsprechende Richtlinie, wonach die Methode im Rahmen einer Krankenhausbehandlung nicht mehr zulasten der Krankenkassen erbracht werden darf.<sup>445</sup>

Ergibt die Überprüfung, dass der Nutzen noch nicht hinreichend belegt ist, so kann eine Richtlinie zur Erprobung, nach § 137 e SGB V, erlassen werden. Die Leistung wird dann für einen begrenzten Zeitraum zulasten der Krankenkassen erbracht, § 137 e Abs. 1 S. 2 SGB V.<sup>446</sup>

Der G-BA besitzen keine eigenständige Kompetenz zur Ausgestaltung des Vergütungssystems der Krankenhausleistungen. Er hat lediglich indirekten Einfluss auf die Ausübbarkeit bzw. die Finanzierung von bestimmten Krankenhausleistungen, indem er eine Bewertung oder Stellungnahme zu den neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden abgibt.

Auch beim InEK stellt sich, ähnlich wie beim G-BA, die Frage der gesetzlichen Legitimation. Um jedoch nicht zu weit in das Abrechnungsrecht abzuschweifen, wird die verfassungsrechtliche Diskussion an dieser Stelle nicht geführt.<sup>447</sup>

Dem InEK kommen weitreichendere Möglichkeiten zu. Durch deren Beurteilung und Entscheidung über den Leistungskatalog und die Zusatzentgelte trifft das InEK weitreichende Entscheidungen mit finanziellen Folgen nicht nur für die abrechnenden Krankenhäuser, sondern auch für die Arzneimittel- und Medizinprodukthersteller, deren Produkte damit (vereinzelt) eingesetzt werden können oder nicht.<sup>448</sup>

---

<sup>443</sup> Vollmöller in NZS 2012: Rechtsfragen neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden – unter Berücksichtigung der Hochschulmedizin, S. 922.

<sup>444</sup> Vollmöller in NZS 2012: Rechtsfragen neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden – unter Berücksichtigung der Hochschulmedizin, S. 922.

<sup>445</sup> Vollmöller in NZS 2012: Rechtsfragen neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden – unter Berücksichtigung der Hochschulmedizin, S. 922.

<sup>446</sup> Becker in Becker/Kingreen: SGB V, § 137 c, Rn. 8.

<sup>447</sup> Vollmöller in NZS 2012: Rechtsfragen neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden – unter Berücksichtigung der Hochschulmedizin, S. 924 f.

<sup>448</sup> Vollmöller in NZS 2012: Rechtsfragen neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden – unter Berücksichtigung der Hochschulmedizin, S. 924 f.

Für Universitätskliniken hat die Übernahme nach § 6 Abs. 2 KHEntgG große Bedeutung. Die Krankenkassen verweigern allerdings auch nicht selten die Übernahme der NUB, wegen entgegenstehender Stellungnahmen, Bewertungen des G-BA, aber auch wegen abweichenden Beratungen des MD.<sup>449</sup>

Die NUB-Finanzierung bedeutet neben finanziellen Vorteilen für die Universitätskliniken hauptsächlich die Weiterentwicklung des medizinischen Fortschritts in der gesetzlichen Krankenversorgung<sup>450</sup>.

Sowohl die Bewertungen des G-BA, als auch die Beurteilungen des InEK, aber auch die Beratungen des MD, §§ 278 ff. SGB V sind dazu in der Lage, den Leistungskatalog der Krankenhausleitungen eines Hochschulklinikums zu beeinflussen. Die Abrechenbarkeit neuer oder neuerer Behandlungsmethoden hängt maßgeblich von deren Entscheidungen ab und ist für die Hochschulkliniken entscheidend für die Abrechenbarkeit und damit auch die Durchführbarkeit von NUB.

### (3) Mindestmengenregelungen in der Hochschulklinikplanung

Von mittelbarer Relevanz könnten künftig auch für Universitätskliniken die sogenannten „Mindestmengen für Krankenhäuser“ werden. Der G-BA<sup>451</sup> hat für einige Krankenhausleistungen Mindestmengenregelungen geschaffen, da zur Qualitätssicherung bei planbaren Eingriffen ein eklatanter Zusammenhang zwischen Behandlungshäufigkeit und -qualität festgestellt werden konnte.<sup>452</sup>

Da diese Mindestmengen aber schon jetzt stetig angehoben werden, folgt daraufhin wohl früher oder später die Schließung kleinerer, aber auch größerer Stationen, insb. in Ballungsgebieten. Um dem Konkurrenzdruck standhalten zu können, erscheint es möglich, dass auch einige Häuser im Hochschulbetrieb auf die Idee kommen könnten, über die Beanspruchung eines Anspruchs auf Selbstvorgabe von Versorgungsaufträgen, zu versuchen, sich ihre Fallzahlen durch Fachbereichsausweitung und Bettenaufstockung in der Krankenhausplanung zu sichern. Ein zusätzliches Problem könnte darstellen, dass einige Länder (z. B. Sachsen, Bayern) in ihren Krankenhausplänen keine fixen fachspezifischen Bettenzahlen aufgenommen haben und die Aufteilung der Betten auf die Fachabteilung Aufgabe der Kliniken ist.<sup>453</sup>

---

<sup>449</sup> *Vollmöller* in NZS 2012: Rechtsfragen neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden – unter Berücksichtigung der Hochschulmedizin, S. 926.

<sup>450</sup> *Vollmöller* in NZS 2012: Rechtsfragen neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden – unter Berücksichtigung der Hochschulmedizin, S. 924 f; *Huster* in GesR 2010: Krankenhausrecht und SGB V, S. 341.

<sup>451</sup> S. o.: (C. III. 2. c) (1)).

<sup>452</sup> *Bertelsmann Stiftung*: 40 Prozent der Kliniken operieren Patienten, ohne die Mindestmengen einzuhalten, S. 1; <https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/vorgaben-zur-qualitaetssicherung/vorgaben-mindestmengenregelungen/>.

<sup>453</sup> S. u.: (C. III. 2.);(D. II.).

Selbst bei Plankrankenhäusern ist diese Aufteilung daher kein Bestandteil der Feststellungswirkung der Versorgungsentscheidungen (erteilt per Feststellungsbescheid).<sup>454</sup>

(a) Mindestmengenregelung, § 136 b Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V<sup>455</sup>

Die Qualitätssicherung nimmt zunehmend einen höheren Stellenwert in der Krankenhausplanung ein.<sup>456</sup> Zu den bedeutendsten Regelungen gehört der Katalog nach § 136 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V.

Die Mindestmengenregelungen sind für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser unmittelbar verbindlich.<sup>457</sup> Der Krankenhausträger hat gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jährlich die Erwartungsprognose darzulegen. Ausnahmsweise Leistungserbringung ist bei erstmaliger oder erneuter Erbringung ebenfalls möglich.<sup>458</sup>

Das SGB V enthält vorwiegend Regelungen über die gesetzliche Krankenversicherung, man könnte sich daher die Frage stellen, ob bei diesen Mindestmengen auch die Behandlung eines Privatpatienten mitgezählt werden darf.

Den Zweck der Vorschrift unterstellt - Routine fördert Qualität - dürfte es keine Rolle spielen, ob die Behandlung kassenärztlich oder privatärztlich abgerechnet wird. Gesichert werden soll lediglich, dass gesetzlich Versicherte eine Behandlung nur von einer/einem ausreichend erfahrenen und routinierten Ärztin, Arzt und in einem ausreichend ausgestatteten Krankenhaus erhalten.

Nach § 136 b Abs. 1 S. 3 SGB V ist bei allen Beschlüssen nach dessen Nr. 1 – 5 (also auch der Katalog nach Nr. 2) der Verband der Privaten Krankenversicherung zu beteiligen. Die Mindestmengenregelungen gelten für zugelassene Krankenhäuser demzufolge auch bei der Behandlung von Privatpatienten, folglich zählen diese Behandlungen bei der Prognoseerstellung/-berechnung mit.<sup>459</sup>

Nach § 136 b Abs. 5 S. 1 SGB V dürfen folglich entsprechend (planbare) Leistungen nicht bewirkt werden, wenn die Mindestmengen nicht eingehalten werden, es herrscht dann ein Leistungsverbot.

---

<sup>454</sup> *Beume*: Bundesverwaltungsgericht: Krankenhauspläne auf dem Prüfstand; *Deutsche Krankenhausgesellschaft*: Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2021.

<sup>455</sup> *Wünschmann*: Qualitätsmanagement in der akutstationären Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten, S. 91.

<sup>456</sup> *Stollmann* in Huster/Kaltenborn: Krankenhausrecht, § 4, Rn. 160.

<sup>457</sup> *Gemeinsamer Bundesausschuss*: Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, § 2 Abs. 1 S. 1.

<sup>458</sup> *Gemeinsamer Bundesausschuss*: Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, § 2 Abs. 2.

<sup>459</sup> <https://www.pkv.de/positionen/entwurf-eines-gesetzes-zur-weiterentwicklung-der-gesundheitsversorgung/>.

Dieses wird auch von den Universitätskliniken beachtet, denn bei Nichteinhaltung der Verpflichtungen zur Qualitätssicherung aus § 136 b SGB V sind nach § 8 Abs. 4 S. 2 Nr. 1 KHEntgG Entgelte für eine Leistung nämlich nicht erstattbar.

Allerdings kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde nach § 136 b Abs. 5a SGB V Leistungen aus dem Katalog<sup>460</sup> bestimmen, bei denen Abs. 5 S. 1 nicht angewendet wird, da dies die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung gefährden würde. Außerdem ergeben sich aus den Mindestmengenregelungen<sup>461</sup> selbst einige Ausnahmetatbestände.<sup>462</sup>

#### (b) Fehlende Sanktionen bei Verstößen

Derzeit erleben wir leider eine gegenteilige Entwicklung. Anstelle einer Kompetenzbündelung für komplizierte planbare Prozeduren und Leistungen in wenigen, jedoch hochspezialisierten Kliniken, kommt es vermehrt zu Operationen in Kliniken und durch Ärztinnen und Ärzte, welche die Mindestmengenvorgaben gerade nicht einhalten oder erfüllen.<sup>463</sup>

Die Bertelsmann-Stiftung hat bei einer Analyse in diesem Zusammenhang festgestellt, dass je besser diese Vorgaben sind, es umso schwerer fällt, die Qualitätsberichte der Krankenhäuser und damit die Einhaltung der Vorgaben zur Qualitätssicherung praktisch zu überprüfen.<sup>464</sup> Vielmehr findet eine Überprüfung in den seltensten Fällen statt.<sup>465</sup> Die Konsequenzen bei einer Überschreitung des Leistungsverbotes sind daher unzulänglich oder non-existent.

Die Mindestmengenregelungen sind selbstverständlich nur dann als sinnvoll zur Gewährleistung einer guten und sicheren Versorgung zu erachten, wenn sie auch tatsächlich dazu führen, dass komplizierte Operationen nur von Leistungserbringern mit entsprechender Routine erbracht werden. Bei Nichteinhaltung müssten Sanktionen erfolgen, und eine Vergütung für die erbrachte Leistung dürfte schon gar nicht ausgezahlt werden.<sup>466</sup>

Für alle berechtigten Sonderfälle, z. B. bei ländlicher gelegenen Kliniken mit grundsätzlich weniger Patientenaufkommen, gibt es die Ausnahmetatbestände in der

---

<sup>460</sup> *Gemeinsamer Bundesausschuss*: Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser.

<sup>461</sup> *Gemeinsamer Bundesausschuss*: Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser.

<sup>462</sup> *Daum* in Bergmann/Pauge/Steinmeyer: Nomos Kommentar Gesamtes Medizinrecht, § 136b SGB V, Rn. 8.

<sup>463</sup> *Bertelsmann Stiftung*: 40 Prozent der Kliniken operieren Patienten, ohne die Mindestmengen einzuhalten, S. 1.

<sup>464</sup> *Bertelsmann Stiftung*: 40 Prozent der Kliniken operieren Patienten, ohne die Mindestmengen einzuhalten, S. 2.

<sup>465</sup> S. o.: (C. III. 2. c) (2)).

<sup>466</sup> *Bertelsmann Stiftung*: 40 Prozent der Kliniken operieren Patienten, ohne die Mindestmengen einzuhalten, S. 2.

Mindestmengenvereinbarung (Anlage 2)<sup>467</sup> sowie die Möglichkeit zur Ausnahmeentscheidung durch die Krankenhausplanungsbehörde, § 136 b Abs. 5 SGB V.<sup>468</sup>

Als positive Entwicklung lässt sich in diesem Zusammenhang jedoch aufgreifen, dass der G-BA die Mindestmengenregelungen in den vergangenen Jahren noch einmal deutlich verschärft hat.<sup>469</sup>

Künftig muss aber dennoch mehr auf die Überprüfung der Qualitätsberichte und Mindestmengenangaben der Kliniken geachtet werden. Bei Zuwiderhandlungen müssen im Sinne des § 8 Abs. 4 S. 1 KHEntgG mindestens Abschläge von den Fallpauschalen oder von Zusatzentgelten vorgenommen werden<sup>470</sup>, die Vergütung von Verstößen gegen das Leistungsverbot, § 136 b Abs. 5 S. 1 SGB V, darf nicht die Regel werden. Es muss erreicht werden, dass die Kliniken die Kontrollinstanzen des G-BA und der Krankenhausplanungsbehörden in Zukunft ernster nehmen, durch Nicht-Auszahlung von Entgelten bei Verstößen gegen Vorgaben der Qualitätssicherung, sollte man diesem Problem schnell beikommen können und den Mindestmengenregelungen ihren eigentlichen Sinn zurückgeben.

Qualitätssicherung liegt nicht nur im Interesse der Krankenkassen, sondern auch im Interesse des Krankenträgers.<sup>471</sup> Projekte wie die „Weiße Liste“<sup>472</sup> aber vor allem der Bundes-Atlas-Klinik<sup>473</sup> bieten dank der zunehmenden Digitalisierung, hauptsächlich bei planbaren Eingriffen, die Möglichkeit sich als Patient vorab umfangreich über die Qualität der benötigten Behandlung in unterschiedlichen Krankenhäusern oder von Ärztinnen und Ärzten zu informieren. Solche Neuerungen spornen die Krankenhäuser zusätzlich zu mehr Qualitätsbewusstsein bei ihren Behandlungen an.

### (c) Relevanz der Mindestmengenregelung für Hochschulkliniken

Mindestmengenregelungen spielen eine bedeutende Rolle in der Krankenhausplanung.<sup>474</sup> Nur bei entsprechend umfangreichem und spezialisiertem Versorgungsauftrag kann es Krankenhäusern möglich sein, die Mindestmengenvorgaben zu erfüllen.

---

<sup>467</sup> *Gemeinsamer Bundesausschuss*: Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, Anlage 2.

<sup>468</sup> *Stollmann* in Huster/Kaltenborn: Krankenhausrecht, § 4, Rn. 163.

<sup>469</sup> *Gemeinsamer Bundesausschuss*: Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser.

<sup>470</sup> *Vollmöller* in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, § 8 KHEntgG, Rn. 20.

<sup>471</sup> *Neumann*: Die externe Qualitätssicherung im Krankenhausrecht, S. 34.

<sup>472</sup> Ein unabhängiges Internetportal, erschaffen von der Bertelsmann Stiftung in Zusammenarbeit mit den Dachverbänden großer Verbraucher- und Patientenorganisationen, zur Orientierung bei der Suche nach geeigneten und bestmöglichen Ärzten, Krankenhäusern und Pflegeheimen (<https://www.weisse-liste.de/>).

<sup>473</sup> <https://bundes-klinik-atlas.de/>.

<sup>474</sup> *Stollmann* in Huster/Kaltenborn: Krankenhausrecht, § 4, Rn. 160.

Da die Mindestmengenvorgaben stetig angehoben werden, folgt zwangsläufig die Schließung kleinerer Stationen, welche sich nur aufgrund solcher Eingriffe amortisieren konnten, oder der Wegfall einzelner Behandlungsangebote, wenn die Mindestmengen nicht mehr erfüllt werden können.

Dies führt unweigerlich zu einem gewissen Konkurrenzdruck unter Krankenhäusern. Es wird ein Zusammenhang in der Form erwartet, dass der Umfang des Versorgungsauftrags sich auf die Chancen der Einhaltung der Mindestmengen auswirkt.

Um dem Konkurrenzdruck standhalten zu können, erscheint es möglich, dass auch einige Krankenhäuser im Hochschulbetrieb auf die Idee kommen könnten, über die Geltendmachung eines Anspruchs auf Selbstvorgabe ihrer Versorgungsaufträge, zu versuchen, ihre Fallzahlen durch Fachbereichsausweitung und Bettenaufstockung künftig zu sichern.

Selbstverständlich sind Hochschulkliniken nicht bevorzugt betroffen, immerhin sind fixe Mindestmengen zunächst ein Vorteil für größere Krankenhäuser mit umfangreichem Behandlungsangebot, wozu Hochschulkliniken als Maximalversorger regelmäßig zählen.

Da in vielen Bundesländern aber eine Verteilung der Betten auf Fachbereiche höchsteigene Aufgabe der Krankenhäuser ist, bleibt es mitunter nicht aus, dass ein Plankrankenhaus oder eine andere Hochschulklinik durch entsprechende Aufstockung der Betten, soweit Fälle in einer Region abgreifen, dass selbst ein Universitätsklinikum am Ende nicht mehr genügend Fälle bei sich versammeln kann, um die Mindestmengenvorgaben zu erfüllen.

Außerdem sind die regionalen Besonderheiten zu beachten. Befindet sich ein Universitätsklinikum in einer Umgebung mit wenigen weiteren Versorgern, insbesondere Fachkrankenhäusern, so leistet das Universitätsklinikum womöglich eine Vielzahl an kleineren und einfacheren Behandlungen, welche nicht zwingend von einem Maximalversorger erbracht werden müssten. Gerade für hochspezialisierte Eingriffe wie diejenigen, für welche die Mindestmengen geschaffen wurden, bleibt dann womöglich zu wenig Zeit.

Dies dürfte jedoch die Ausnahme, und auch nur bei verhältnismäßig kleinen Universitätskliniken in der Umgebung großer „konkurrierender“ Maximalversorger oder viel zu geringer Übernahme von leichteren bis mittleren Fällen durch Grundversorger oder Schwerpunktversorgung, der Fall sein. Im Regelfall werden die Mindestmengenvorgaben des G-BA vordergründig dazu führen, dass sich bei Universitätskliniken als besonders spezialisierten und routinierten Spezialversorgern die Behandlungen und Operationen mit Mindestmengenvorgaben bündeln.

#### (4) Transplantationszentren

Einige Besonderheiten gibt es zudem bei der Zulassung als Transplantationszentrum.

Der Begrenztheit an Ressourcen muss durch Priorisierung begegnet werden. Das trifft nicht nur auf Transplantate/Organe, sondern auch auf Transplantationszentren zu. Nicht zuletzt entsteht fachliche Kompetenz durch regelmäßige Anwendung.<sup>475</sup>

Auch bei Transplantationen greifen regelmäßig Mindestmengenregelungen des G-BA. So stehen beispielsweise Leber- und Nierentransplantationen ganz vorn im Katalog der Prozeduren und Leistungen unter diesem numerischen Vorbehalt.<sup>476</sup>

In Bayern werden nach Abschnitt H des Krankenhausplanes Transplantationszentren an den Universitätskliniken geschaffen.<sup>477</sup> Auch in anderen Bundesländern erfolgt die Auszeichnung der Transplantationszentren nach § 10 Abs. 1 S. 1 Transplantationsgesetz (TPG) in den Krankenhausplänen und betrifft vorwiegend Hochschulkliniken. Es handelt sich hierbei um eine gesonderte krankenhauserische Entscheidung.<sup>478</sup>

Nach § 10 Abs. 1 S. 1 TPG sind Transplantationszentren Krankenhäuser oder Einrichtungen an Krankenhäusern, die nach § 108 SGB V oder nach anderen gesetzlichen Bestimmungen für die Übertragung von Organen verstorbener Spender sowie für die Entnahme und Übertragung von Organen lebender Spender zugelassen sind. Weiter müssen die Transplantationszentren nach § 10 Abs. 1 S. 2 TPG Schwerpunkte für die Übertragung dieser Organe bilden, um eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung zu gewährleisten und die erforderliche Qualität der Organübertragung zu sichern. Folglich müssen auch Transplantationszentren aufgrund einer bewussten, eindeutigen und ausdrücklichen Entscheidung der Landeskrankenhauserplanungsbehörde in den Krankenhausplan aufgenommen werden.<sup>479</sup> Für die Aufnahme in den Krankenhausplan ist der Feststellungsbescheid relevant. Ein solcher wird in Bayern an Universitätskliniken nicht erteilt. In Art. 5 S. 3 BayAGTPG wird festgehalten, dass, soweit die Zulassungen von Universitätskliniken betroffen sind, die Entscheidung über die Zulassung im Einvernehmen mit dem Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst getroffen werden muss.

In jedem Fall ergibt sich die Zulassung zum Transplantationszentrum nicht aus der landesrechtlichen Anerkennung direkt.<sup>480</sup> Die Zulassung als Transplantationszentrum ist nicht gleich dem Abschluss eines Versorgungsvertrages zu sehen, diese kann nicht fingiert und dann

---

<sup>475</sup> Wiedeck: Priorisierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, S. 1.

<sup>476</sup> *Gemeinsamer Bundesausschuss*: Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, Anlage 1.

<sup>477</sup> *BayStMGP*: Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2024, S. 239.

<sup>478</sup> *SMS Sachsen*: Krankenhausplan des Freistaates Sachsen 2024, S. 38.

<sup>479</sup> BVerwG, Urteil vom 13.09.2001 – 3 C 41/00; *Spickhoff/Scholz/Middel* in *Spickhoff Medizinrecht*, § 10 TPG, Rn. 2; VG Sigmaringen, Urteil vom 19.03.2003 – 1 K 558/01.

<sup>480</sup> VG Dresden, Urteil vom 05.04.2016 – 7 K 2658/14, S. 30.

im Sinne eines Versorgungsauftrags ausgestaltet werden. Gleichwohl erfordert auch die Entscheidung über die Zulassung zum Transplantationszentrum bei Universitätskliniken die besondere Berücksichtigung der Belange von Forschung und Lehre. So ist auch der Art. 5 S. 3 BayAGTPG zu verstehen, welcher eine Entscheidung im Einvernehmen mit dem Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst fordert. Gerade aufgrund des Organmangels verlangt die gesellschaftliche Situation nach universitärer Forschung auf dem Gebiet, „um die bestehenden Konzepte zu hinterfragen und weiterzuentwickeln“.<sup>481</sup>

Die Mindestmengen für Transplantationen pro Standort eines Krankenhauses nach § 10 TPG können folglich nur von Transplantationszentren mit der Zulassung zu organspezifischen Transplantationsprogrammen erfüllt werden. Da hier gerade explizit eine Zulassungsentscheidung der Landeskrankenhausplanungsbehörde, auch bei Universitätskliniken notwendig erscheint, kann die Zulassung als Transplantationszentrum und damit auch die Mindestmengen ein Konkurrenzproblem gleichsam für Universitätskliniken schaffen.<sup>482</sup> Je weniger Organe es gibt, desto geringer wird die Anzahl an zugelassenen Transplantationszentren, da diese sonst die Mindestmengen nicht mehr erfüllen könnten.

In Bayern sind ohnehin ausschließlich an Universitätskliniken Transplantationszentren zugelassen und entsprechende Schwerpunkte errichtet worden<sup>483</sup>, sodass von einer Beachtung der universitären Belange in Forschung und Lehre grundsätzlich ausgegangen werden kann. Zu hinterfragen wäre noch, ob dabei die Belange aller Universitätskliniken gleichermaßen berücksichtigt wurden, denn es müssen nicht allgemein die Belange von Forschung und Lehre beachtet werden, sondern jeweils die des zulassungsbegehrenden Universitätsklinikums. Außerdem findet eine Zulassung nach Organen statt sodass auch hier zumindest ein Anreiz bei Universitätskliniken entstehen könnte, ihre Versorgungsaufträge mit Blick auf die organspezifischen Zulassungen so zu wählen, dass auch die Zulassung als Transplantationszentrum für das betreffende Organ naheliegt. Wird beispielsweise an einem Standort vermehrt im onkologischen, gastroenterologischen und hepatologischen Bereich geforscht und auch daran ausgerichtet Krankenversorgung betrieben, so erscheint die Zulassung, als Transplantationszentrum für das Organ Leber näherzuliegen, als wenn diese Bereiche keine Schwerpunkte in der Versorgung und Forschung eines Universitätsklinikums darstellen.

Es bleibt für (Mindestmengen in) Transplantationszentren und der Auswirkung dieser auf die Ausgestaltung des Versorgungsauftrags von Hochschulkliniken festzuhalten, dass man auch für diesen betrachteten Faktor mittelbare Beeinflussungen ausmachen konnte. Die Zulassung zum

---

<sup>481</sup> So der Vortrag der Klägerin in VG Dresden, Urteil vom 05.04.2016 – 7 K 2658/14, S. 8.

<sup>482</sup> VG Sigmaringen, Urteil vom 19.03.2003 – 1 K 558/01; *Leuschner* in MedR 2003: Zulassung eines Universitätsklinikums als Transplantationszentrum nach dem Transplantationsgesetz, S. 696 f.

<sup>483</sup> *BayStMGP*: Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2024, S. 239.

Transplantationszentrum folgt anders als der Abschluss eines Versorgungsvertrages, wegen der Voraussetzungen des § 10 Abs. 1 TPG, nicht direkt aus der landesrechtlichen Anerkennung. In Bayern ist bei dieser bewussten, eindeutigen und ausdrücklichen Entscheidung der Krankenhausplanungsbehörde auch das Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst als Träger der Hochschulkliniken einvernehmlich zu beteiligen, sofern es um die Zulassung von Hochschulkliniken geht. Hier hat folglich die Krankenhausplanungsbehörde Einfluss auf die Versorgungsaufträge der Universitätskliniken. Das Zulassungserfordernis nach § 10 TPG, die Mindestmengen des G-BA und insbesondere die Organknappheit machen eine restriktive Zulassung von Transplantationszentren und die Bündelung in einigen wenigen Kompetenzzentren auf diesem Gebiet notwendig.

c) Der Einfluss des Vergütungssystems für Krankenhausleistungen auf den Versorgungsauftrag von Universitätskliniken

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Einflüsse des Vergütungssystems auf die Versorgungsaufträge von Hochschulkliniken nicht zu unterschätzen ist.

Auch Universitätskliniken sind darauf angewiesen, ihre Kosten für Krankenversorgungsleistungen zu decken. Sofern eine Fallpauschale oder ein Zusatzentgelt besteht, kann ein Universitätsklinikum die erbrachten Leistungen auch abrechnen. Die wichtigste Beeinflussung, die an dieser Stelle gegeben sein kann, ist die Festlegung des jährlichen Fallpauschalenkatalogs durch das InEK.<sup>484</sup> Diese Festlegung hat Auswirkungen darauf, welche Krankenhausleistungen sachgerecht vergütet werden können und welche nicht. Gerade für innovativere Disziplinen oder Fachbereiche, bei denen sich die neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse überschlagen, kann das von großer Bedeutung sein, denn es ist natürlich der einfachste Weg, Krankenversorgungsleistungen direkt über die Fallpauschale mit der Krankenkasse abzurechnen.

Spannend wird es bei NUB. Hier ist gerade noch keine Fallpauschale für die Behandlungsmethode festgeschrieben, sodass die Möglichkeit besteht, ein sonstiges Entgelt im Sinne des § 6 Abs. 2 KHEntgG zu vereinbaren. Dies ist eine herausragende Möglichkeit für Universitätskliniken, der Gesetzgeber behält damit den medizinischen Fortschritt auch in der Krankenversorgung der gesetzlich Versicherten im Blick. Problematisch daran ist jedoch, dass die Geltendmachung eines solchen Entgeltes aufwendig ist und die sonstige Durchführbarkeit als Krankenversorgungsleistung mangels Kostendeckung weitestgehend unmöglich macht. Die Verweigerung der NUB-Finanzierung durch die Krankenkassen führt zu Einschränkungen der Universitätskliniken, wenn es um die Ausgestaltung ihrer Versorgungsaufträge geht, denn wenn die durch Forschung entwickelten neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mangels Kostendeckung nicht in der Krankenversorgung angewandt werden können, schränkt, dies die an Forschung und Lehre ausgerichtete Krankenversorgung eines Universitätsklinikums ein. Die Bewertungen oder Stellungnahmen des G-BA oder eine abweichende Beratung des MD aber auch die Beurteilungen des InEK können Einfluss auf die angebotenen Versorgungsleitungen eines Universitätsklinikums haben, denn die Abrechenbarkeit spielt für

---

<sup>484</sup> S.o.: [C. III. 3. b) (2) (b)].

Universitätskliniken bei der Ausgestaltung ihrer Versorgungsaufträge eine ganz wesentliche Rolle.<sup>485</sup>

Ein mittelbar beeinflussender Faktor im Vergütungssystem der Krankenhausleistungen sind außerdem die Mindestmengenregelungen des G-BA. Auch hier wurden limitierende Fakten geschaffen, die die Abrechenbarkeit einer Leistung an eine quantitative Mindestmenge knüpfen. Es bleibt mitunter nicht aus, dass auch Universitätskliniken Behandlungen nicht mehr anbieten können, weil sie die vom G-BA geforderte Mindestmenge nicht erfüllen. Dies kann verschiedene Gründe haben, die beispielsweise aus der das Universitätsklinikum umgebende Krankenhauslandschaft (zu wenig Grund- und Schwerpunktversorger/ zu viele konkurrierende Maximalversorger) herrühren. Aber auch die Größe des Universitätsklinikums selbst, sowie fachliche Schwerpunktausrichtung können hier Faktoren darstellen. Es ist nicht ausgeschlossen, dass Universitätskliniken ihre Versorgungsaufträge und damit auch ihre Versorgungsschwerpunkte (insb. ihre Bedarfe an Bettenkapazitäten) derart ausgestalten, dass sie genügend Patienten mit entsprechenden Krankheitsbildern akquirieren, um eine ausreichende Anzahl der durch Mindestmengen beschränkten Behandlungen und Verfahren zu bekommen, um diese auch in Zukunft weiterhin durchführen zu dürfen.

Zuletzt hat auch das Verfahren zur Zulassung als Transplantationszentrum, sowie die hiermit ebenfalls einhergehenden Mindestmengenregelungen, Einfluss auf die Hochschulkliniken bei der Ausgestaltung ihrer Versorgungsaufträge. Die Zulassung erfolgt gesondert und erfordert eine bewusste, eindeutige und ausdrückliche Entscheidung der Krankenhausplanungsbehörde, im Einvernehmen mit dem Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst, Art. 5 S. 3 BayAGTPG.<sup>486</sup> Folglich hat für diesen Fall die Krankenhausplanungsbehörde einen direkten Einfluss darauf, ob ein Universitätsklinikum die Zulassung als Transplantationszentrum erhält. Das kann in der Folge auch die inhaltliche Ausgestaltung des Versorgungsauftrags eines Universitätsklinikums beeinflussen.<sup>487</sup>

#### **IV. Die Einbeziehung der Hochschulkliniken in die Krankenhausplanung**

Zusammenfassend lässt sich zu Forschungsfrage 1 festhalten, dass Universitätskliniken nur sehr begrenzt der allgemeinen Krankenhausplanung unterliegen. Eine Ausnahme bildet etwa die Zulassung als Transplantationszentrum, bei welcher auch Hochschulkliniken aufgrund einer bewussten, eindeutigen und ausdrücklichen Entscheidung der Landeskrankenhausplanungsbehörde in den Krankenhausplan aufgenommen werden.<sup>488</sup>

---

<sup>485</sup> S. o.: [C. III. 3. b) (2).]

<sup>486</sup> S. o.: [C. III. 3. b) (4)].

<sup>487</sup> <sup>487</sup> S. o.: [C. III. 3. b) (4)].

<sup>488</sup> S.o.: [C. III. 3. b) (4)].

Zwar sind sie unter Berücksichtigung ihrer Aufgaben in Forschung und Lehre in die Krankenhauspläne der Länder aufzunehmen, der Krankenhausplan zieht aber im Grunde die „autonom“ durch die Hochschulkliniken getroffenen Planungsentscheidungen bezüglich ihres Versorgungsauftrags nur nach.<sup>489</sup>

Der Bedarf und die Bettenkapazitäten von Hochschulkliniken werden nicht im Rahmen der allgemeinen Krankenhausplanung ermittelt und zugewiesen. Sie werden von der Krankenhausplanungsbehörde jedoch im Rahmen der Bedarfsanalyse als Schritt 2 der Stufe 1 der allgemeinen Krankenhausplanung berücksichtigt und im Anhang des Krankenhausplanes ausgewiesen.<sup>490</sup>

Das Merkmal „autonom“ ist dabei natürlich nur so weit zu verstehen, als der Versorgungsauftrag nicht, insb. durch den Einfluss von Wissenschaft, Forschung und Lehre<sup>491</sup> sowie die Einflussmöglichkeiten der Krankenkassenverbände<sup>492</sup> und den Einflussmöglichkeiten durch das Vergütungssystem für Krankenhausleistungen<sup>493</sup> bedingt wird. Zwar obliegt den Universitätskliniken die inhaltliche Ausfüllung ihres Versorgungsauftrags, sie sehen sich aber faktischen, insb. die Finanzierung betreffenden Einflüssen ausgesetzt.<sup>494</sup>

---

<sup>489</sup> *Vollmöller* in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, § 8 KHEntgG, Rn.15; s.o.: [C. II.].

<sup>490</sup> *BayStMGP*: Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2024, S. 301; s.o.: [C. II. 2.].

<sup>491</sup> S.o.: [C. III. 1.].

<sup>492</sup> S.o.: [C. III. 2.].

<sup>493</sup> S.o.: [C. III. 3.].

<sup>494</sup> S.o.: [C. III.].

## **D. Drittes Kapitel - Beteiligung der Hochschulkliniken an Auswahlentscheidungen in der Krankenhausplanung (Forschungsfrage 2)**

Im Grunde planen Hochschulkliniken unabhängig von anderen Krankenhäusern im Rahmen der Hochschulklinikplanung. Diese Planung wird in der Folge von den Planungsbehörden im allgemeinen Krankenhausplan berücksichtigt. Hochschulkliniken haben durch ihre höhere Eigenverantwortlichkeit bei der Ausgestaltung ihrer Versorgungsaufträge eine stärker mitgestaltende Wirkung als andere Kliniken.

Allerdings erscheint es fragwürdig, ob sich Hochschulkliniken, wenn diese ihren Versorgungsvertrag direkt aus dem Gesetz<sup>495</sup> erhalten, überhaupt um ihren Versorgungsauftrag in ähnlichem Sinne wie Plankrankenhäuser oder nachrangige Vertragskrankenhäuser (auf Abschluss eines Versorgungsvertrages) „bewerben“ können.

Geht man davon aus, dass sich Hochschulkliniken ihren Versorgungsauftrag selbst ausgestalten, so könnten sie darüber auch den Planungsbehörden ihre Kapazitäten diktieren und das wiederum könnte zur Folge haben, dass objektiv besser geeignete Plan- oder Vertragskrankenhäuser aufgrund eines gedeckten Planungsbedarfs durch die Hochschulkliniken, trotzdem keine Chance auf Planaufnahme haben. Hochschulkliniken würden dann also einen Versorgungsauftrag ausüben oder begehren, auf welchen ein anderes (Plan-)Krankenhaus (möglicherweise berechtigten) Anspruch erhebt.

Dieser Umstand könnte auch einen Anreiz für wettbewerbsverzerrendes Verhalten befürchten lassen.

Trotzdem fordern nicht nur die Hochschulkliniken selbst<sup>496</sup>, sondern auch Vereinigungen wie der Marburger Bund<sup>497</sup> oder aber auch die Politik<sup>498</sup> teilweise sogar eine noch umfassendere Beteiligung der Hochschulkliniken an der Krankenhausplanung, die zukünftig möglicherweise sogar durch eine Zentralisierung der Krankenhausplanung rund um die Hochschulkliniken umgesetzt werden könnte.

Einen wichtigen Hinweis für den Grund dieser Reformvorschläge und für dahin gehende Forderungen könnte die Behandlung der Universitätskliniken bei Auswahlentscheidungen liefern.

---

<sup>495</sup> § 109 Abs. 1 S. 2 SGB V und landesrechtlicher Anerkennung.

<sup>496</sup> *Deutsche Hochschulmedizin e.V.*: Im Zeichen der Universitätsmedizin: Deutsche Hochschulmedizin legt Agenda für die kommende Legislaturperiode vor.

<sup>497</sup> *Marburger Bund*: Zukunft der Krankenhausversorgung aus ärztlicher Sicht, S. 1.

<sup>498</sup> *BMG*: Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission, S. 12.

## **I. Hochschulkliniken in der Krankenhausplanung**

Es bleibt dementsprechend zu klären, in welcher Form Universitätskliniken zum jetzigen Zeitpunkt bei Auswahlentscheidungen in der Krankenhausplanung beteiligt werden (können).

Hochschulkliniken bewerben sich möglicherweise nicht mit Plan- und Vertragskrankenhäusern um ihre Versorgungsaufträge oder -verträge. Sie bekommen ihre Versorgungsverträge kraft gesetzlicher Fiktion, § 109 Abs. 1 S. 2 SGB V, mit ihrer landesrechtlichen Anerkennung und die Ausgestaltung der Versorgungsaufträge obliegt ihnen weitestgehend selbst.

Vor diesem Hintergrund scheint es möglich, dass Hochschulkliniken auch einer Auswahlentscheidung der Planungsbehörden nicht unterworfen sind. Die Hochschulklinikplanung ist zunächst nicht Teil des planungsrechtlichen Auswahlverfahrens, vielmehr ergänzt die allgemeine Krankenhausplanung, auf erster Stufe, die zu berücksichtigenden Kapazitäten der Hochschulkliniken bis hin zur Bedarfsdeckung mit einer Auswahl geeigneter Plankrankenhäuser und nachrangiger Vertragskrankenhäuser. Der allgemeine Krankenhausplan vollzieht im Rahmen der Bedarfsanalyse bekanntermaßen die, im oben festgehaltenen Rahmen, selbst ausgestalteten, Versorgungsaufträge der Hochschulkliniken anschließend lediglich nach.<sup>499</sup>

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Gewährleistung der bestmöglichen Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.<sup>500</sup> Eigentlich sollen also immer die „am besten geeigneten“ Krankenhäuser in den Krankenhausplan aufgenommen werden.

### **1. Regelfall: Auswahlentscheidungen unter Plankrankenhäusern**

Um abschließend erläutern zu können, wie Hochschulkliniken die Auswahlentscheidungen in der Krankenhausplanung beeinflussen können, betrachtet man am besten zunächst die Rechtslage bei Auswahlentscheidungen unter Plankrankenhäusern (und den nachrangigen Vertragskrankenhäusern). Im Gegensatz zur Rechtslage bei den Hochschulkliniken finden sich hierzu nämlich gesetzliche Regelungen im KHG (und im SGB V).

Im Rahmen der allgemeinen Krankenhausplanung gibt § 8 Abs. 2 S. 2 KHG für Plankrankenhäuser vor:

*„Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern entscheidet die zuständige Landesbehörde unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der*

---

<sup>499</sup> S. o.: [C. II. 2.].

<sup>500</sup> BayStMG: Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2024, S. 5.

*Krankenhausträger nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht wird“.*

Die erste Stufe der Krankenhausplanung läuft nach vier Verfahrensschritten ab<sup>501</sup>: Krankenhauszielplanung, Bedarfsanalyse, Krankenhausanalyse und Versorgungsentscheidung.<sup>502</sup>

Die Krankenhausplanungsbehörde legt die übergeordneten Planungsziele fest, ermittelt den Bedarf (unter Einbeziehung der abgeschlossenen Hochschulklinikplanung) und stellt diesen dem vorhandenen Angebot an Plankrankenhäusern gegenüber.<sup>503</sup> Anschließend können konkrete Versorgungsentscheidungen ergehen.

Ein antragstellendes Krankenhaus ist in den Krankenhausplan aufzunehmen, soweit der Bedarf bisher nicht von anderen Krankenhäusern gedeckt wird.<sup>504</sup>

Überdies wird verlangt, dass das bestmögliche Krankenhaus ausgewählt wird, die Vielfalt der Träger Berücksichtigung findet, sowie die wirtschaftliche Sicherstellung gemeinnütziger und privater Träger in der Krankenhausplanung konsequent umgesetzt wird.<sup>505</sup> Eine Aufnahme ist daher auch möglich, wenn ein Krankenhaus neben oder anstelle eines anderen Krankenhauses geeigneter wäre, den (fiktiven) Bedarf zu decken.<sup>506</sup> Ansonsten könnten nur neue Krankenhäuser / Kapazitäten aufgenommen werden, die zusätzlich notwendig sind, nicht aber statt eines bereits vorhandenen Krankenhauses.<sup>507</sup>

Ziel der Krankenhausplanung ist es nicht, einigen Plankrankenhäusern ihren Status quo zu sichern, sondern vielmehr auch, eine stetige Weiterentwicklung zu ermöglichen. Krankenhausplanung sollte daher auch Einsparungen fördern und gewährleisten, sodass bei der Planung vermehrt auf Wirtschaftlichkeit geachtet werden muss.<sup>508</sup>

## **2. Die Rolle von Vertragskrankenhäusern bei Auswahlentscheidungen**

Abschließend werden neben Plankrankenhäusern für den übrigen Bedarf, § 109 Abs. 3 S. 1 Nr. 3 SGB V Versorgungsverträge mit Vertragskrankenhäusern erwogen und in einer Auswahlentscheidung nach § 109 Abs. 2 S. 2 SGB V:

*„Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren geeigneten Krankenhäusern, die sich um den Abschluss eines Versorgungsvertrags bewerben, entscheiden die Landesverbände der*

---

<sup>501</sup> S. o.: (B. I. 2. b)).

<sup>502</sup> Stollmann in Huster/Kaltenborn: Krankenhausrecht, § 4, Rn. 11.

<sup>503</sup> Beume: Bundesverwaltungsgericht: Krankenhauspläne auf dem Prüfstand.

<sup>504</sup> Beume: Bundesverwaltungsgericht: Krankenhauspläne auf dem Prüfstand.

<sup>505</sup> BVerfG, Beschluss vom 04.03.2004 – 1 BvR 88/00; NJW 2004/1648 ff.

<sup>506</sup> BVerfG, Beschluss vom 04.03.2004 – 1 BvR 88/00; NJW 2004/1648 ff.

<sup>507</sup> BVerfG, Beschluss vom 04.03.2004 – 1 BvR 88/00; NJW 2004/1648 ff.

<sup>508</sup> Dettling in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, § 1 KHG, Rn. 120.

*Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenhausträger nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Erfordernissen einer qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten sowie leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhausbehandlung am besten gerecht wird.“*

gegenübergestellt.

Diese Gegenüberstellung nach § 109 Abs. 2 S. 2 SGB V erfolgt zwar aus verwandten Erwägungen wie die Auswahlentscheidung nach § 8 Abs. 2 S. 2 KHG<sup>509</sup> diese wird jedoch von einer anderen Stelle getroffen. In § 109 Abs. 2 S. 2 SGB V entscheiden die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen darüber, wer den Anforderungen am besten gerecht wird und schließen mit diesem Krankenhausträger einen Versorgungsvertrag.

Das Instrument des Versorgungsvertrages nach § 108 Nr. 3 ist gegenüber der Krankenhausplanung als subsidiär zu betrachten.<sup>510</sup> Das bedeutet, die Auswahlentscheidung nach dem KHG ist vorrangig. Es bedeutet aber auch, dass ein echter Versorgungsvertrag über (Betten)Kapazitäten eines Krankenhauses durch einen fiktiven Versorgungsvertrag ersetzt wird, wenn und soweit das Krankenhaus mit seinen Kapazitäten in den Krankenhausplan aufgenommen wird.<sup>511</sup>

Grundsätzlich ist es Aufgabe der Planungsbehörde, „bedarfsgerecht“ zu planen.

Das bedeutet, wenn ein Krankenhausplan durch einen Versorgungsvertrag ergänzt werden muss, besteht Anlass für die zuständige Landesbehörde, einen Antrag des betreffenden Krankenhauses auf Planaufnahme besonders sorgfältig zu prüfen, denn es bestand aus Sicht der Kassen offenbar der Bedarf einer Ergänzung.<sup>512</sup> Das soll aber nicht bedeutet, dass daraus eine versteckte Pflicht der Planungsbehörde resultiert, das Vertragskrankenhaus in den Krankenhausplan aufzunehmen. Vielmehr ist es umgekehrt so, dass wenn die Planungsbehörde den Antrag eines solchen Krankenhauses auf Aufnahme in den Plan dann ablehnt, weil nach ihrer Einschätzung die gesetzlichen Voraussetzungen nicht vorliegen, nunmehr Anlass für die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen besteht zu prüfen, ob der Versorgungsvertrag nach § SGB\_V § 110 Abs. SGB\_V § 110 Absatz 1 Satz 1 SGB V nicht wieder gekündigt werden sollte.<sup>513</sup>

---

<sup>509</sup> BVerwG, Urteil vom 14.04.2011 – 3 C 17.10 Rn. 19 ff.

<sup>510</sup> BVerwG, Urteil vom 14.04.2011 – 3 C 17.10 Rn. 29.

<sup>511</sup> *Plagemann* in Fachdienst Sozialversicherungsrecht 2023, 456303: Die Kündigung eines Versorgungsvertrages nach § 110 SGB V erfolgt nicht in der Form eines Verwaltungsaktes, sondern durch einseitige öffentlich-rechtliche Willenserklärung.

<sup>512</sup> BVerwG, Urteil vom 14.04.2011 – 3 C 17.10 Rn. 21.

<sup>513</sup> BVerwG, Urteil vom 14.04.2011 – 3 C 17.10 Rn. 21.

Auch bei Vertragskrankenhäusern bleibt es dabei, dass sie einen Anspruch auf Feststellung der Aufnahme ihrer Betten in den Krankenhausplan nur dann geltend machen können, wenn von der Landesplanungsbehörde festgestellt wurde, dass sie sie bedarfsgerecht und leistungsfähig sind, wirtschaftlich arbeiten und wenn eine Auswahlentscheidung unter mehreren geeigneten Krankenhäusern nicht notwendig ist.<sup>514</sup>

Es kann folglich nichts an der Planaufnahmeentscheidung ändern, ob ein Krankenhaus bereits einen Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 3 SGB V abgeschlossen hatte oder nicht, vielmehr müssen die Voraussetzungen geprüft und jedes Krankenhaus so behandelt werden, als hätte es einen Antrag auf Planaufnahme gestellt. Der Versorgungsvertrag darf keine Präjudiz-Wirkung haben.<sup>515</sup>

Für die Auswahlentscheidungen nach § 8 Abs. 2 S. 2 KHG spielen Vertragskrankenhäuser (außer sie streben eine Planaufnahme an) keine Rolle. Vertragskrankenhäuser können insoweit nur einen Bedarf für sich in Anspruch nehmen, der nicht bereits durch Plankrankenhäuser gedeckt ist. Sollten Vertragskrankenhäuser jedoch eine Aufnahme begehren, so dürfen Sie auch nicht schlechter gestellt werden; diese Subsidiarität darf aber nicht zur Folge haben, dass sie als weniger wertig betrachtet werden können oder gar von der Planungsbehörde unberücksichtigt bleiben dürfen.<sup>516</sup>

### **3. Auswahlentscheidungen als Teil der ersten Stufe der Krankenhausplanung**

Die Krankenhausplanung auf erster Stufe (Aufstellung und Fortschreibung der Krankenhauspläne) hat weder Rechtsnorm- noch Verwaltungsaktcharakter. Als Verwaltungsinternum entfaltet sie keine Rechtswirkung nach außen<sup>517</sup> und ist infolgedessen auch ihrerseits nicht justiziabel.<sup>518</sup>

Eine konkrete Entscheidung ergeht bei Plankrankenhäusern erst im Zuge der zweiten Stufe durch Erteilung eines Feststellungsbescheides<sup>519</sup> mit Verwaltungsaktqualität, Art. 35 BayVwVfG/§ 35 VwVfG.<sup>520</sup> Bei einer Entscheidung nach § 8 Abs. 2 S. 1 KHG kommt der Behörde ein Beurteilungsermessen zu.<sup>521</sup>

Gegebenenfalls wird auf der zweiten Stufe anschließend mit Vertragskrankenhäusern ein Versorgungsvertrag, mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen als öffentlich-rechtlicher Vertrag geschlossen.<sup>522</sup>

---

<sup>514</sup> BVerwG, Urteil vom 14.04.2011 – 3 C 17.10 Rn. 23.

<sup>515</sup> BVerwG, Urteil vom 14.04.2011 – 3 C 17.10 Rn. 29.

<sup>516</sup> BVerwG, Urteil vom 14.04.2011 – 3 C 17.10 Rn. 29.

<sup>517</sup> S. o.: (B. I. 4.).

<sup>518</sup> Halbe/Orlowski in Münchner Anwaltshandbuch Medizinrecht, § 13, Rn. 123 ff.;

<sup>519</sup> S. o.: (B. I. 2. b)).

<sup>520</sup> Halbe/Orlowski in Münchner Anwaltshandbuch Medizinrecht, § 13, Rn. 126.

<sup>521</sup> BVerwG, Urteil vom 25.07.1985 – 3 C 25.84.

<sup>522</sup> BSG, Urteil vom 29.05.1996 – 3 RK 23/95.

Die Auswahlentscheidungen unter Plan- und Vertragskrankenhäusern finden auf der ersten Stufe der Krankenhausplanung im Zuge der Schritte 3 (Krankenhausanalyse) und 4 (Versorgungsentscheidung) statt.

Universitätskliniken planen jedoch eigenständig im Rahmen der Hochschulklinikplanung und werden in Schritt 2 (möglicherweise bereits abschließend) in die allgemeine Krankenhausplanung aufgenommen.

### Einordnung:

**Stufe 1:** grundlegende Planung in vier Schritten

- Schritt 1: Krankenhauszielplanung
- Schritt 2: Bedarfsanalyse
- Schritt 3: Krankenhausanalyse
- Schritt 4: Versorgungsentscheidung



**Stufe 2:** Vollziehende Aufnahme in den Krankenhausplan

Das würde aber auch bedeuten, dass Universitätskliniken bei einer Krankenhausauswahl in den letzten beiden Schritten nicht berücksichtigt werden können.

Möglicherweise geht die Sonderrolle der Universitätskliniken in der allgemeinen Krankenhausplanung daher so weit, dass sie sich nicht nur ihren Versorgungsauftrag selbst ausgestalten, sondern dass dieser im Anschluss bzw. bei der Ausgestaltung auch nicht mit anderen (Plan)Krankenhäusern abgestimmt werden muss.

Folglich bleibt zu klären, ob die Einbeziehung der Hochschulkliniken in die Krankenhausplanung bei der Bedarfsanalyse (Schritt 2) in der Folge auch dazu führt, dass Hochschulkliniken die restliche Stufe 1 der Krankenhausplanung gewissermaßen gemeinsam mit den Plankrankenhäusern durchlaufen oder ob dies tatsächlich zur Folge hat, dass die Versorgungsaufträge der Hochschulkliniken im weiteren Verlauf der Krankenhausplanung nicht mehr zur Disposition stehen.

## **4. Auswirkungen der Rahmenplanung auf Auswahlentscheidungen**

In den meisten Bundesländern erfolgt die Krankenhausplanung in der Form der sogenannten Rahmenplanung.<sup>523</sup> Bei der Betrachtung von Auswahlentscheidungen in der Krankenhausplanung müssen die Besonderheiten der Rahmenplanung aufgegriffen werden. Diese Art der Planung ist nämlich dadurch gekennzeichnet, dass die Krankenhausplanungsbehörde den Krankenhäusern möglichst wenig Vorgaben macht und

<sup>523</sup> S. o.: (C. III. 4. a) (3)).

diese in großem Umfang selbst für die Bettenverteilungsplanung in ihrem eigenen Klinikum verantwortlich sind. Das erschwert aber möglicherweise auch Auswahlentscheidungen zwischen den einzelnen (Plan)Krankenhäusern, da die Krankenhausanalyse zur Bedarfsplanung womöglich weit mehr Angaben erforderlich macht als lediglich die Gesamtbettenzahl eines Klinikums zu kennen.

a) Unmöglichkeit einer Auswahlentscheidung bei Rahmenplanung

Denkbar wäre es, bei der Unmöglichkeit einer Auswahlentscheidung, aufgrund unzulänglicher Planung, einen Planaufnahmeanspruch des beantragenden Plankrankenhauses anzunehmen.<sup>524</sup> Das OVG Bautzen hat im Jahr 2018 eine Berufung auf ein Urteil des VG Dresden<sup>525</sup> unter anderem mit genau dieser Begründung abgewiesen.<sup>526</sup>

Eine Unmöglichkeit der Auswahlentscheidung wurde in diesem Fall insbesondere angenommen, da der Krankenhausplan in Sachsen lediglich Aussagen zu den Gesamtbettenzahlen pro Krankenhaus trifft (Rahmenplanung), nicht aber Angaben zu fachbereichsspezifischen Bettenzahlen enthält.<sup>527</sup>

Es handelt sich um den klassischen Fall einer Rahmenplanung, wie sie auch im Freistaat Bayern verwendet wird, bei welcher die Aufteilung der Gesamtbettenzahlen auf die einzelnen Abteilungen/Bereiche dem Klinikum selbst obliegt.

Für Auswahlentscheidungen ist es jedoch von erheblicher Bedeutung, den Bedarf und die konkrete Auslastung der Kliniken in einer Planungsregion je Fachbereich zu kennen.

Um neue Krankenhäuser in die Versorgung aufnehmen zu können, müssen Planungsbehörden, welche mit einer Rahmenplanung arbeiten, folglich zunächst die vorhandenen Kapazitäten ermitteln und bei fehlendem Neubedarf, aber qualitativem Vorrang des neuen Krankenhauses, entsprechend bei anderen Kliniken die Kapazitäten verringern. Dies bringt jedoch Schwierigkeiten mit sich, da eine Bettenreduktion in spezifischen Fachabteilungen bei anderen Kliniken kaum möglich erscheint, wenn auch diesen die Aufteilung ihrer Gesamtbetten auf die jeweiligen Fachabteilungen selbst überlassen bleibt.<sup>528</sup>

Das OVG Bautzen war schon wegen der notwendigen Beachtung des Art. 12 Abs. 1 S. 1 i. V. m. Art. 3 Abs. 1 GG, von einem Planaufnahmeanspruch ausgegangen.<sup>529</sup>

---

<sup>524</sup> OVG Bautzen, Urteil vom 21.06. 2018 – 5 A 684/17.

<sup>525</sup> VG Dresden, Urteil vom 05.04.2016 – 7 K 2658/14.

<sup>526</sup> OVG Bautzen, Urteil vom 21.06. 2018 – 5 A 684/17.

<sup>527</sup> OVG Bautzen, Urteil vom 21.06. 2018 – 5 A 684/17.

<sup>528</sup> OVG Bautzen, Urteil vom 21.06. 2018 – 5 A 684/17.

<sup>529</sup> OVG Bautzen, Urteil vom 21.06. 2018 – 5 A 684/17.

b) Rahmenplanung auf dem Prüfstand

Das BVerwG ist dieser Entscheidung des OVG Bautzen mit einem Revisionsurteil in einigen wesentlichen Punkte klar entgegengetreten.<sup>530</sup>

(1) Erforderlichkeit der Prüfung einer tatsächlichen Bedarfsdeckung

Zunächst hat es klargestellt, dass ein Anspruch auf Planaufnahme nicht ohne Prüfung der tatsächlichen Bedarfsdeckung und ohne Einhaltung der Voraussetzungen für eine Auswahlentscheidung nach § 8 Abs. 2 S. 2 KHG angenommen werden kann.<sup>531</sup> Bei Plankrankenhäusern gibt es daher zunächst keinen gebundenen Anspruch auf Planaufnahme, denn § 8 Abs. 2 S. 2 KHG enthält ein Beurteilungsermessen.<sup>532</sup>

Über die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan habe der Beklagte (Freistaat Sachsen) anhand einer Gegenüberstellung des Versorgungsangebots des Krankenhauses mit dem diesbezüglichen konkreten Versorgungsbedarf zu entscheiden.<sup>533</sup> Betrifft das Versorgungsangebot einen Bedarf, welcher von anderen (Plan)Krankenhäusern nicht bereits befriedigt wird, so sei ein leistungsfähiges und auch ansonsten geeignetes Krankenhaus in den Plan aufzunehmen.<sup>534</sup> Übersteigt das Angebot an leistungsfähigen, wirtschaftlichen und geeigneten Krankenhäusern den Bedarf, so habe der Freistaat Sachsen gemäß § 8 Abs. 2 S. 2 KHG nach pflichtgemäßem Ermessen auszuwählen, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung am besten gerecht wird.<sup>535</sup>

Ein Anspruch unabhängig von einer solchen Ermittlung und ohne entsprechende Tatsachenfeststellung widerspreche den gesetzlichen Vorgaben über die Auswahlentscheidung und darüber hinaus auch dem gesetzlichen Zweck, eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu gewährleisten.<sup>536</sup>

Wichtig ist es aber festzuhalten, dass das BVerwG einen Anspruch auf Planaufnahme nicht grundsätzlich ausgeschlossen hat.

Bei der Auswahlentscheidung nach dem KHG handelt es sich nach wie vor um eine Ermessensentscheidung, auch hier bleibt eine Ermessensreduktion auf Null, insbesondere bei zwingenden normativen Gründen, weiterhin denkbar. Zu denken wäre hier vorwiegend an Entscheidungen, bei welchen eine tatsächliche Auswahl, mangels anderer leistungsfähiger, bedarfsgerechter und wirtschaftlicher Krankenhäuser, nicht möglich ist. Aber auch wenn durch

---

<sup>530</sup> BVerwG, Urteil vom 11.11.2021 – 3 C 6.20.

<sup>531</sup> BVerwG, Urteil vom 11.11.2021 – 3 C 6.20.

<sup>532</sup> BVerwG, Urteil vom 25.07.1985 – 3 C 25.84.

<sup>533</sup> BVerwG, Urteil vom 11.11.2021 – 3 C 6.20.

<sup>534</sup> BVerwG, Urteil vom 11.11.2021 – 3 C 6.20.

<sup>535</sup> BVerwG, Urteil vom 11.11.2021 – 3 C 6.20.

<sup>536</sup> BVerwG, Urteil vom 11.11.2021 – 3 C 6.20.

die ablehnende Entscheidung eine erhebliche Gefahr für bedeutsame Rechtsgüter (Leib, Leben, Freiheit) zu befürchten wäre, Krankenhausplanung hat immer auch unter dem Gesichtspunkt der Gewährleistung einer ausreichenden und umfassenden Krankenversorgung der Bevölkerung stattzufinden. Bei unzulänglicher Planung besteht daher immer auch die Gefahr, die bedeutsamen Rechtsgüter versorgungsbedürftiger Menschen (Leib und/oder Leben) zu verletzen.

### (2) Zeitliche Differenz zwischen Planaufnahme und Planherausnahme

Eine weitere Feststellung des BVerwG betraf die Terminierung der erforderlichen (teilweisen) Planherausnahme eines nach der Auswahl nachrangigen Krankenhauses. Es sei nicht notwendig, die Bettenkapazitäten anderer Plankrankenhäuser zeitgleich zu verringern, eine dahin gehende Verfügung der Krankenhausplanungsbehörde könne auch zu einem späteren Zeitpunkt stattfinden.<sup>537</sup> Der Planungsbehörde ist auch hier ein Einschätzungsspielraum gewährt worden, ob und in welchem Umfang sie die Aufnahme des neuen Versorgers als Anlass nimmt, andere Mitbewerber ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herauszunehmen.<sup>538</sup> Ein Verbot der vorübergehenden Überversorgung ist dem KHG gerade nicht zu entnehmen.<sup>539</sup>

### (3) Auswahlentscheidung obligatorisch

Das BVerwG hielt in seiner Entscheidung außerdem fest, dass eine Auswahlentscheidung zwischen Plankrankenhäusern nach § 8 Abs. 2 S. 2 KHG keinesfalls fakultativ sei, auch eine Rahmenplanung müsse daher zumindest eine solche Entscheidung möglich machen, ansonsten sei sie mit dem KHG unvereinbar. Ob eine Krankenhausplanung wie in Sachsen, mit lediglich der Auszeichnung von Gesamtbettenzahlen, einen Krankenhausvergleich tatsächlich unmöglich mache, wurde in der Entscheidung offengelassen. Die bislang vom OVG Bautzen vorgenommenen (Tatsachen-)Feststellungen könnten eine solche Beurteilung zum jetzigen Zeitpunkt weder in die eine noch die andere Richtung stützen.<sup>540</sup>

Jedoch hat die Krankenhausplanungsbehörde über die Auskunftspflicht der Krankenhäuser nach § 28 Abs. 1 S. 3 KHG die Möglichkeit, Versorgungskapazitäten zu ermitteln. Möglicherweise stellt dies, ergänzt um einen Abgleich mit den tatsächlichen Leistungs- und Belegungsdaten der Einrichtungen, ein geeignetes Instrument der Planungsbehörde dar, um auch im Zuge einer Rahmenplanung adäquate Auswahlentscheidungen treffen zu können.<sup>541</sup>

Das BVerwG hat mit seiner Entscheidung zunächst die Aufhebung des Urteils des Sächsischen OVG (Bautzen) verfügt. Die Sache wird zur anderweitigen Verhandlung an das OVG Bautzen

---

<sup>537</sup> BVerwG, Urteil vom 11.11.2021 – 3 C 6.20.

<sup>538</sup> BVerwG, Urteil vom 25.09.2008 – 3 C 35.07; BVerwG, Urteil vom 11.11.2021 – 3 C 6.20.

<sup>539</sup> BVerwG, Urteil vom 25.09.2008 – 3 C 35.07; BVerwG, Urteil vom 11.11.2021 – 3 C 6.20.

<sup>540</sup> BVerwG, Urteil vom 11.11.2021 – 3 C 6.20.

<sup>541</sup> BVerwG, Urteil vom 11.11.2021 – 3 C 6.20.

zurückverwiesen.<sup>542</sup> Es bleibt abzuwarten, was dieses daraus macht, insbesondere ob, nach erneuter Tatsachenfeststellung, nicht doch eine valide Ermittlung der fachgebietsbezogenen Bedarfsdeckung auch bei der zugrundeliegenden Rahmenplanung möglich erscheint.

c) Konsequenz für die Rahmenplanung

Das Urteil des BVerwG hat einige wesentliche Aussagen zur Rahmenplanung und auch in Bezug auf Auswahlentscheidungen in dieser Form der Krankenhausplanung festgehalten.

**Erstens:** Ein Anspruch auf Planaufnahme eines Plankrankenhauses kann, wenn dann nur nach Prüfung der tatsächlichen Bedarfsdeckung und der Einhaltung der Voraussetzungen der §§ 6 Abs. 1, 8 Abs. 2 S. 2 KHG, angenommen werden. Die Unmöglichkeit einer Auswahlentscheidung kann in keinem Fall zu einem automatischen Planaufnahmeanspruch führen.

**Zweitens:** Die Planung darf gewisse zeitliche Kapazitäts-Überschneidungen enthalten. Dynamik statt Statik in der Krankenhausplanung.

**Drittens:** Die Rahmenplanung ist nur dann mit dem KHG vereinbar, sofern eine Auswahlentscheidung nach § 8 Abs. 2 S. 2 KHG möglich bleibt.<sup>543</sup>

Das Urteil könnte, unabhängig von der noch ausstehenden Neuentscheidung, schon bald maßgeblich an Bedeutung für die Krankenhausplanung gewinnen.

Der Trend geht nämlich mittlerweile in den allermeisten Ländern vermehrt hin zur Rahmenplanung. Alle Krankenhauspläne derjenigen Länder, welche mit einer solchen arbeiten, stehen derzeit auf dem Prüfstand.<sup>544</sup> Um dem Konflikt definitiv aus dem Weg zu gehen, müsste man als Landesplanungsbehörde in Zukunft wieder zu spezifischeren Planungsvorgaben übergehen und damit auch die häufig als so wertvoll eingestufte Eigenverantwortung und Kompetenz der Krankenhäuser in der Krankenhausplanung weitestgehend zurück beschränken. Es darf auf keinen Fall der Verdacht entstehen, die Rahmenplanung bevorzuge Bestandskliniken vor Neubewerbern, denn Plankrankenhäuser genießen gegenüber Neubewerbern keinen Vorrang, sondern stehen ihnen gleich.<sup>545</sup>

---

<sup>542</sup> BVerwG, Urteil vom 11.11.2021 – 3 C 6.20.

<sup>543</sup> BVerwG, Urteil vom 11.11.2021 – 3 C 6.20.

<sup>544</sup> *Beume*: Bundesverwaltungsgericht: Krankenhauspläne auf dem Prüfstand; *Szabados* bei Seufert Rechtsanwälte Mandanteninformation: Bundesverwaltungsgericht: Unmöglichkeit einer Auswahlentscheidung begründet keinen Anspruch auf Planaufnahme.

<sup>545</sup> *Klöck* in NZS 2010: Konkurrenzschutz im Gesundheitswesen, S. 360 f.; BVerfG, Beschluss vom 14.01.2004 – 1 BvR 506/03; BVerfG, Beschluss vom 04.03.2004 – 1 BvR 88/00; BVerwG, Urteil vom 14.04.2011 – 3 C 17.10.

Nach dem Urteil treffen Länder mit einer Rahmenplanung nun Beobachtungspflichten bezüglich der zu erwartenden Planungsdefizite, insbesondere im Zusammenhang mit Tatsachenermittlungen und -feststellungen rund um Auswahlentscheidungen, welche auf die geringe Planungstiefe zurückzuführen sind.<sup>546</sup> Nur soweit die Rahmenplanung sich als ausreichend erweist, um die Vorgaben der §§ 6 Abs. 1, 8 Abs. 2 KHG zu erfüllen, ist diese weiterhin zulässig, ansonsten bestehe Anpassungsbedarf.<sup>547</sup>

Außerdem sei schon an dieser Stelle erwähnt, dass die derzeit vom Bundesgesundheitsministerium geplante Krankenhausreform eher eine Abwendung von der Rahmenplanung zur Folge hätte.<sup>548</sup> Die Krankenhäuser in Deutschland befinden sich in einer Krisensituation, und die derzeitige Form der Krankenhausplanung hat sich als offensichtlich ungeeignet erwiesen, diesen strukturellen, finanziellen und organisatorischen Defiziten zu begegnen.<sup>549</sup> Durch die Rahmenplanung wurde versucht, die Verantwortung auf die Krankenhäuser abzuwälzen. Fehlende Planungsvorgaben vonseiten der Länder und zudem ein enormer wirtschaftlicher Leistungsdruck durch das DRG-Abrechnungssystem mit Fallpauschalen, haben dazu geführt, dass ein Überbedarf gewinnbringender Fachbereiche besteht (mit enormen qualitativen Unterschieden), dagegen aber eine Unterversorgung mit Behandlungen in weniger lukrativen Fachbereichen oder sogar bei der Grundversorgung.<sup>550</sup> Dem kann künftig nur mit einer Anpassung sowohl des Abrechnungssystems als auch der zugrundeliegenden Planungsziele und -vorgaben entgegengewirkt werden.

## 5. Möglichkeit der Auswahlentscheidung bei Hochschulkliniken

Es gibt den Grundsatz, dass nur Krankenhäuser, die den Anforderungen des § 1 Abs. 1 KHG entsprechen, auch in den Krankenhausplan aufgenommen werden können.<sup>551</sup> § 1 KHG ist ebenso auf Hochschulkliniken anwendbar, auch wenn diese nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 KHG zu den nicht nach KHG förderfähigen Einrichtungen zählen.<sup>552</sup> Es kann davon ausgegangen werden, dass Hochschulkliniken diesen grundlegenden Anforderungen (nämlich „eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, digital ausgestatteten, qualitativ hochwertigen und eigenverantwortlich

---

<sup>546</sup> *Beume*: Bundesverwaltungsgericht: Krankenhauspläne auf dem Prüfstand; *Szabados* bei Seufert Rechtsanwälte Mandanteninformation: Bundesverwaltungsgericht: Unmöglichkeit einer Auswahlentscheidung begründet keinen Anspruch auf Planaufnahme.

<sup>547</sup> BVerwG, Urteil vom 11.11.2021 – 3 C 6.20.

<sup>548</sup> S. u. [E. III.].

<sup>549</sup> <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/krankenhausreform-4-sitzung-bund-laender-gruppe-fuer-die-krankenhausreform.html>.

<sup>550</sup> <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/krankenhausreform-4-sitzung-bund-laender-gruppe-fuer-die-krankenhausreform.html>.

<sup>551</sup> BVerwG, Urteil vom 18.12.1986 – 3 C 67.85.

<sup>552</sup> S.o.: [C. III. 2. b) (1)].

wirtschaftenden Krankenhäusern (...) zu gewährleisten<sup>553</sup>) entsprechen und diese Vorgabe bei der landesrechtlichen Anerkennung ebenfalls berücksichtigt werden.

Grundsätzlich können, in den ohnehin nur verwaltungsintern wirkenden Krankenhausplan, daher auch die Hochschulkliniken einbezogen werden, denn auch sie haben fiktive Versorgungsverträge und einen Versorgungsauftrag nach § 8 Abs. 1 S. 4 Nr. 2 KHEntgG.

Es ist jedoch weiterhin fraglich, ob Hochschulkliniken bei Auswahlentscheidungen berücksichtigt dürfen. Da Hochschulkliniken nicht nach dem KHG förderfähig sind, kann folglich auch § 8 Abs. 2 S. 2 KHG nicht herangezogen werden. Auch in den §§ 108, 109 SGB V findet man keine diesbezüglichen Regelungen. Bei Auswahlentscheidungen fehlt es insoweit, ähnlich wie beim Erhalt eines konkreten Versorgungsauftrags, an einer gesetzlichen Regelung, welche für Hochschulkliniken entsprechende Vorgaben bereithält.

#### a) Auswahlentscheidung unter Beteiligung von Hochschulkliniken

Als entkräftendes Argument ließe sich am ehesten anbringen, dass eine Heraushaltung von Universitätskliniken aus Auswahlentscheidungen zu dem unververtretbaren Ergebnis führen könnte, dass diese sich in einer übermächtigen Position wiederfinden würden.

Die Position von Universitätskliniken in der Krankenhausplanung kann als gewisse Machtposition interpretiert werden. Theoretisch ist dabei auch eine missbräuchliche Ausweitung der Bettenkapazitäten denkbar.

Es wurde aber oben bereits ausführlich dargestellt, dass dieser Selbstbestimmung durch einige Akteure und Faktoren sehr wohl Grenzen gesetzt sind.<sup>554</sup> Ein unkontrolliertes Ausweiten, welches sodann von der Planungsbehörde zwingend berücksichtigt werden müsste, bleibt daher unwahrscheinlich. Außerdem muss der Grundsatz der Trägervielfalt, wie er sich aus § 1 Abs. 2 KHG ergibt, stets gewahrt bleiben und mit den besonderen Erfordernissen und Pflichten der Hochschulkliniken aus den Bereichen Forschung und Lehre abgewogen und in Einklang gebracht werden.

Es ist auch gerade nicht davon auszugehen, dass Universitätskliniken ohne jegliche Überprüfung von Wirtschaftlichkeit, Bedarfsgerechtigkeit und Leistungsfähigkeit an der Krankenversorgung teilnehmen. Hochschulkliniken bedürfen einer landesrechtlichen Anerkennung. Dieser staatliche Anerkennungs-Prozess bietet ausreichend Gelegenheit, um diese Voraussetzungen zu berücksichtigen.<sup>555</sup>

---

<sup>553</sup> § 1 Abs. 1 KHG.

<sup>554</sup> S. o.: [C. III.].

<sup>555</sup> OVG Lüneburg, Beschluss des 13. Senats vom 23.09.2021 - 13 LB 314/19, Rn. 28.

Da die wissenschaftliche Aufgabe eines Universitätsklinikums in Forschung und Lehre nicht vollends von den Aufgaben in der Krankenversorgung getrennt werden kann, ist der Fall einer Versorgung in ausschließlicher Wahrnehmung einer staatlichen Versorgungsaufgabe ohne Bezug zur Wissenschaft gleichsam ausgeschlossen.<sup>556</sup> Die Universitätsmedizin ist stets in der Gesamtschau zu betrachten, da sich Forschung, Lehre und Krankenversorgung in hohem Maße überschneiden.<sup>557</sup>

Es sind ausreichend staatliche Kontrollmöglichkeiten aus den gesetzlichen Vorschriften des SGB V, des KHG, des KHEntgG und aus den Landeskrankenhausgesetzen zu entnehmen.<sup>558</sup>

Eine fehlende staatliche Kontrolle bei der Wahrnehmung von staatlichen Versorgungsaufgaben ist daher nicht zu befürchten.<sup>559</sup>

Bei fast allen Bundesländern handelt es sich (wie auch bei Bayern und Sachsen) zudem um Flächenländer.<sup>560</sup> Universitätskliniken decken dort immer nur einzelne räumliche Gebiete (zumeist Ballungsräume) ab und können dadurch die Planung des gesamten Landes ohnehin nur partiell beeinflussen. Ein Missbrauch der Planungsposition durch die Hochschulkliniken wird daher noch unwahrscheinlicher und ist auch nicht zu erwarten.

b) Keine Auswahlentscheidungen unter Beteiligung von Hochschulkliniken in Niedersachsen

Der bei Hochschulkliniken kraft gesetzlicher Fiktion entstehende Versorgungsvertrag führt zu einer unabhängigen Ausgestaltung des nicht unwesentlich daraus resultierenden Auftrages ohne direkte Einflussmöglichkeiten der Planungsbehörden.<sup>561</sup> Es liegt daher nahe anzunehmen, dass an der über die Bedarfsanalyse einzubeziehenden Hochschulklinikplanung in der Folge auch keine Änderungen mehr vorgenommen werden können. Eine später in der allgemeinen Krankenhausplanung vorzunehmende Krankenhausanalyse (Schritt 3) und darauf beruhende Versorgungsentscheidungen (Schritt 4) müssen daher unabhängig von Hochschulkliniken geschehen.

*„Kraft Gesetzes nach §§ 108 Nr. 1, 109 Abs. 1 Satz 2 SGB V zur Krankenhausbehandlung zugelassene Versorgungsangebote der Hochschulkliniken sind zwar (...) über die Bedarfsanalyse in den Krankenhausplan einzubeziehen, stehen gegenüber konkurrierenden*

---

<sup>556</sup> OVG Lüneburg, Beschluss des 13. Senats vom 23.09.2021 - 13 LB 314/19, Rn. 28.

<sup>557</sup> BVerfG, Beschluss vom 8.4.1981 - 1 BvR 608/79.

<sup>558</sup> OVG Lüneburg, Beschluss des 13. Senats vom 23.09.2021 - 13 LB 314/19, Rn. 28.

<sup>559</sup> OVG Lüneburg, Beschluss des 13. Senats vom 23.09.2021 - 13 LB 314/19, Rn. 19.

<sup>560</sup> OVG Lüneburg, Beschluss des 13. Senats vom 23.09.2021 - 13 LB 314/19, Rn. 27.

<sup>561</sup> S. o.: (C. II. 5.).

*Versorgungsangeboten von Plankrankenhäusern aber nicht zur Disposition und entziehen sich daher von Rechts wegen einer Auswahlentscheidung.*<sup>562</sup>

So hat es auch das OVG Lüneburg in seiner Entscheidung aus dem Jahr 2021 festgehalten.

#### (1) Übertragbarkeit auf andere Bundesländer

Da es bislang nur wenige<sup>563</sup> derartige Entscheidungen, insb. in Bezug auf die Rolle der Hochschulkliniken bei Auswahlentscheidungen in der Krankenhausplanung, gab, stellt sich vorwiegend die Frage, inwieweit dem Urteil des OVG Lüneburg Allgemeingültigkeit zukommen könnte. Anders würde es sich nämlich verhalten, wenn die Entscheidung auf besonderen Planungsgegebenheiten in Niedersachsen oder Besonderheiten des betroffenen Universitätsklinikums Göttingen beruhte.

Krankenhausplanung ist Ländersache und wird in der Praxis, als Folge dieser föderalistischen Organisation, teils sehr unterschiedlich gehandhabt. Fraglich ist, ob der Umstand, dass es keine Beteiligung der Hochschulkliniken an Auswahlentscheidungen geben kann, in allen Bundesländern gleichermaßen gegeben ist oder ob dies von planerischen Besonderheiten in einigen Bundesländern, der Organisationsform des Hochschulklinikums oder dem Organisationsmodell der Universitätsmedizin abhängt.

Es ist daher unerlässlich, sich die Krankenhausplanung in Niedersachsen sowie die rechtlichen Besonderheiten des betroffenen Universitätsklinikums Göttingen näher anzusehen.

#### (a) Krankenhausplanung in Niedersachsen

Die Krankenhausplanung in Niedersachsen ist, im Vergleich zu den meisten anderen Bundesländern, deutlich konkreter in ihren Angaben als die so häufig verwendete klassische Rahmenplanung in der überwiegenden Zahl der anderen Bundesländer. In Niedersachsen werden nämlich die Kapazitäten der jeweiligen Fachgebiete schon im Krankenhausplan festgehalten.

---

<sup>562</sup> OVG Lüneburg, Beschluss des 13. Senats vom 23.09.2021 - 13 LB 314/19.

<sup>563</sup> Ähnlich hätte im Jahr 2008 das VG Köln (VG Köln, Urteil vom 15.04.2008 – 7 K 3870/06) entschieden, damals zu dem Thema, dass es keinen Konkurrenzschutz zugunsten einer Hochschulklinik geben dürfte, da die Bettenkapazitäten einer Hochschulklinik grundsätzlich als vorgegeben in die Landeskrankenhausplanung einfließen; eine a. A. hatte im Jahr 2018 das VG Greifswald (VG Greifswald, Urteil vom 22.03.2018 – 3 A 120 7/16 HGW) vertreten. Hier zu dem Thema, dass es für die Aufnahme von Betten einer Hochschulklinik in den Krankenhausplan, die neben der Versorgung der Bevölkerung auch zur ordnungsgemäßen Erfüllung der den Hochschulkliniken obliegenden Aufgaben in den Bereichen Forschung und Lehre notwendig sind, ebenfalls einer Einbeziehung in die allgemeine Krankenhausplanung durch Feststellungsbescheid nach Landesgesetz bedarf; auch eine a. A. vertreten hatte im Jahr 2018 das VG Magdeburg (VG Magdeburg, Urteil vom 30.05.2018 – 3 A 311/16) dort zu dem Thema, dass auch bei Hochschulkliniken Kapazitätserweiterungen mit dem Einverständnis der Krankenhausplanungsbehörde des Landes vorgenommen werden müssen, um eine Ausnahme vom Mehrleistungsabschlag gemäß § 4 Absatz 2a Satz 3 KHEntG zu begründen.

„Der 37. Fortschreibung des Niedersächsischen Krankenhausplanes (Stand 1.1.2022) liegen vier Elemente zugrunde:

1. Eine Bettenprognose nach Fachrichtungen (Gebiete der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Niedersachsen) auf Landesebene.
2. Die jährliche Fortschreibung der Planbettenkapazitäten anhand des tatsächlich zu versorgenden Bedarfs.
3. Daraus resultierend die IST-Liste der geförderten Krankenhäuser (einschließlich der Universitätskliniken) mit Planbetten und teilstationären Plätzen nach Fachrichtungen (Gebieten), gegliedert nach kreisfreien Städten bzw. Landkreisen, Versorgungsregionen (ehemals Regierungsbezirken) und dem Land.
4. Eine IST-Liste der mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten gemäß § 2 Nr. 1a KHG.<sup>564</sup>

Es handelt sich auch hierbei grundsätzlich um eine Rahmenplanung, da der Krankenhausplan des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung lediglich eine Bettenprognose nach Fachrichtung auf der Basis des tatsächlich zu versorgenden Bedarfs vorgibt, nicht aber abschließende Festlegungen der Bettenzahlen oder der Leitungsstruktur der Krankenhäuser enthält.<sup>565</sup> Auch hier muss der Krankenhausplan daher durch ergänzende Vereinbarungen im Sinne des § 109 Abs. 1 S. 4, 5 SGB V konkretisiert werden.<sup>566</sup> Die an Plankrankenhäuser erteilten Feststellungsbescheide über die Planaufnahme entfalten insofern also auch keine Feststellungswirkung über die Bettenzahlen je Fachrichtung o. Ä.

Entsprechend einfacher als bei der klassischen Rahmenplanung lassen sich durch diese Form der Planung, bei gerichtlichen Verfahren zur Überprüfung einer Auswahlentscheidung der Planungsbehörde, jedoch die konkret geplanten Kapazitäten der betroffenen Fachrichtung im fragten Versorgungsgebiet herausfinden. Dafür kann die Bettenprognose direkt aus dem Krankenhausplan entnommen und mit der tatsächlichen Auslastung verglichen werden. Bettenüberhänge oder ein erhöhter Bedarf an Versorgung können dadurch viel schneller ermittelt werden als bei der klassischen Rahmenplanung ohne diese Angaben (z. B. in Bayern/Sachsen).<sup>567</sup>

---

<sup>564</sup> Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung: Niedersächsischer Krankenhausplan 2022, S. 2.

<sup>565</sup> Deutsche Krankenhausgesellschaft: Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2021, S. 56 f.

<sup>566</sup> Deutsche Krankenhausgesellschaft: Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2021, S. 57.

<sup>567</sup> Siehe z. B.: OVG Lüneburg, Beschluss des 13. Senats vom 23.09.2021 - 13 LB 314/19, Rn. 4.

Die Probleme wie beim oben angesprochenen Urteil des BVerwG<sup>568</sup>, insbesondere der Zwischenschritt nach § 28 Abs. 1 S. 3 KHG, dass konkret geplante Bettenverteilungszahlen erst bei den Krankenhäusern angefragt werden müssen und erst danach mit den tatsächlichen Bettenbelegungen verglichen werden können, ergeben sich in diesem Fall nur in abgeschwächtem Umfang.

Die Vorzüge dieser ausgiebigeren Planung liegen auf der Hand. In der Praxis erspart diese Form der Rahmenplanung (mit Prognoseangaben) im Streitfall (gerichtliches Verfahren) jedoch nur wenig Feststellungs- und Ermittlungsaufwand. Detailgenaue und umfangreiche Recherchen der genauen fachbereichsbezogenen Bettenzahlen und insbesondere deren Auslastungen bleiben trotzdem unerlässlich. Die Ermittlung dieser Zahlen und Auslastungsraten ist von äußerster Relevanz, um feststellen zu können, ob sich das vorhandene Angebot mit dem durchschnittlichen Auslastungsgrad deckt<sup>569</sup>, weitere Kapazitäten benötigt und damit ob geeignete, leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhäuser einen Aufnahmeanspruch haben könnten oder ob möglicherweise bereits ein Überangebot besteht, welches dann die Reduktion der Versorgungsaufträge einzelner (nach Auswahlentscheidung am schlechtesten geeigneter) Krankenhäuser erforderlich macht.<sup>570</sup>

- i. Übertragbarkeit auf Länder mit fehlender Auszeichnung fachspezifischer Bettenzahlen im Krankenhausplan

Da auch die Planung in Niedersachsen eine Rahmenplanung ist, bleibt weiterhin ungeklärt, inwieweit die Rechtsprechung des OVG Lüneburg auf andere Länder übertragbar wäre. Einige (die meisten) Länder (z. B. Sachsen, Bayern) haben in ihren Krankenhausplänen keine fixen, fachspezifischen Bettenzahlen aufgenommen und die Aufteilung der Betten auf die Fachabteilungen ist höchsteigene Aufgabe der Krankenhäuser. Selbst bei Plankrankenhäusern ist diese Aufteilung daher kein Bestandteil der Feststellungswirkung des Versorgungsauftrags (erteilt per Feststellungsbescheid).<sup>571</sup>

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass die Rahmenplanung mit spezifischen Bettenprognosen sich nur unwesentlich von der Rahmenplanung in anderen Bundesländern, wie den Freistaaten Bayern und Sachsen, in denen eine solche Prognose nicht aufgenommen wird und die Bettenverteilung vollends höchsteigene Aufgabe der Krankenhäuser bleibt, unterscheidet. Die Ersparnisse bei der Tatsachenfeststellung im Streitfall sind gering. Auch muss in beiden Fällen

---

<sup>568</sup> BVerwG, Urteil vom 11.11.2021 – 3 C 6.20.

<sup>569</sup> It. *Deutsche Krankenhausgesellschaft*: Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2021, S. 57, Auslastungsgrad von ca. 85 %.

<sup>570</sup> Siehe z. B.: OVG Lüneburg, Beschluss des 13. Senats vom 23.09.2021 - 13 LB 314/19, Rn. 4.

<sup>571</sup> *Beume*: Bundesverwaltungsgericht: Krankenhauspläne auf dem Prüfstand; *Deutsche Krankenhausgesellschaft*: Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2021.

unweigerlich das Problem festgehalten werden, dass über teils ungenaue, nicht ausreichende oder der Einzigartigkeit von Patient und Krankheit nicht gerecht werdende Diagnoseschlüssel hinreichend eindeutig Fälle den einzelnen Fachbereichen zugeordnet werden müssen.<sup>572</sup> Kann ein Patient mit mehreren parallelen, sich bedingenden oder überschneidenden Leiden/Diagnosen verschiedenen Fachbereichen gleichzeitig zugeordnet werden, so liegt er in der Praxis doch nur in einem Klinikbett auf einer bestimmten Station eines ausgewählten Fachbereiches, fordert jedoch parallel auch Kapazitäten eines oder mehrerer anderer Abteilungen. Zudem werden in manchen Kliniken mehrere medizinische Fachbereiche in einer Abteilung zusammengefasst, sodass etwa die „Innere Medizin“ mancherorts deutlich mehr umfasst als andernorts.<sup>573</sup>

## ii. Übertragbarkeit auf Länder mit Rahmenplanung

Es stellt sich folglich auch vor diesem Hintergrund weiterhin die Frage, ob ein Urteil wie dasjenige des OVG Lüneburg auch in anderen Bundesländern mit Rahmenplanung denkbar wäre. Abgesehen davon, dass die Rahmenplanung, insbesondere je schemenhafter sie bei Vorgaben und Festschreibungen bleibt, derzeit auf dem Prüfstand steht<sup>574</sup>, ist sie bekanntermaßen dennoch eine der gefragtesten Krankenhausplanungsformen in Deutschland.<sup>575</sup>

Im weitesten Sinne unterscheidet sich die Planung des Landes Niedersachsen nicht von der Planung etwa der Freistaaten Bayern oder Sachsen. Da es sich bei den festgehaltenen fachspezifischen Bettenzahlen lediglich um Prognosen handelt, bedarf es in beiden Fällen weiterer Vereinbarungen durch die Vertragsparteien nach § 109 Abs. 1 S. 4, 5 SGB V. Die angesprochenen Probleme bei der Auswahlentscheidung betreffen die beiden Unterformen daher gleichermaßen.

In diesem Sinne ließe sich die Denkbarkeit eines Urteils entsprechend dem des OVG Lüneburg, auch in Bundesländern ohne eine solche Bettenprognose, mit einem „Erst-Recht-Schluss“ beantworten. Die Planungsbehörde hat im Regelfall nur im ersten Moment weniger Überblick über die tatsächlichen flächendeckenden Versorgungskapazitäten in den (Sub-)Spezialisierungen innerhalb ihres Planungsgebietes. Über die Auskunftspflichten nach § 28 Abs. 1 S. 3 KHG lassen sich diese bei Bedarf jedoch ebenfalls kurzfristig überbrücken.

---

<sup>572</sup> OVG Lüneburg, Beschluss des 13. Senats vom 23.09.2021 - 13 LB 314/19, Rn. 11.

<sup>573</sup> <https://www.krankenhaus.de/fachabteilungen/>.

<sup>574</sup> *Beume*: Bundesverwaltungsgericht: Krankenhauspläne auf dem Prüfstand.

<sup>575</sup> *Stollmann/Wollschläger* in Laufs/Kern/Rehborn: Handbuch des Arztrechts, § 78, Rn. 8; *Stollmann* in Huster/Kaltenborn: Krankenhausrecht, § 4, Rn. 10; *Quaas* in GesR 2014: Krankenhausplanung als Qualitätssicherungsinstrument? S. 129.

Die Einbeziehungsfähigkeit von Hochschulkliniken in Auswahlentscheidungen hängt nicht von der spezifischen Ausgestaltung der Rahmenplanung ab. Die Bettenprognosen im Krankenhausplan erleichtern die Feststellung im Fall des Streites rund um eine getroffene Auswahlentscheidung. Daran, ob Hochschulkliniken Auswahlentscheidungen der Krankenhausplanungsbehörde unterliegen oder nicht, ändert die konkrete Ausgestaltung der Rahmenplanung jedoch nichts.

#### (b) Die Universitätsmedizin Göttingen

Konkret betroffen war im verhandelten Fall vor dem OVG Lüneburg das Universitätsklinikum Göttingen. Dieses ist in einer deutschlandweit einzigartigen Form, nämlich der Stiftung des öffentlichen Rechts, organisiert.<sup>576</sup>

Von einer Stiftung des öffentlichen Rechts spricht man, wenn einer einem öffentlichen Zweck gewidmeten Vermögensmasse durch Hoheitsakt die Eigenschaft einer juristischen Person des Öffentlichen Rechts verliehen worden ist.<sup>577</sup>

Die Übertragung der Universitätsmedizin Göttingen auf eine Stiftung fand im Rahmen der Umwandlung der Universität Göttingen in eine rechtsfähige Stiftung statt.<sup>578</sup> Das Stiftungsvermögen für die humanmedizinischen Einrichtungen (inkl. Liegenschaften und Gebäude) der Universität ist dabei getrennt vom Vermögen der restlichen universitären Stiftung.<sup>579</sup>

Oben wurden die verschiedenen Organisationsmodelle von Universitätskliniken bereits angesprochen.<sup>580</sup> Bei der staatlichen Organisation als Anstalten des öffentlichen Rechts, wie es zum Beispiel in Bayern üblich ist, liegt regelmäßig das sog. Kooperationsmodell zugrunde.<sup>581</sup> Dieses Modell zur Beschreibung des institutionellen Verhältnisses des Klinikums mit primären Aufgaben in der Krankenversorgung und der universitären/medizinischen Forschung und Lehre, zeichnet sich dadurch aus, dass beide Bereiche getrennt bleiben und das Universitätsklinikum rechtlich selbstständig ist.<sup>582</sup>

Beim Integrationsmodell werden dagegen beide Bereiche miteinander vernetzt und unter einem Dach zusammengeführt.<sup>583</sup> Die Aufgabenbereiche Forschung und Lehre sowie Patientenversorgung sind unter einer Entscheidungsstruktur verbunden, das Universitätsklinikum als ebenfalls eigenständige Rechtspersönlichkeit umfasst neben den

---

<sup>576</sup> *Wissenschaftsrat*: Allgemeine Empfehlungen zur Universitätsmedizin, Drs. 7984/07, S. 38.

<sup>577</sup> *Wissenschaftsrat*: Allgemeine Empfehlungen zur Universitätsmedizin, Drs. 7984/07, S. 38.

<sup>578</sup> *Wissenschaftsrat*: Allgemeine Empfehlungen zur Universitätsmedizin, Drs. 7984/07, S. 38.

<sup>579</sup> *Wissenschaftsrat*: Allgemeine Empfehlungen zur Universitätsmedizin, Drs. 7984/07, S. 38.

<sup>580</sup> S. o.: [C. II. 2. a) (1) (b) ii.].

<sup>581</sup> *Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages*: Begriff, Rechtsformen und Finanzierung der Universitätskliniken in Deutschland, S. 7.

<sup>582</sup> *Wissenschaftsrat*: Allgemeine Empfehlungen zur Universitätsmedizin, Drs. 7984/07, S. 45 f.

<sup>583</sup> *Wissenschaftsrat*: Allgemeine Empfehlungen zur Universitätsmedizin, Drs. 7984/07, S. 52.

Aufgaben der Krankenversorgung auch die Medizinische Fakultät mit ihren Aufgaben in Forschung und Lehre.<sup>584</sup>

Dieses Modell findet man insbesondere in Ländern oder bei Universitätskliniken, für welche die Organisationsform der rechtsfähigen Körperschaft des öffentlichen Rechts gewählt wurde.

Auch in Göttingen entschied man sich für dieses Modell. In einer rechtsfähigen Stiftung des öffentlichen Rechts ist die sogenannte Universitätsmedizin Göttingen als eigener Bereich enthalten. Dieser Bereich ist von der Universität getrennt zu betrachten und verfügt über ein eigenes Stiftungskapital.<sup>585</sup>

Die Trägerschaft liegt bei der Stiftung selbst, aber da die Stiftung bei der Krankenversorgung eigene staatliche Aufgaben wahrnimmt, entfällt die Fachaufsicht. Es bleibt jedoch bei einer Rechtsaufsicht des Landes.<sup>586</sup> Das Universitätsklinikum Göttingen besitzt Arbeitgeber- und Dienstherreneigenschaft.<sup>587</sup>

Die beiden Organisationsmodelle weisen einige klare Unterschiede auf. Geht es jedoch um die Vorgabe von Versorgungsaufträgen, so hatten das Organisationsmodell und die Organisationsform des Universitätsklinikums Göttingen keinen Einfluss auf die Beurteilung von Hochschulkliniken in der Krankenhausplanung. In dieser Hinsicht ist ein Vergleich zu Bundesländern wie dem Freistaat Bayern, mit Universitätskliniken organisiert in staatlichen Anstalten des öffentlichen Rechts und bei strikter Trennung der beiden Hauptaufgabenbereiche im sogenannten Kooperationsmodell, möglich. Auch im Kooperationsmodell wird der Bereich der Krankenversorgung nämlich wesentlich durch die Forschungs- und Lehraufgaben der Medizinischen Fakultät/ Universität geprägt. Der Versorgungsauftrag prägt den Aufgabenbereich Krankenversorgung. Die konkrete Ausgestaltung obliegt, dem Klinikum selbst, unabhängig von Organisationsform oder -modell.

Dass Universitätskliniken bei Auswahlentscheidungen in der Krankenhausplanung nicht zur Disposition stehen, ist daher unabhängig davon, in welcher Form oder in welchem Modell das betreffende Hochschulklinikum organisiert ist.

## (2) Konsequenz der Nicht-Beteiligung von Hochschulkliniken an Auswahlentscheidungen in Niedersachsen

Es konnten daher keine Besonderheiten in Niedersachsen oder beim Universitätsklinikum Göttingen festgestellt werden, die eine entsprechende Entscheidung nicht auch in anderen Bundesländern denkbar erscheinen lassen.

Universitätskliniken unterliegen keinen Auswahlentscheidungen der Planungsbehörden.

---

<sup>584</sup> *Wissenschaftsrat*: Allgemeine Empfehlungen zur Universitätsmedizin, Drs. 7984/07, S. 52.

<sup>585</sup> *Wissenschaftsrat*: Allgemeine Empfehlungen zur Universitätsmedizin, Drs. 7984/07, S. 53.

<sup>586</sup> *Wissenschaftsrat*: Allgemeine Empfehlungen zur Universitätsmedizin, Drs. 7984/07, S. 38.

<sup>587</sup> *Wissenschaftsrat*: Allgemeine Empfehlungen zur Universitätsmedizin, Drs. 7984/07, S. 53.

Kraft Gesetz zur Krankenhausbehandlung zugelassene Universitätskliniken müssen nicht wie Plankrankenhäuser (§ 108 Nr. 2 SGB V, § 8 Abs. 1 S. 3 KHG) durch Feststellungsbescheid in den Krankenhausplan aufgenommen werden.<sup>588</sup> Die konkrete Form der Berücksichtigung wird zwar durch den jeweiligen Landesgesetzgeber bestimmt, § 6 Abs. 4 KHG, kann sich aber nicht darüber hinwegsetzen, dass Universitätskliniken bei den Auswahlentscheidungen der Krankenhausplanungsbehörde nicht involviert werden dürfen.<sup>589</sup>

In Niedersachsen gibt es den § 4 Abs. 4 Niedersächsisches Krankenhausgesetz (NKHG), welcher besagt, dass Hochschulkliniken in den Krankenhausplan einzubeziehen sind, sofern sie der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung dienen.

Entsprechende Regelungen finden sich auch in anderen Landeskrankenhausgesetzen und Krankenhausplänen wieder. In Bayern wird beispielsweise in Art. 3 Abs. 4 BayKrG vorgegeben, dass die Hochschulklinikplanung und die allgemeine Krankenhausplanung aufeinander abzustimmen sind. Im Krankenhausplan findet sich dann unter Teil 1 - 4. 1. 1 ein Passus mit dem Sinngehalt, dass bei der Bedarfsermittlung für einzelne Versorgungsbereiche Hochschulkliniken einbezogen werden, da diese neben Forschung und Lehre der Akutversorgung der Bevölkerung dienen.<sup>590</sup>

Hochschulkliniken werden daher regelmäßig über die Bedarfsanalyse in den Landeskrankenhausplan einbezogen und stehen gegenüber konkurrierenden Versorgungsangeboten (in Niedersachsen z. B. ausschließlich Plankrankenhäuser<sup>591</sup>) nicht zur Disposition.<sup>592</sup> Die Einbeziehung findet über die Berücksichtigung bei der Bedarfsdeckung statt. Dies ist zur Verhinderung einer Überversorgung sinnvoll und sachgerecht.<sup>593</sup> Bei Universitätskliniken ist die Krankenversorgung nicht von der Forschung und Lehre trennbar<sup>594</sup>, vielmehr ist sie an Forschung und Lehre auszurichten.<sup>595</sup>

Mit einer Auswahlentscheidung entsprechend § 8 Abs. 2 S. 2 KHG ist die Einbeziehung gerade nicht zu vergleichen, vielmehr ist sie dieser vorgeschaltet.

---

<sup>588</sup> OVG Lüneburg, Beschluss des 13. Senats vom 23.09.2021 - 13 LB 314/19, Rn. 24.

<sup>589</sup> BVerwG, Beschluss vom 11.06.2021 – 3 B 44.19.

<sup>590</sup> *BayStMGP*: Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2024, S. 8.

<sup>591</sup> *Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung*: Niedersächsischer Krankenhausplan 2022, S. 28.

<sup>592</sup> *Niedersächsische Landesregierung*: Entwurf eines Niedersächsischen Krankenhausgesetzes, NdsLT-Drs. 16/3649, S. 16; VG Köln, Urteil vom 15.04.2008 – 7 K 3870/06; *Quaas* in *MedR* 2010: Die Einbeziehung der Hochschulklinik in die staatliche Krankenhausplanung, S. 153 f.

<sup>593</sup> OVG Lüneburg, Beschluss des 13. Senats vom 23.09.2021 - 13 LB 314/19, Rn. 25.

<sup>594</sup> S. o.: (C. III. 1.).

<sup>595</sup> OVG Lüneburg, Beschluss des 13. Senats vom 23.09.2021 - 13 LB 314/19, Rn. 26.

c) Auswahlentscheidungen unter der Beteiligung von Hochschulkliniken in  
Sachsen

Im Freistaat Sachsen kann die rechtliche Situation grundsätzlich wie oben dargestellt vertreten werden. Auch in Sachsen, wird in § 5 Abs. 3 Nr. 3 SächsKHG festgehalten, dass bei Universitätsklinika „die Belange der Forschung und Lehre angemessen zu berücksichtigen“ sind. Dasselbe entnimmt man auch dem Sächsischen Krankenhausplan.<sup>596</sup>

Die Erteilung von Feststellungsbescheiden nach §§ 5 Abs. 1, 9 Abs. 1 SächsKHG (ehem. vor 15.12.2022 §§ 4 Abs. 1, 2 Nr. 3, 7 Abs. 1 SächsKHG), § 8 Abs. 1 S. 3 KHG auch an Hochschulkliniken und die damit implizierte planerische Gleichbehandlung von Plan- und Hochschulkrankenhäusern, dürfte zu keinem anderen Ergebnis führen.

In dieser Arbeit wurde auch dahingehend die Ansicht vertreten, dass solchen Bescheiden nur deklaratorische, keinesfalls aber eine den Versorgungsauftrag tatsächlich bestimmende Wirkung zukommen kann. Die entsprechenden Argumente, insbesondere die Manifestation des Versorgungsvertrages bei Hochschulkliniken kraft Gesetzes, wurden dargestellt.<sup>597</sup>

Landespolitische Erwägungen können derartige Entscheidungen jedoch beeinflussen. Die Krankenhausplanung eines Landes ist sehr individuell, nur, weil sich die Rahmenbedingungen teilweise überschneiden, können im Rahmen dieser Arbeit selbstverständlich trotzdem nicht alle Individualitäten und Besonderheiten der einzelnen Bundesländer berücksichtigt werden. Es stellt sich folglich die Frage, inwieweit der Landesgesetzgeber hier möglicherweise doch eigene Regelungen treffen kann und ob dies möglicherweise zu einer abweichenden Beurteilung der Stellung der Hochschulkliniken in der Krankenhausplanung oder deren Beteiligungsmöglichkeit an Auswahlentscheidungen, führen könnte.

Genau zu dieser Frage hält das Urteil des VG Dresden vom 01.12.2022 sowie das daran anknüpfende Berufungsurteil des OVG Bautzen vom 27.09.2023 einige sehr interessanten Entscheidungen und Ausführungen parat.<sup>598</sup>

(1) Hintergründe der Entscheidung

Gegenstand des Verfahrens vor dem VG Dresden und dem OVG Bautzen war, neben weiteren Begehren, insbesondere die Geltendmachung eines Anspruchs auf Ausweisung als Einrichtung

---

<sup>596</sup> SMS Sachsen: Krankenhausplan des Freistaates Sachsen 2024, S. 11.

<sup>597</sup> S. o.: [C. II. 2. a) (1) (a) ii.].

<sup>598</sup> VG Dresden, Urteil vom 01.12.2022 – 7K 2293/18; OVG Bautzen, Urteil vom 27.09.2023 – 5 A 37/23.

für spezialisierte Adipositasbehandlungen (Aufnahme in den Krankenhausplan) durch ein Universitätsklinikum.

Der Anspruch auf Zulassung wurde im Wesentlichen auf ansonsten mangelnde Berücksichtigung von Forschung und Lehre, Art. 5 Abs. 3 S. 1 GG, 12 GG gestützt.<sup>599</sup> Auch hier beruft sich die Klägerin, ein Universitätsklinikum, auf die herrschende Meinung, nach welcher die Hochschulkliniken ihren Versorgungsauftrag selbst mitbestimmen und damit dem Krankenhausplan ihre Kapazitäten und Beanspruchung vorgeben.<sup>600</sup>

Das sei laut Klägerin so, denn es sei dem Beklagten Freistaat Sachsen nicht befugt, über die Hilfsquelle der Krankenhausplanung die Forschungsschwerpunkte der Universitätskliniken (mit) zu bestimmen.<sup>601</sup>

## (2) Entscheidungsgründe

Das VG Dresden hat einen Anspruch aus Art. 5 Abs. 3 S. 1 GG, Art. 12 GG in einer sehr ausführlich begründeten Entscheidung aus dem Dezember 2022 jedoch abgelehnt. Zwar wurde der Freistaat Sachsen wegen gerichtlich überprüfbarer Ermessensfehler, durch das Berufungsurteil des OVG Sachsen zur Neuentscheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts verpflichtet<sup>602</sup>, das OVG Bautzen hat die für die betrachtete Problemstellung wesentlichen rechtlichen Feststellungen in seinem Berufungsurteil im September 2023 jedoch bestätigt. Es besteht nach dem OVG Bautzen ebenfalls kein Anspruch auf Aufnahme in den Krankenhausplan als Einrichtung für spezialisierte Adipositasbehandlungen, jedoch ein Anspruch auf ermessensfehlerfreie Entscheidung der Behörde nach § 8 Abs. 2 KHG i. V. m. § 5 Abs. 3 S. 3 SächsKHG.<sup>603</sup>

### (a) Grundrechtsfähigkeit einer Anstalt des öffentlichen Rechts

In den Entscheidungsgründen wurde zunächst die interessante Frage aufgeworfen, ob die Klägerin als Anstalt des öffentlichen Rechts überhaupt grundrechtsfähig sein kann. Diese Frage wurde dann im vorliegenden Fall aber als nicht entscheidungserheblich eingestuft.<sup>604</sup>

---

<sup>599</sup> VG Dresden, Urteil vom 01.12.2022 – 7K 2293/18, S. 5; OVG Bautzen, Urteil vom 27.09.2023 – 5 A 37/23; *Quaas* in MedR 2010: Die Einbeziehung der Hochschulklinik in die staatliche Krankenhausplanung, S. 153; VG Köln, Urteil vom 15.4.2008 – 7K 3870/06.

<sup>600</sup> VG Dresden, Urteil vom 01.12.2022 – 7K 2293/18, S. 6; OVG Bautzen, Urteil vom 27.09.2023 – 5 A 37/23.

<sup>601</sup> VG Dresden, Urteil vom 01.12.2022 – 7K 2293/18, S. 6; OVG Bautzen, Urteil vom 27.09.2023 – 5 A 37/23.

<sup>602</sup> OVG Bautzen, Urteil vom 27.09.2023 – 5 A 37/23.

<sup>603</sup> OVG Bautzen, Urteil vom 27.09.2023 – 5 A 37/23, Rn. 41.

<sup>604</sup> VG Dresden, Urteil vom 01.12.2022 – 7K 2293/18, S. 17; OVG Bautzen, Urteil vom 27.09.2023 – 5 A 37/23.

(b) Kein Anspruch auf Planaufnahme durch Universitätsklinikum in  
Sachsen

Ein unbeschränkter Anspruch auf Aufnahme in den Krankenhausplan mit einem bestimmten Leistungsspektrum, den der Beklagte Freistaat Sachsen lediglich nachvollziehen müsse, gäbe es laut Urteil schon aus anderen Gründen nicht.<sup>605</sup>

*„Den Universitätsklinikum steht kein autonomes Bestimmungsrecht im Rahmen der Krankenhausplanung zu.“<sup>606</sup>*

Forschung und Lehre seien bei der Landeskrankenhausplanung lediglich angemessen zu berücksichtigen.

Die begehrte Ausweisung stellt nach Auffassung des VG Dresden aber gerade keine rein wissenschaftliche Tätigkeit dar, vielmehr handle es sich auch um eine Leistung der allgemeinen Krankenversorgung. Es sei jedoch gerade keine Krankenversorgung, welche an Forschung und Lehre geknüpft würde.

Forschung und Lehre kommt laut dem VG Dresden in diesem Zusammenhang zwar auch ein wichtiger Stellenwert zu,

*„die Krankenversorgung ist jedoch ein wichtiges, durch die Grundrechte der Patienten (Art. 2 Abs.2 Satz 1 GG) und das Sozialstaatsprinzip (Art.20 Abs. 1 GG) verfassungsrechtlich abgesichertes Gemeinschaftsgut, vor dem die Wissenschaftsfreiheit nicht schlechterdings Vorrang beanspruchen kann.“<sup>607</sup>*

Die Wissenschaftsfreiheit hat bei Universitätskliniken folglich nicht grundsätzlichen Vorrang vor anderen Grundrechten, insb. dem Sozialstaatsprinzip.

Was dieser Formulierung aber auch entnommen werden kann, ist, dass es einer Abwägung im Einzelfall bedarf, um herauszufinden, ob der krankensorgerische oder der wissenschaftliche Aspekt einer Behandlung und/oder Forschung überwiegt. Es bedarf folglich einer Unterscheidung zwischen akzessorischer und nicht-akzessorischer Krankenversorgung.

Des Weiteren griff das Urteil aus Dresden in den Entscheidungsgründen auch die Argumentation des Beklagten auf, dass weiter zwischen dem Versorgungsvertrag nach §§ 108, 109 SGB V und dem Versorgungsauftrag nach § 8 Abs. 1 S. 4 KHEntgG differenziert werden

---

<sup>605</sup> VG Dresden, Urteil vom 01.12.2022 – 7K 2293/18, S. 19; OVG Bautzen, Urteil vom 27.09.2023 – 5 A 37/23.

<sup>606</sup> VG Dresden, Urteil vom 01.12.2022 – 7K 2293/18, S. 20; OVG Bautzen, Urteil vom 27.09.2023 – 5 A 37/23.

<sup>607</sup> VG Dresden, Urteil vom 01.12.2022 – 7K 2293/18, S. 20.

müsse.<sup>608</sup> Wobei der Beklagte argumentiert hatte, dass sich die näheren Festlegungen der Leistungen aus dem Versorgungsauftrag, welcher sich bei Universitätskliniken nur aus dem Krankenhausplan ergebe, fließen würden.<sup>609</sup> Dieser Argumentation folgt das VG Dresden in seinen Entscheidungsgründen dann aber, wegen des klar weitergehenden Wortlautes des § 8 Abs. 1 S. 4 Nr. 2 KHEntgG, nicht uneingeschränkt.

Es wird in den Entscheidungsgründen differenziert dargestellt, dass sich der Versorgungsauftrag zum einen aus der landesrechtlichen Anerkennung nach landesrechtlichen Vorschriften, zum anderen aus dem Krankenhausplan, § 6 Abs. 1 KHG und aber auch aus ergänzenden Vereinbarungen nach § 109 Abs. 1 S. 4 SGB V ergibt.<sup>610</sup> Soweit folgt das VG auch der Literatur und dem Gesetz.

Wobei der herrschenden Literatur aber nicht gefolgt wird, ist die Frage nach der Erteilbarkeit des Versorgungsauftrags mittels Feststellungsbescheids. Soweit die Literaturmeinung hier überwiegend vertritt, dass solchen Feststellungsbescheiden gegenüber Universitätskliniken nur deklaratorische Wirkung zukommen könne<sup>611</sup>, vertritt das VG Dresden die Auffassung, dass auch gegenüber Hochschulkliniken sehr wohl (wirksame) Feststellungsbescheide ergehen können.<sup>612</sup> Es sei laut Urteil unzutreffend, dass den Universitätskliniken kraft ihrer Eigenart eigene (Mit)Bestimmungsmöglichkeiten hinsichtlich Ihres Versorgungsauftrags zukämen. Der „Bundesgesetzgeber habe die weitere Ausgestaltung vielmehr den Ländern überlassen.“<sup>613</sup>

§ 7 SächsKHG i. V. m. § 2 Abs. 3 SächsKHG (a.F. bis 14. Dezember 2022) stelle laut VG Dresden eine solche Ausgestaltung dar.

Auch aus § 7 SächsKHG iVm. § 4 Abs. 2 S. 1 Nr. 3 S. 3 u. 4, § 1 Abs. 1 S. 4 SächsKHG (a.F. bis 14. Dezember 2022) ergibt sich laut Urteil in jedem Fall kein Anspruch auf Planaufnahme. Wenn ein Bereich betroffen ist, der jedenfalls auch die allgemeine Krankenversorgung betrifft, so gelten laut Urteil die für Plankrankenhäuser geltenden Grundsätze entsprechend.<sup>614</sup> Dahingehend habe der Landesgesetzgeber in Sachsen sein Krankenhausplanungsrecht ausgestaltet.<sup>615</sup> Einzige Besonderheit sei, dass Universitätskliniken grundsätzlich Aufgaben der

---

<sup>608</sup> VG Dresden, Urteil vom 01.12.2022 – 7K 2293/18, S. 10.

<sup>609</sup> VG Dresden, Urteil vom 01.12.2022 – 7K 2293/18, S. 11.

<sup>610</sup> VG Dresden, Urteil vom 01.12.2022 – 7K 2293/18, S. 10 f, 22; *Quaas* in MedR 2010: Die Einbeziehung der Hochschulklinik in die staatliche Krankenhausplanung, S. 153 f.; *Vollmöller* in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, § 8 KHEntgG, Rn.15.

<sup>611</sup> *Quaas* in MedR 2010: Die Einbeziehung der Hochschulklinik in die staatliche Krankenhausplanung, S. 153 f.; *Vollmöller* in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, § 8 KHEntgG, Rn. 15; s.o.: [C. II. 2. a) (1) (a)].

<sup>612</sup> S.o.: [C. II. 2. a) (1) a) i.]; VG Dresden, Urteil vom 01.12.2022 – 7K 2293/18, S. 22, 24.

<sup>613</sup> VG Dresden, Urteil vom 01.12.2022 – 7K 2293/18, S. 22; OVG Bautzen, Urteil vom 27.09.2023 – 5 A 37/23, Rn. 26.

<sup>614</sup> VG Dresden, Urteil vom 01.12.2022 – 7K 2293/18, S. 24; OVG Bautzen, Urteil vom 27.09.2023 – 5 A 37/23, Rn. 29.

<sup>615</sup> VG Dresden, Urteil vom 01.12.2022 – 7K 2293/18, S. 24; OVG Bautzen, Urteil vom 27.09.2023 – 5 A 37/23, Rn. 29.

Maximalversorgung wahrnehmen und ihre Belange in Forschung und Lehre angemessen berücksichtigt werden müssten.<sup>616</sup>

Dabei sei aber eben nicht grundsätzlich davon auszugehen, dass Universitätskliniken ihren Versorgungsauftrag hierfür eigenständig bestimmen können müssen.<sup>617</sup> Der Landesgesetzgeber könne sich vielmehr dazu entscheiden, Feststellungsbescheide auch an Hochschulkliniken zu erteilen.<sup>618</sup>

### (c) Grundsatz der Trägervielfalt

Des Weiteren muss laut dem VG Dresden beachtet werden, dass die Auswahlentscheidungen nur begrenzter gerichtlicher Kontrolle unterliegen. Der zuständigen Landesplanungsbehörde käme bei der Frage, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung am besten gerecht werden könne, ein maßgeblicher Beurteilungs- und Ermessensspielraum zu.<sup>619</sup>

In diesem Zusammenhang sei in der Vergangenheit auch der Grundsatz der Trägervielfalt, § 1 Abs. 2 KHG, immer wieder hervorgehoben worden.<sup>620</sup> Der Grundsatz der Trägervielfalt könne es im Einzelfall auch gebieten einem weniger leistungsfähigen, aber spezialisierteren Krankenhaus (z. B. in privater und/oder kirchlicher Trägerschaft) Vorrang vor einem leistungsfähigeren (z. B. in öffentlicher Trägerschaft) zukommen zu lassen, um den Bedürfnissen der Patienten im Versorgungsgebiet besser gerecht werden zu können.<sup>621</sup>

Bei Universitätskliniken sind Forschung und Lehre folglich nur angemessen zu berücksichtigen.<sup>622</sup> Ein Problem, vor das sich das OVG Lüneburg bei seiner Entscheidung nicht gestellt gesehen hat, da Universitätskliniken nach deren Auffassung eben nicht Teil der Auswahlentscheidung sind.<sup>623</sup>

Dabei stellt sich nun also die Frage, ob der Grundsatz der Trägervielfalt es nicht sogar gebieten könnte, Universitätskliniken in die Krankenhausplanung einzubeziehen. Das ist aber aus mehreren Gründen abzulehnen, insbesondere ist auch den anderen Planungskriterien aus § 1 KHG Rechnung zu tragen, sodass dem OVG Lüneburg hier kein Vorwurf der Nichtbeachtung dieses Grundsatzes gemacht werden kann.

---

<sup>616</sup> VG Dresden, Urteil vom 01.12.2022 – 7K 2293/18, S. 24; OVG Bautzen, Urteil vom 27.09.2023 – 5 A 37/23, Rn. 29.

<sup>617</sup> VG Dresden, Urteil vom 01.12.2022 – 7K 2293/18, S. 22, 24; OVG Bautzen, Urteil vom 27.09.2023 – 5 A 37/23, Rn. 31.

<sup>618</sup> VG Dresden, Urteil vom 01.12.2022 – 7K 2293/18; OVG Bautzen, Urteil vom 27.09.2023 – 5 A 37/23; Dieser Auffassung folgt auch *Stollmann* in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, § 108 SGB V, Rn. 5.

<sup>619</sup> VG Dresden, Urteil vom 01.12.2022 – 7K 2293/18, S. 25; BVerwG, Urteil vom 14. November 1985 – 3C41/84.

<sup>620</sup> BVerfG, Beschluss vom 4. März 2004 – 1 BvR88/00; BVerwG, Urteil vom 14. November 1985 – 3C41/84.

<sup>621</sup> BVerfG, Beschluss vom 4. März 2004 – 1 BvR88/00; VG Dresden, Urteil vom 01.12.2022 – 7K 2293/18, S. 25 f.

<sup>622</sup> VG Dresden, Urteil vom 01.12.2022 – 7K 2293/18, S. 26.

<sup>623</sup> OVG Lüneburg, Beschluss des 13. Senats vom 23.09.2021 - 13 LB 314/19.

Man kann schon infrage stellen, ob der Grundsatz der Trägervielfalt es wirklich zulassen würde, nur aufgrund der Trägerschaft einem (deutlich) weniger leistungsfähigen Krankenhaus den Versorgungsauftrag zukommen zu lassen, das würde nämlich gegebenenfalls andere Grundsätze der Krankenhausplanung aus § 1 Abs. 1 KHG verletzen und ein Rangverhältnis der einzelnen Planungskriterien gibt es gerade nicht.<sup>624</sup>

Die landesrechtlichen Vorgaben z. B. in Niedersachsen lassen die Ausklammerung der Universitätskliniken bei Auswahlentscheidungen insb. im direkten Vergleich mit Sachsen zu. Es erscheint auch vertretbar, dass die Länder bei Ihrer Krankenhausplanung Universitätskliniken zunächst unabhängig betrachten und eigenständig planen lassen, auch vor dem Hintergrund des § 1 Abs. 2 KHG.

So muss man beachten, dass auch Universitätskliniken unterschiedliche Trägerschaften aufweisen können. Zumal Universitätskliniken zwar einen großen, dennoch aber keinen weit überwiegenden Anteil an der Krankenversorgung der einzelnen Länder haben. Der Grundsatz der Trägervielfalt kann auch angemessen berücksichtigt werden, wenn und soweit Auswahlentscheidungen ohne Universitätskliniken durchgeführt werden. Das bedeutet natürlich nicht, dass Sie bei der Auswahlentscheidung nicht mit jeweiliger Trägerschaft berücksichtigt werden können, sie stehen lediglich nicht zur Disposition.

### (3) Übertragbarkeit auf andere Bundesländer (insbesondere Bayern)

Die Krankenhausplanung in Sachsen weist ein paar Besonderheiten auf, insbesondere ergeht hier auch ein Feststellungsbescheid an Hochschulkliniken, § 9 Abs. 1 i. V. m. § 5 Abs. 3 Nr. 3 SächsKHG (a.F. bis 14. Dezember 2022: § 7 Abs. 1 i. V. m. § 4 Abs. 2 Nr. 3 SächsKHG).<sup>625</sup>

Nach herrschender Meinung kommt diesem zwar nur deklaratorische Wirkung zu<sup>626</sup>, eine andere Auffassung, wie hier vom VG Dresden und vom OVG Bautzen befürwortet, muss aber wohl ebenfalls als vertretbar eingestuft werden. Sachsen hat mit seinen landesrechtlichen Vorgaben eine nicht auf alle Bundesländer zu übertragene Rechtslage geschaffen. Ob und wie Universitätskliniken im Krankenhausplan eines Landes berücksichtigt werden, ist weiterhin Sache des Landesgesetzgebers.<sup>627</sup> Mit den Regelungen in Sachsen möchte der Landesgesetzgeber mit dem SächsKHG und dem Sächsischen Hochschulmedizingesetz (SHMG) seiner ihm verfassungsrechtlich obliegenden Aufgabe, einen Ausgleich zwischen den widerstreitenden Grundrechten und verfassungsrechtlich geschützten Interessen zu finden, nachkommen.

---

<sup>624</sup> *Stollmann* in Huster/Kaltenborn: Krankenhausrecht, § 4, Rn. 98; *Dettling* in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, § 1 KHG, Rn. 394.

<sup>625</sup> S. o.: (D. I. 6.).

<sup>626</sup> *Quaas* in MedR 2010: Die Einbeziehung der Hochschulklinik in die staatliche Krankenhausplanung, S. 153 f.; *Vollmöller* in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, § 8 KHEntgG, Rn. 15.

<sup>627</sup> OVG Bautzen, Urteil vom 27.09.2023 – 5 A 37/23; BVerwG, Beschluss vom 11. Juni 2021 – 3 B 44.19.

In Bayern aber gibt es gerade keine vollständig vergleichbare landesgesetzliche Regelung, welche zum Beispiel auch eine Erteilung von Feststellungsbescheiden an Universitätskliniken vorsieht.

Art. 3 Abs. 4 BayKrG, sagt: „Hochschulklinikplanung und Krankenhausplanung sind aufeinander abzustimmen.“

Da für Hochschulkliniken in Bayern kein Bescheid der Krankenhausplanungsbehörde (BayStMGP) ergeht und sich der Versorgungsauftrag aus der landesrechtlichen Anerkennung nach Art. 1 Abs. 2 BayUniKlinG, dem Krankenhausplan und ergänzenden Vereinbarungen, § 109 Abs. 1 S. 4 SGB V ergibt, ist es in Bayern weiterhin vertretbar, dass sich die Universitätskliniken ihren Versorgungsauftrag selbst vorgeben.<sup>628</sup>

Auch vor dem Hintergrund des Urteils vom VG Dresden muss man zu keiner anderen Einschätzung kommen, denn dieses schließt die eigenständige Ausgestaltung der Versorgungsaufträge durch die Universitätskliniken nicht grundsätzlich aus. Im Urteil wurde lediglich festgehalten, dass den nach Landesrecht erteilten Feststellungsbescheiden ebenfalls eine rechtsverbindliche Wirkung zukommen kann und diese nicht nur deklaratorisch eine Entscheidung der Hochschulkliniken nachvollziehen<sup>629</sup>. Dies sei so aufgrund der verbleibenden Möglichkeit der diesbezüglichen Ausgestaltung durch die Länder. Wenn sich die Länder wie der Freistaat Bayern aber gegen eine vergleichbare Regelung aussprechen, muss man im Umkehrschluss auch davon ausgehen, dass auch das VG Dresden dann bei der Würdigung des spezifischen Sachverhaltes nicht ausschließt, dass man unter diesen Umständen zu einem anderen Ergebnis kommen könnte. Die entgegenstehende Auffassung des OVG Bautzen, nach welcher insbesondere der widersprechende Beschluss des Niedersächsischen OVG (OVG Lüneburg<sup>630</sup>) kritisiert wurde, vermag diesen landesrechtlichen Besonderheiten nicht ausreichend Rechnung zu tragen und erscheint daher aus sächsischem Blickwinkel etwas kurz gegriffen. Ohne sich näher mit der Gesetzeslage und den Besonderheiten in Niedersachsen auseinanderzusetzen, geht das Urteil des OVG Bautzen davon aus, dass eine fehlende Disposition der Universitätskliniken bei Auswahlentscheidungen die Anforderungen eines Ausgleiches zwischen den widerstreitenden Grundrechten und verfassungsrechtlich geschützten Interessen nicht erfüllen würde.<sup>631</sup> Da es sich hier grundsätzlich nur um planerische Belange der akzessorischen Krankenversorgung handeln kann<sup>632</sup> und auch die Hochschulklinikplanung den allgemeinen Planungszielen des KHG unterliegt<sup>633</sup>, scheint es gerade nicht ausgeschlossen, dass alle Belange der Krankenversorgung, Art. 1 Abs. 1, Abs. 2

---

<sup>628</sup> *Vollmöller* in Dettling/Gerlach: BeckOK KHG, § 8 KHEntgG, Rn. 15.

<sup>629</sup> A. A. s.o.: [C. II. 1. a) (1) (a) ii.].

<sup>630</sup> OVG Lüneburg, Beschluss des 13. Senats vom 23.09.2021 - 13 LB 314/19.

<sup>631</sup> OVG Bautzen, Urteil vom 27.09.2023 – 5 A 37/23, Rn. 35 f.

<sup>632</sup> S.o.: [C. III. 1. d) (2)].

<sup>633</sup> S.o.: [C. II. 2. b)].

S. 1 GG und des Sozialprinzips, Art. 20 I GG sowie der Wissenschaftsfreiheit, Art. 5 Abs. 3 S. 1 GG, Art. 108 BV auch ohne Beteiligung der Hochschulkliniken an den planerischen Auswahlentscheidungen und trotz einer autonomen Ausgestaltung der Versorgungsaufträge durch die Universitätskliniken, in ausreichenden verfassungsrechtlichen Einklang gebracht werden können.

Vollends zu überzeugen vermag auch die Feststellung des VG Dresden nicht, dass, wenn ein Bereich betroffen ist, der jedenfalls auch die allgemeine Krankenversorgung betrifft, die für Plankrankenhäuser geltenden Grundsätze entsprechend gelten. Auch akzessorische Krankenversorgung betrifft selbstverständlich die allgemeine Krankenversorgung. Einzig ausgeschlossen davon wäre vorklinische Forschung ohne Anwendungsbezug. Diese Auffassung würde daher letzten Endes, wegen der weitreichenden Untrennbarkeit der beiden Bereiche, zu einer nicht ausreichenden Berücksichtigung der Belange in Forschung und Lehre führen. Da eine trennscharfe Abgrenzung zwischen akzessorischer und nicht-akzessorischer Krankenversorgung nicht möglich erscheint, ist bei den allermeisten planerischen Entscheidungen doch anzunehmen, dass diese zumindest auch Auswirkungen auf die Wissenschaftsfreiheit, Forschung und Lehre haben. Diese Belange einfach auszuklammern, da auch Belange der Krankenversorgung betroffen sind, erscheint nicht sachgerecht und würde in Bayern wohl auch mit Art. 2 Abs. 1 S. 1 Hs. 2 BayUniKlinG kollidieren. Auch Art. 2 Abs. 1 S. 2 des Universitätsklinik-Gesetz (UKG) in Sachsen sieht vor, dass die Universitätskliniken Entscheidungen, die sich auf Forschung und Lehre auswirken, im Benehmen mit der Medizinischen Fakultät treffen. Es wäre daher äußerst fraglich, wenn Universitätskliniken bei krankenhauplanerischen Entscheidungen (welche immer „auch“ die Krankenversorgung betreffen) überhaupt kein Mitspracherecht hätten, denn das würde eine Berücksichtigung von den Belangen in Forschung und Lehre in der Krankenhausplanung in gewissermaßen unmöglich erscheinen lassen.

Interessant könnte in anderen Bundesländern dann tatsächlich auch die Frage nach der Grundrechtsfähigkeit einer Anstalt des öffentlichen Rechts werden. Die Universitäten und Ihre Fakultäten sind unmittelbar durch bestimmtes Grundrecht geschützter Lebensbereich, wodurch sie eine eingeschränkte Grundrechtsfähigkeit erlangen.<sup>634</sup> Das trifft auf organisatorisch getrennte Universitätskliniken im Kooperationsmodell aber zunächst scheinbar gerade nicht zu.<sup>635</sup>

Eine Ausklammerung des Grundrechtes nach Art. 5 Abs. 3 S. 1 GG bei Universitätskliniken erscheint aber wegen der untrennbaren Verknüpfung von Forschung, Lehre und

---

<sup>634</sup> BVerfG, Urteil vom 27.07.1971 – BvR 702/68;

<sup>635</sup> *Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages*: Begriff, Rechtsformen und Finanzierung der Universitätskliniken in Deutschland, WD 9 – 3000 – 087/09, S. 7.

Krankenversorgung an einem Universitätsklinikum ebenfalls nicht gänzlich sachgerecht.<sup>636</sup> Soweit Krankenbehandlung, welche Bestandteil von Forschung und Lehre ist, erfolgt, scheint es vertretbar, dass diese ebenfalls in den Schutzbereich der Wissenschaftsfreiheit fällt.<sup>637</sup> Insoweit ist das Universitätsklinikum schlussendlich auch verpflichtet, dafür Sorge zu tragen, dass die der Universität eingeräumte Freiheit von Forschung und Lehre gewahrt bleibt und hat außerdem sicherzustellen, dass alle Mitglieder der Universität, insbesondere die am Universitätsklinikum beschäftigten Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer ihre in Art. 5 Abs. 3 S. 1 GG und Art. 108 BV verbürgten Grundrechte ausreichend wahrnehmen können. Interessant in diesem Zusammenhang könnte insbesondere die verfassungsrechtlich autonome Entscheidung für Forschungs- und Lehrschwerpunkte sein und wer über diese entscheidet. Der Universität mit ihrer Medizinischen Fakultät, aber auch den Hochschullehrern selbst, steht es nach Art. 5 Abs. 3 GG zu, Forschungsschwerpunkte im Rahmen der Wissenschaftsfreiheit autonom zu wählen.<sup>638</sup> Hintergrund ist die Frage, ob das Grundrecht des Art. 5 Abs. 3 S. 1 GG Vorrang hat oder ob es lediglich mitberücksichtigt werden muss.<sup>639</sup> Diese Frage müsste in einer ähnlichen Entscheidung in anderen Bundesländern (beispielsweise in Bayern) dann ebenfalls betrachtet werden. In dieser Arbeit würde die mögliche Klärung dieser Frage aber zu weit vom eigentlichen Thema wegführen und wird daher offengelassen.

## **II. Hochschulkliniken bei Auswahlentscheidungen in der Krankenhausplanung**

Ob Universitätskliniken einer Auswahlentscheidung nach dem Landeskrankenhausplanungsrecht unterworfen werden können, ist also umstritten und hängt wohl nicht zuletzt auch von der konkreten landesrechtlichen Ausgestaltung ab.

Über die konkrete Einbeziehung der Universitätskliniken in die Krankenhausplanung entscheidet der Landesgesetzgeber. In Sachsen hat dieser sich dazu entschieden, auch an Hochschulkliniken, ebenso wie an Plankrankenhäuser, einen Feststellungsbescheid über ihren Versorgungsauftrag zu erteilen.

---

<sup>636</sup> BVerfG, Urteil vom 27.07.1971 – BvR 702/68.

<sup>637</sup> S.o.: [C. III. 1. c) (2)].

<sup>638</sup> S.o.: [C. III. 1.].

<sup>639</sup> BVerfG, Beschluss vom 29.12.2012 – 1 BvR 1849/12, Rn. 11 ff. – dort zur Förderpflicht aus Art. 5 Abs. 3 des von in Hochschulambulanzen erbrachten Teils der Lehre durch die gesetzliche Krankenversicherung. Zwar bezweckt § 117 SGB V einfachgesetzlich auch eine Förderung der Lehre, doch hat der Gesetzgeber die lt. Beschluss Hochschulambulanzen nicht von dem in § 12 SGB V übergreifend statuierten Gebot der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit der Versorgung befreit. In diesem Fall war das Grundrecht folglich nur mit zu berücksichtigen, nicht aber vorrangig.

Ob grundsätzlich ein Anspruch auf Planaufnahme aufgrund von autonomer (Mit-) Gestaltung der eigenen Versorgungsaufträge durch Universitätskliniken bestehen kann, ist aber weiterhin fraglich und lediglich für einzelne Fälle entschieden worden.

Das VG Dresden und das OVG Bautzen haben in ihren Urteilen autonome Bestimmungsrechte der Hochschulkliniken abgelehnt.<sup>640</sup> Andere Rechtsprechung, beispielsweise aus Niedersachsen<sup>641</sup>, aber auch aus Nordrhein-Westfalen<sup>642</sup> sehen das anders. So entschied das VG Köln im Jahr 2008, dass die Uniklinik Köln als Einrichtung der Universität zu Köln keinen Konkurrenzschutz bei Auswahlentscheidungen genießt, da die Aufnahme eines anderen Krankenhauses in den Krankenhausplan grundsätzlich nicht die eigenen Rechte einer Hochschulklinik aus dem KHG beeinträchtigen kann.<sup>643</sup> Das VG Köln folgerte dies aus dem Umstand, dass die Uniklinik Köln über die landesrechtlichen Vorschriften zum Hochschulbau gefördert wird und damit nach anderen Vorschriften wie andere Krankenhäuser, weshalb eine Verletzung eigener Rechte der Hochschulklinik aus dem KHG nicht möglich ist.<sup>644</sup> Insoweit fehle es hier schon an einem Anspruch auf ermessensfehlerfreie Entscheidung.<sup>645</sup>

Die Aufgaben von Forschung und Lehre sind bei der Krankenhausplanung stets zu berücksichtigen. Bei der Erarbeitung des Krankenhausplanes ist der sich aus der Freiheit von Wissenschaft, Forschung und Lehre ergebende Bedarf der Hochschulkliniken an Bettenkapazitäten bei der Bedarfsanalyse der Krankenhausplanung auf erster Stufe (Schritt 2)<sup>646</sup> zu berücksichtigen.<sup>647</sup>

Universitätskliniken nehmen auch nach der hier vertretenen Meinung gerade nicht an Auswahlentscheidungen teil. Sie genießen keinen Konkurrenzschutz, ihre Bedarfe und Kapazitäten stehen insoweit aber auch nicht zur Disposition.

---

<sup>640</sup> VG Dresden, Urteil vom 01.12.2022 – 7K 2293/18, S. 6; OVG Bautzen, Urteil vom 27.09.2023 – 5 A 37/23.

<sup>641</sup> S.o.: [D. I.]

<sup>642</sup> VG Köln, Urteil vom 15.04.2008 – 7 K 3870/06; GesR 2008, S. 323.

<sup>643</sup> VG Köln, Urteil vom 15.4.2008 – 7 K 3870/60; GesR 2008, S. 323 f.

<sup>644</sup> VG Köln, Urteil vom 15.4.2008 – 7 K 3870/60; GesR 2008, S. 323 f.

<sup>645</sup> Bei Plankrankenhäusern gilt insoweit, dass ein Krankenhaus, das sich der Auswahl für eine Planaufnahmeentscheidung unter mehreren Konkurrenten nicht stellt, in einem Recht, das es selbst nicht in Anspruch nimmt auch nicht verletzt sein kann – OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 25.11.2005 – 13 B1599/05, GesR 2006, S. 86 f.

<sup>646</sup> S.o.: [B. II. 2.].

<sup>647</sup> VG Köln, Urteil vom 15.4.2008 – 7 K 3870/60; GesR 2008, S. 323 f.

## **E. Viertes Kapitel – Änderungsforderungen**

Aktuell steht die Krankenhausplanung und -finanzierung, insbesondere auch rund um die Universitätskliniken, im Fokus der deutschen Gesundheitspolitik. Schon seit Jahren gehen Forderungen vermehrt in die Richtung, dass Hochschulkliniken mehr Eigenverantwortlichkeit und planerische Hoheit zugesprochen werden soll. Hin zu einem Umfang, bei welchem sie wirklich eigenständig über ihren Versorgungsauftrag bestimmen können und nicht mehr von finanziellen Abhängigkeiten geleitet werden.

„*Erst Planung – dann Finanzierung*“.<sup>648</sup>

Hierfür unerlässlich ist eine zentrierte Krankenhausplanung.

Insgesamt wird für diese Forderungen eine Krankenhausplanung mit deutlich mehr Planvorgaben als zum jetzigen Zeitpunkt notwendig werden. Das ergibt sich nicht nur aus der einschlägigen Rechtsprechung<sup>649</sup>, sondern auch aus Forderungen von Politik<sup>650</sup> sowie Wissenschaft<sup>651</sup> und Praxis. Hochschulkliniken werden auch zum jetzigen Zeitpunkt nur wenig von den Planvorgaben tangiert und planen im Vorfeld zur allgemeinen Krankenhausplanung weitestgehend eigenverantwortlich. Hochschulkliniken sollten dabei in ihrer Planung aber nicht etwa mehr beschränkt, sondern sogar bei den Planungsvorgaben in der allgemeinen Krankenhausplanung mitwirken und als mitbestimmende Zentren der Planung etabliert werden.

### **I. Reform der Krankenhausplanung**

Vor allem die Krankenhausplanung ist derzeit das Zentrum großer Reformbemühungen. Durch die Corona-Pandemie wurde uns aufgezeigt, dass die Krankenhauslandschaft in Deutschland insbesondere krisensicher und belastbar sein muss. Eine dauerhafte Überlastung des Systems wiederum fördert weder den medizinisch-wissenschaftlichen Fortschritt, noch führt es zu einer bestmöglichen und bedarfsgerechten Versorgung einer immer älter werdenden Bevölkerung in Deutschland. Die große Krankenhausreform der Bundesregierung beispielsweise will dabei Kriterien wie Erreichbarkeit und demografische Entwicklung in den Fokus der notwendigen Reformen für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenversorgung rücken.<sup>652</sup>

---

<sup>648</sup> <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Deutsche-Hochschulmedizin-verlangt-aktive-Krankenhausplanung-422383.html>.

<sup>649</sup> S.o.: [D. I. 4. ]; BVerwG, Urteil vom 11.11.2021 – 3 C 6.20.

<sup>650</sup> BMG: Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission.

<sup>651</sup> *Deutsche Hochschulmedizin e.V.*: Im Zeichen der Universitätsmedizin: Deutsche Hochschulmedizin legt Agenda für die kommende Legislaturperiode vor.

<sup>652</sup> *Bundesregierung*: Koalitionsvertrag 2021 – 2025, S. 67.

## 1. Kompetenzbündelung

Erster Schritt zu einer zukunftsfähigen Krankenhausplanung könnte eine Kompetenzbündelung in regionalen und überregionalen Zentren darstellen. Daher ist dies auch ein, schon vor der Krankenhausreform der Bundesregierung, immer wieder formulierter Reformvorschlag.

### a) Festlegungen von Versorgungsstufen im Krankenhausplan

Der Marburger Bund fordert etwa eine verpflichtende Festlegung von Versorgungsstufen im Krankenhausplan.<sup>653</sup> Bislang kennt man zwar ebenfalls die Unterscheidung zwischen Grundversorgung, Schwerpunktversorgung und Maximalversorgung (zuzüglich noch weiter spezialisierter Universitätskliniken), diese müssen jedoch nicht zwingend im Krankenhausplan ausgezeichnet werden.<sup>654</sup> Um insbesondere eine adäquate Grundversorgung in der Fläche und auch im ländlichen Gebiet sicherzustellen, ist es aber unerlässlich, Ressourcen zur Schwerpunkt- und Maximalversorgung zu bündeln, um mehr Kapazitäten für die Grundversorgung im gesamten Gebiet zur Verfügung stellen zu können. Das Wettbewerbskonzept im Krankenhausbereich hat sich nicht bewährt. Es bietet sich daher an, vermehrt medizinische Kompetenz zu bündeln, statt vielerorts überwiegend Krankenhäuser mit den gleichen Subspezialitäten zu haben, da diese am vermeintlich gewinnbringendsten sind.<sup>655</sup> Kooperationen und Vernetzungen zwischen Kliniken, Ärzten und Pflegeeinrichtungen könnten diese neugestaltete Versorgungsstruktur noch weiter stützen.

### b) Fehlende Sichtbarkeit der Hochschulmedizin

Die Hochschulmedizin wird insgesamt zu wenig differenziert von der restlichen Medizin gesehen. Das betrifft sowohl den Planungsaspekt als auch die Finanzierung. Bereiche, die kraft der Natur der Sache sehr eng miteinander zusammenhängen.<sup>656</sup>

In Deutschland fehlt es an einer Gesamtverantwortung in der Universitätsmedizin. Stattdessen gibt es unterschiedliche Stellen im System für Forschung und Lehre (Ressort Wissenschaft) und Krankenversorgung (Ressort Gesundheit und Soziales). Jeder betrachtet die Situation aus seinem Blickwinkel, was zu Differenzen führt. Neben Bund und Ländern gibt es im deutschen Gesundheitssystem auch noch eine Selbstverwaltung durch die Krankenhäuser.<sup>657</sup>

---

<sup>653</sup> *Marburger Bund*: Zukunft der Krankenhausversorgung aus ärztlicher Sicht, S. 2.

<sup>654</sup> *Marburger Bund*: Zukunft der Krankenhausversorgung aus ärztlicher Sicht, S. 2.

<sup>655</sup> *Marburger Bund*: Zukunft der Krankenhausversorgung aus ärztlicher Sicht, S. 3.

<sup>656</sup> *Heyder* in Hanns Martin Schleyer-Stiftung: XIII. Hochschulsymposium. Hochschulmedizin auf dem Prüfstand, S. 77.

<sup>657</sup> *Heyder* in Hanns Martin Schleyer-Stiftung: XIII. Hochschulsymposium. Hochschulmedizin auf dem Prüfstand, S. 77.

Der Austausch zwischen Wissenschaftspolitik und Gesundheitspolitik hat keine gemeinsame nationale Basis, was jedoch von bedeutender Wichtigkeit wäre, um das Thema Universitätsmedizin ganzheitlich auf Bundesebene betrachten zu können.<sup>658</sup>

Schon heute fungiert die Hochschulmedizin in anderen Ländern (z. B. den Niederlanden<sup>659</sup>) als zentraler Steuerungshebel für das gesamte Gesundheitssystem.<sup>660</sup> Etwas, woran sich die deutsche Hochschulmedizin ein Vorbild nehmen möchte und sollte.<sup>661</sup>

Trotz der enormen Wichtigkeit der Universitätskliniken gibt es derzeit leider kein Sprachrohr, über das sich die Hochschulkliniken in der Politik oder in der Gesellschaft Gehör verschaffen können. Heyo K. Kroemer hat das mit folgender Aussage auf den Punkt gebracht:

*„Ich glaube, dass die Problematik sachlich darin besteht, dass wir nirgendwo als Institution materiell zu Hause sind, sondern am Ende des Tages zwischen allen Stühlen sitzen.“<sup>662</sup>*

#### c) Regionale Koordinationsaufgaben der Universitätskliniken

Eine der wenigen vorhandenen Vereinigungen, die sich ressortübergreifend für die Gesamtheit der Universitätsmedizin in Deutschland stark macht, ist der „Verband Deutscher Hochschulmedizin e. V.“.

Auch bei der Planung für die laufende Legislaturperiode im August 2021 hatte die Deutsche Hochschulmedizin die Gunst der Stunde genutzt, um auf defizitäre Strukturen, Finanzierungs- und Organisationsprobleme hinzuweisen, mit denen sich nicht nur Hochschulkliniken, sondern alle Krankenhäuser konfrontiert sehen.<sup>663</sup>

*„Die Corona-Pandemie hat wie unter einem Brennglas den besonderen Wert der Hochschulmedizin für die Gesellschaft deutlich gemacht – sei es durch die Versorgung von Schwerkranken, Erforschung von Impf- und Wirkstoffen oder Beratung von Politik und Behörden.“<sup>664</sup>*

---

<sup>658</sup> Heyder in Hanns Martin Schleyer-Stiftung: XIII. Hochschulsymposium. Hochschulmedizin auf dem Prüfstand, S. 77.

<sup>659</sup> Deutsche Hochschulmedizin e.V.: Krankenversorgung. Forschung. Lehre. Wir leisten mehr., S. 7.

<sup>660</sup> Heyder in Hanns Martin Schleyer-Stiftung: XIII. Hochschulsymposium. Hochschulmedizin auf dem Prüfstand, S. 77.

<sup>661</sup> Heyder in Hanns Martin Schleyer-Stiftung: XIII. Hochschulsymposium. Hochschulmedizin auf dem Prüfstand, S. 77.

<sup>662</sup> Kroemer in Hanns Martin Schleyer-Stiftung: XIII. Hochschulsymposium. Hochschulmedizin auf dem Prüfstand, S. 87.

<sup>663</sup> Deutsche Hochschulmedizin e.V.: Pressemitteilung vom 27.08.2021- Im Zeichen der Universitätsmedizin: Deutsche Hochschulmedizin legt Agenda für die kommende Legislaturperiode vor.

<sup>664</sup> Deutsche Hochschulmedizin e.V.: Pressemitteilung vom 27.08.2021- Im Zeichen der Universitätsmedizin: Deutsche Hochschulmedizin legt Agenda für die kommende Legislaturperiode vor.

Die Hochschulmedizin forderte daher eine weitergehende Berücksichtigung und Würdigung ihrer facettenreichen Arbeit.<sup>665</sup> Auch hier stehen vordergründig die Bereiche Planung und Finanzierung im Fokus der Agenda.

*„Aktive Krankenhausplanung“ – „Erst Planung, dann Finanzierung“<sup>666</sup>*

Als erster Schritt soll im Bereich der Planung umgestellt werden. Regionale Netzwerke mit Universitätskliniken (oder anderen Maximalversorgern) als Zentren könnten künftig die Rahmenplanung ersetzen oder ergänzen.

Universitätskliniken sollen dabei auch regionale Koordinationsaufgaben übernehmen. Andere Krankenhäuser profitierten dabei von der universitären Expertise und dem Austausch. Dieser Netzwerkgedanke sollte die Krankenhausplanung revolutionieren.<sup>667</sup> Die zumindest teilweise unabhängige, in weiten Teilen aber finanzierungsabhängige und durch fehlende Fördermittel sowohl in Forschung und Lehre als auch bei der Krankenversorgung eingeschränkte Hochschulklinikplanung, müsste für eine effektivere Krankenversorgung besser in die allgemeine Krankenhausplanung integriert werden. Ressourcen und Expertise können nur auf diese Weise adäquat angewendet und aufeinander abgestimmt werden. Dies würde beispielsweise auch eine Beteiligung des Wissenschaftsministeriums an Landeskrankhausplanungsausschüssen noch sinnvoller erscheinen lassen.<sup>668</sup>

Innerhalb einer Region sind Universitätskliniken sowohl bei der Versorgung, Forschung und Ausbildung tätig als auch koordinierend und beratend. Koordination und Beratung könnten hierbei noch wesentlich ausgebaut werden, denn Universitätskliniken sind aus der Praxis heraus am besten geeignet, sektor- und standortübergreifende Versorgungsketten zu organisieren.<sup>669</sup>

#### d) Vernetzung mit anderen Planungen

Noch weitere Durchschlagskraft könnte die Kompetenzbündelung bekommen, wenn die Krankenhauspläne außerdem mit anderen Versorgungsplänen, insbesondere den Bereichsplänen der Rettungsdienste, abgestimmt werden.<sup>670</sup>

---

<sup>665</sup> *Deutsche Hochschulmedizin e.V.*: Pressemitteilung vom 27.08.2021- Im Zeichen der Universitätsmedizin: Deutsche Hochschulmedizin legt Agenda für die kommende Legislaturperiode vor.

<sup>666</sup> *Deutsche Hochschulmedizin e.V.*: Im Zeichen der Universitätsmedizin: Deutsche Hochschulmedizin legt Agenda für die kommende Legislaturperiode vor.

<sup>667</sup> *Deutsche Hochschulmedizin e.V.*: Im Zeichen der Universitätsmedizin: Deutsche Hochschulmedizin legt Agenda für die kommende Legislaturperiode vor.

<sup>668</sup> S.o.: [C. II, 2. b) (2) (b)].

<sup>669</sup> *Deutsche Hochschulmedizin e.V.*: Agenda der Deutschen Hochschulmedizin für die kommende Legislaturperiode (Faktenblatt 10), S. 4.

<sup>670</sup> *Marburger Bund*: Zukunft der Krankenhausversorgung aus ärztlicher Sicht, S. 3.

## 2. Bundeseinheitliche Stufen (Level)

Die Regierungskommission der 24. Amtierenden Bundesregierung der Bundesrepublik Deutschland schlug Anfang 2023 zur Verbesserung der Krankenhausplanung vor, die Reform in der Form umzusetzen, dass zunächst bundeseinheitliche Stufen definiert werden und sich die Krankenhausversorgung an diesen orientieren sollte.<sup>671</sup>

Damit einhergehend wollte man Leistungsgruppen schaffen, welche Mindestvoraussetzungen im Sinne einer mindestens erforderlichen Strukturqualität festschreiben.<sup>672</sup>

Jeder Leistungsgruppe wäre dann eine neue Versorgungsstufe (genannt: Level) zugeordnet worden.<sup>673</sup>

Die Planung sollte dafür künftig in allen Bundesländern verbindliche Stufen enthalten.

Dabei hätte es dann auch ein explizites Level IIIU (Universitätsmedizin) gegeben. Im Vergleich zur sonstigen Stufe III – Maximalversorger wären den Universitätskliniken Zusatzaufgaben und eine Sonderrolle mit erweitertem Leistungsspektrum zuerkannt worden.<sup>674</sup>

Geplant war, dass sie künftig auch bei der Koordination der regionalen Versorgung mitwirken und dabei andere Krankenhäuser beispielsweise über Zentren oder Telemedizin unterstützen und anleiten.<sup>675</sup>

Ihnen wäre damit eine planerische Leitrolle auch abseits von ihrer durch Forschung und Lehre geprägten eigenen, zwar finanzierungsabhängigen, aber selbstbestimmten Krankenhausversorgung zuteilgeworden.<sup>676</sup>

Damit hätte man eine einheitliche Festlegung der Versorgungsstufen geschaffen; man könnte der Hochschulmedizin eine höhere Sichtbarkeit verschaffen und die Universitätskliniken könnten ihre Vorzüge und ihre durch Forschung und Lehre herausgestellte Arbeit, stets auf medizinischen Fortschritt bedacht, weiter stärken.

Für diesen Vorschlag der Regierungskommission konnte jedoch keine Einigung mit den Ländern erzielt werden. Es wird Vorhaltekosten und Leistungsgruppen geben<sup>677</sup>; die Leistungsstufen mit dem herausgestellten Level IIIU sind derzeit jedoch nicht mehr geplant.<sup>678</sup>

---

<sup>671</sup> BMG: Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission, S. 11.

<sup>672</sup> BMG: Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission, S. 11f.

<sup>673</sup> BMG: Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission, S. 10.

<sup>674</sup> BMG: Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission, S. 12.

<sup>675</sup> BMG: Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission, S. 12.

<sup>676</sup> BMG: Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission, S. 16.

<sup>677</sup> S.u.: [E. III.].

<sup>678</sup> Kurz in Deutsches Ärzteblatt vom 09.06.2023: Krankenhausreform – Level sind vom Tisch, S. 1001.

## II. Reform der Krankenhausfinanzierung

Durch die wettbewerbliche Ausrichtung der Krankenhäuser sind Ärztinnen und Ärzte, die Pflege und andere Gesundheitsberufe zudem einem fortwährenden kommerziellen Rechtfertigungsdruck ausgesetzt. Gesundheit ist aber kein marktwirtschaftliches Gut, sondern öffentlicher Auftrag im Rahmen der Daseinsvorsorge.<sup>679</sup> Ökonomische Interessen können nicht ausgeblendet werden – sie dürfen aber die Versorgung nicht dominieren, wie das derzeit jedoch immer mehr der Fall wird.<sup>680</sup> Deshalb benötigt die Krankenhausversorgung eine Neujustierung auf mehreren Ebenen. Die Strukturen der Versorgung sollten stärker auf Kooperation und Vernetzung ausgerichtet werden, die Krankenhausplanung muss endlich wieder ihrem Ziel einer „bedarfsgerechten Sicherstellung der Versorgung“ entsprechen und die Finanzierung der Kliniken könnte durch ein neues Vergütungssystem sowie nachhaltige Investitionen unter Beteiligung des Bundes grundlegend reformiert werden.<sup>681</sup>

### 1. Die Schwächen der DRGs

Beim 13. Hochschulsymposium in Berlin wurde beim Thema Krankenhausfinanzierung schon fast mantraartig das Fallpauschalensystem bemängelt.

Die derzeit verwendeten DRGs gelten gleichermaßen für Hochschulkliniken wie auch für sonstige Krankenhäuser.<sup>682</sup> Das wird der Universitätsmedizin aber nicht gerecht. Anders als andere Krankenhäuser (auch in der Maximalversorgung) werden Universitätskliniken stärker mit außergewöhnlichen Notfällen, Extremkostenfällen und seltenen Erkrankungen konfrontiert. Daneben betreiben sie Hochschulambulanzen und sind in der Weiterbildung tätig. Das alles sind Bereiche, welche das Fallpauschalensystem nicht adäquat abdeckt, weshalb Universitätskliniken kaum noch wissen, wie sie all diese Bereiche parallel finanzieren sollen.<sup>683</sup>

Das DRG-System muss überwunden werden.<sup>684</sup> Insbesondere für die Hochschulmedizin bedarf es einer Ergänzung um Finanzierungsansätze, welche neben der Grundversorgung auch hoch spezialisierte Vorhaltungen absichern, sowie besondere Belastungen durch Extremkostenfälle ausgleichen können.<sup>685</sup>

---

<sup>679</sup> *Marburger Bund*: Zukunft der Krankenhausversorgung aus ärztlicher Sicht, S. 1.

<sup>680</sup> *Marburger Bund*: Zukunft der Krankenhausversorgung aus ärztlicher Sicht, S. 1.

<sup>681</sup> *Marburger Bund*: Zukunft der Krankenhausversorgung aus ärztlicher Sicht, S. 1.

<sup>682</sup> *Heyder* in Hanns Martin Schleyer-Stiftung: XIII. Hochschulsymposium. Hochschulmedizin auf dem Prüfstand, S. 75.

<sup>683</sup> *Kroemer* in Hanns Martin Schleyer-Stiftung: XIII. Hochschulsymposium. Hochschulmedizin auf dem Prüfstand, S. 78.

<sup>684</sup> *Deutsche Hochschulmedizin e.V.*: Agenda der Deutschen Hochschulmedizin für die kommende Legislaturperiode (Faktenblatt 10).

<sup>685</sup> *Deutsche Hochschulmedizin e.V.*: Agenda der Deutschen Hochschulmedizin für die kommende Legislaturperiode (Faktenblatt 10).

Angepasst an die vielfach geforderten neuen Versorgungsstufen könnte auch die Finanzierung jeweils darauf abgestimmt werden. Nur so kann die Finanzierung dem deutlich umfassenderen Leistungsspektrum der Universitätsmedizin auch gerecht werden.<sup>686</sup>

Insgesamt lässt sich der Mehrbedarf bei Universitätskliniken, insbesondere herrührend von den hinzutretenden Aufgaben in Forschung und Lehre, auch empirisch nachweisen.<sup>687</sup>

## 2. Investitionskostenförderungsdefizit

Daneben gibt es insbesondere seit der Abschaffung des Hochschulbauförderungsgesetz (HBFG) auch ein stetig anwachsendes Investitionskostenförderungsdefizit und damit zusammenhängend einen größer werdenden Investitionsstau bei den Ländern.<sup>688</sup>

Die Investitionskostenförderung des Bundes unter Einbeziehung der Hochschulkliniken könnte wiederbelebt und ausgebaut werden.<sup>689</sup> Würde der Bund einen dauerhaften Beitrag zur Investitionskostenfinanzierung leisten<sup>690</sup> und z. B. auch das Netzwerk Universitätskliniken (NUK) weiterfinanzieren, könnte das die Länder maßgeblich entlasten<sup>691</sup>

Nach der Aufgabe des HBFG hat sich deutlich gezeigt, dass die Bundesländer allein die Investitionskostenförderung der Universitätskliniken kaum leisten könnten.<sup>692</sup> Die Länder beteiligten sich beispielsweise über den Bundesrat an der Gesetzgebung und setzen Bundesgesetze um.<sup>693</sup> Eine abgestimmte Unterstützung durch den Bund, welcher sich auch mit bundesrechtlichen Vorgaben an der Krankenhausplanung der Länder beteiligt, wäre daher denkbar. Kerngedanke des Föderalismus ist es auch, die Zusammenarbeit zwischen Bund und Ländern zu fördern, um Probleme gemeinsam bewältigen zu können.<sup>694</sup>

---

<sup>686</sup> *Deutsche Hochschulmedizin e.V.*: Agenda der Deutschen Hochschulmedizin für die kommende Legislaturperiode (Faktenblatt 10).

<sup>687</sup> *Gürkan* in Hanns Martin Schleyer-Stiftung: XIII. Hochschulsymposium. Hochschulmedizin auf dem Prüfstand, S. 85.

<sup>688</sup> *Einhäupl* in Hanns Martin Schleyer-Stiftung: XIII. Hochschulsymposium. Hochschulmedizin auf dem Prüfstand, S. 40.

<sup>689</sup> *Deutsche Hochschulmedizin e.V.*: Agenda der Deutschen Hochschulmedizin für die kommende Legislaturperiode (Faktenblatt 10), S. 6.

<sup>690</sup> *Deutsche Hochschulmedizin e.V.*: Im Zeichen der Universitätsmedizin: Deutsche Hochschulmedizin legt Agenda für die kommende Legislaturperiode vor.

<sup>691</sup> *Deutsche Hochschulmedizin e.V.*: Im Zeichen der Universitätsmedizin: Deutsche Hochschulmedizin legt Agenda für die kommende Legislaturperiode vor.

<sup>692</sup> *Deutsche Hochschulmedizin e.V.*: Agenda der Deutschen Hochschulmedizin für die kommende Legislaturperiode (Faktenblatt 10), S. 6.

<sup>693</sup> *BMG*: Das deutsche Gesundheitssystem, S. 13.

<sup>694</sup> *BMG*: Das deutsche Gesundheitssystem, S. 13.

### 3. Reformvorschlag: Vorhaltekosten

Bezogen auf die Krankenhausfinanzierung, inkl. der Investitionskostenfinanzierung könnte ein erster Reformschritt die Etablierung von Vorhaltekosten darstellen.

Durch die Festlegung von Versorgungsstufen könnte man auch die Finanzierung über Vorhaltekosten gemessen an dieser Stufe als leistungsunabhängige Pauschalen einführen. Derzeit erhalten alle Krankenhäuser eine Vergütung über DRG, ob ihnen dabei neueste, innovativste und teuerste Gerätschaften zur Diagnose und Behandlung zur Verfügung stehen (welche angeschafft und unterhalten werden müssen), spielt für die Abrechnung eines Behandlungsfalles keine wesentliche Rolle. Dies stellt einen enormen finanziellen Nachteil für gut ausgestattete Kliniken dar.<sup>695</sup>

Indes entstehen durch die jetzige Situation auch große Unterschiede bei der Versorgungsqualität, da die Behandlung in kleineren Häusern auf deutlich rudimentäre, veraltete Gerätschaften und fehlende Erfahrung und Know-how zurückgreifen muss.<sup>696</sup>

Krankenhausinvestitionen müssen künftig gestärkt werden und auch wieder vermehrt von Bund und Ländern gemeinsam betrachtet werden. Soweit der Bund auch bei der Krankenhausplanung Einflüsse ausübt, ist es nur folgerichtig, dass er sich auch wieder über die Investitionskostenförderung daran beteiligt.<sup>697</sup>

## III. Verknüpfung von Krankenhausplanung und -finanzierung zugunsten der Hochschulmedizin

Oben wurde bereits erwähnt, dass einige bei der Hochschulmedizin mokieren, dass diese, sowohl bei Planungsaspekten als auch bei der Finanzierung, insgesamt zu wenig differenziert von der restlichen Medizin gesehen wird. Bei Krankenhausplanung und -finanzierung handelt es sich jedoch um Bereiche, die kraft der Natur der Sache sehr eng miteinander zusammenhängen und verbunden sind.<sup>698</sup>

### 1. Flächendeckende Versorgungsqualität

Die Indikationsqualität darf sich nicht an der Gewinnbringung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen orientieren. Im Mittelpunkt der ärztlichen Versorgung sollte das

---

<sup>695</sup> *Marburger Bund*: Zukunft der Krankenhausversorgung aus ärztlicher Sicht, S. 3.

<sup>696</sup> *Marburger Bund*: Zukunft der Krankenhausversorgung aus ärztlicher Sicht, S. 3.

<sup>697</sup> *Marburger Bund*: Zukunft der Krankenhausversorgung aus ärztlicher Sicht, S. 3.

<sup>698</sup> *Heyder* in Hanns Martin Schleyer-Stiftung: XIII. Hochschulsymposium. Hochschulmedizin auf dem Prüfstand, S. 77.

Wohl des Patienten stehen und eine Leitung durch kommerzielle Erwägungen muss ausgeschlossen bleiben.<sup>699</sup>

Zusätzlich fordert der wachsende Einfluss des Bundes eine schrittweise weitere Vereinheitlichung der Krankenhausplanung auf Bundesebene.<sup>700</sup> Dieser Einfluss sollte durch den Bund jedoch auch finanziell mitgetragen werden. Auf keinen Fall dürfen Vorgaben des Bundes, soweit diese verfassungsrechtlich zulässig sind, die Landeskassen überfordern, ohne dass diese sich dagegen wehren können.<sup>701</sup>

## 2. Neugestaltung der Krankenhauslandschaft

Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung lassen sich nicht vollends unabhängig voneinander betrachten. Die immer existenzieller werdende Finanzierungsfrage überschattet die Krankenhausplanung und damit die gesamte bundesweite Krankenhauslandschaft.

Hintergrund der bislang verwendeten Rahmenplanung war der ökonomische Glaube, der Markt würde die Planung im Zusammenspiel mit den Fallpauschalen schon ausreichend vorantreiben.<sup>702</sup>

Da auch durch die Ergänzung um Qualitätsvorgaben bei der Selbstverwaltung der Krankenhäuser diese Erwartungen nicht erfüllt werden konnten, wurde in den vergangenen Jahren vermehrt festgestellt, dass die Krankenhäuser vom Wettbewerb geprägt, ja regelrecht vereinnahmt werden.<sup>703</sup>

Die eingesetzte Regierungskommission der 24. Amtierenden Bundesregierung der Bundesrepublik Deutschland setzte bei Aufstellung der Reformpläne, insbesondere bei den aktuell im Vordergrund stehenden ökonomischen Aspekten in der Krankenhausplanung und damit einhergehenden Defiziten im Bereich der Krankenhausfinanzierung, an.<sup>704</sup>

---

<sup>699</sup> *Marburger Bund*: Zukunft der Krankenhausversorgung aus ärztlicher Sicht, S. 4.

<sup>700</sup> *Marburger Bund*: Zukunft der Krankenhausversorgung aus ärztlicher Sicht, S. 3.

<sup>701</sup> *Marburger Bund*: Zukunft der Krankenhausversorgung aus ärztlicher Sicht, S. 3.

<sup>702</sup> *Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen*: Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen 2022, S. 10.

<sup>703</sup> <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/krankenhausreform-4-sitzung-bund-laender-gruppe-fuer-die-krankenhausreform.html>.

<sup>704</sup> <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/krankenhausreform-4-sitzung-bund-laender-gruppe-fuer-die-krankenhausreform.html>.

Die aktuelle Krankenhauskrise entstand nicht allein durch Fehlinvestitionen in den vergangenen Jahren oder aus dem Investitionsstau bei den Ländern, sondern vor allem aufgrund des fehlgeleiteten Fallpauschalensystems.<sup>705</sup>

Man muss folglich weg von der vordergründigen Orientierung an ökonomischen Aspekten. Der Weg dahin soll über eine Vorhaltepauschalen (Vorhaltekosten/ Leistungskomplexe) und einer Orientierung an medizinischen Leistungsaspekten führen.<sup>706</sup>

Es herrscht Einigkeit darüber, dass Qualitätsdefizite in den Krankenhäusern überwunden und damit einhergehend Vergütungen geschaffen und die zusätzlichen Aufgaben in der qualitativ höheren und teureren Spezialversorgung auch entsprechend vergütet werden müssen.<sup>707</sup>

Es ist das Phänomen zu erkennen, dass sich in Ballungsräumen häufig Krankenhäuser, mit immer gleichen Spezialisierungen (durch Gewinnbringung geleitet) in starker Konkurrenz begegnen, während es in ländlicheren Gegenden zunehmend schon an einer ausreichenden Grundversorgung fehlt.<sup>708</sup>

Wichtig ist, dass die Reformbemühungen schlussendlich kein Krankenhausschließungsplan, sondern vielmehr ein Zuständigkeitsverteilungsplan werden. Man verlegt Leistungen um. Es kann nicht jeder Versorgungsbereich überall angeboten werden. Was jedoch schon entscheidend sein sollte, ist, dass die wichtigsten Bereiche (insb. Notfallambulanzen) adäquat flächendeckend vorhanden sind. Bei spezielleren Behandlungen (z. B.: Krebsvorsorge und -versorgung) bietet sich dann die Organisation in Zentren an, in welchen allerorts auf neueste Gerätschaften, hohe Erfahrungsgrade und geschultes Personal zurückgegriffen werden kann.<sup>709</sup>

Es sollte künftig bei der Finanzierung auch berücksichtigt werden, wie, durch wen und mit welchen Geräten die Untersuchungen tatsächlich stattgefunden haben. Neueste Technologien, gut ausgebildetes Fachpersonal und Erfahrung haben ihren Preis. Soweit damit bessere Behandlungserfolge zu erwarten sind, muss sich dies bei der Finanzierung und Mittelerlangung auch bemerkbar machen, ansonsten geraten primär qualitative und quantitative Top-Versorger, wie im Regelfall vor allem auch Universitätskliniken, in Nachteil.

---

<sup>705</sup> Heyder in Hanns Martin Schleyer-Stiftung: XIII. Hochschulsymposium. Hochschulmedizin auf dem Prüfstand, S. 75.

<sup>706</sup> BMG: Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission, S. 23.

<sup>707</sup> BMG: Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission, S. 16.

<sup>708</sup> Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen: Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen 2022, S. 10.

<sup>709</sup> <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/krankenhausreform-4-sitzung-bundlaender-gruppe-fuer-die-krankenhausreform.html>.

Ein gleicher (Fallpauschalen)-Satz für alle Krankenhäuser bei derselben Behandlung, ganz gleich, mit welcher Ausstattung oder mit welchem Know-how sie diese durchführen, kann nicht zielführend sein und verleitet gerade dazu, sich als kleines Klinikum „billig“ hohe Behandlungsentgelte zu „sichern“.<sup>710</sup>

Folglich müssen künftig zusätzliche Aufgaben überhaupt und eine qualitativ hochwertigere Versorgung höher als die Standard-Grundversorgung vergütet werden.<sup>711</sup>

Daneben muss im Rahmen einer Reform auch das Verhältnis vollstationärer zu ambulanter Versorgung angegangen werden. Das Problem ist, dass einige mehrere Tage andauernde Diagnose- und Therapieplanerstellungsbehandlungen, für die der Patient gründlich untersucht und umfassende spezielle Medizintechnik eines Krankenhauses beansprucht werden muss, derzeit nur als Krankenhausbehandlung abgerechnet werden können, wenn der Patient auch über Nacht bleibt.<sup>712</sup> Das System ist ineffizient, denn die Übernachtung bringt den Patienten keinen Mehrwert und fordert nur Kapazitäten des Pflegepersonals. Auch hier bedarf es einer anderen Vergütungs- und Planungsstruktur, die insbesondere den Zentren (vorwiegend Universitätskliniken) durch Sonderregelungen und -vergütungen eine ambulante Versorgung ermöglicht.<sup>713</sup>

### 3. Die Entwicklungen in der Krankenhausreform

Im Juli 2023 wurden die Reformbemühungen der 24. Amtierenden Bundesregierung der Bundesrepublik Deutschland nochmals in einem 15-Seitigen Eckpunktepapier zur Krankenhausreform überarbeitet. Die zentralen Ziele der Reform werden mit Gewährleistung von Versorgungssicherheit (Daseinsvorsorge), Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität und Entbürokratisierung beschrieben.<sup>714</sup>

Es folgen Begriffsdefinitionen und eine detaillierte Erläuterung zur geplanten Vorhaltevergütung und zum Leistungsgruppenmodell.<sup>715</sup> Die Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser wird bislang insbesondere im Rahmen der Fallpauschalen finanziert.<sup>716</sup> Durch die Einführung der Vorhaltefinanzierung sollen die Erlöse neu verteilt werden, jedoch

---

<sup>710</sup> Heyder in Hanns Martin Schleyer-Stiftung: XIII. Hochschulsymposium. Hochschulmedizin auf dem Prüfstand, S. 75.

<sup>711</sup> BMG: Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission, S. 16.

<sup>712</sup> <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/krankenhausreform-4-sitzung-bund-laender-gruppe-fuer-die-krankenhausreform.html>.

<sup>713</sup> <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/krankenhausreform-4-sitzung-bund-laender-gruppe-fuer-die-krankenhausreform.html>.

<sup>714</sup> BMG: Eckpunktepapier – Krankenhausreform -, S. 1.

<sup>715</sup> BMG: Eckpunktepapier – Krankenhausreform -, S. 3 ff.

<sup>716</sup> Kurz in Deutsches Ärzteblatt vom 09.06.2023: Krankenhausreform – Level sind vom Tisch, S. 1001.

insgesamt nicht zwingend erhöht.<sup>717</sup> Erhöht vergütet werden sollen aber durch Zuschläge insbesondere auch koordinierende und vernetzende Aufgaben durch Universitätskliniken oder andere hierzu geeignete Versorger.<sup>718</sup> So könnten zukünftig, nach mehrjähriger Übergangsphase, ca. 60 % der Betriebskosten über die Vorhaltepauschale und ca. 40 % über die DRG-Fallpauschale berechnet werden.<sup>719</sup> Die Höhe des Vorhaltebudgets ergäbe sich zunächst nach Land (Landesbasisfallwert) und Leistungsgruppe.<sup>720</sup> Das Land würde das jeweilige Krankenhaus einer Leistungsgruppe zuweisen. Nach diesen Zuweisungen würde vom InEK auf empirisch-mathematischer Grundlage anhand der bisherigen Fallzahlen und Fallschweren eine Einstufung vorgenommen.<sup>721</sup> Das Vorhaltebudget soll schlussendlich auf der Grundlage dieser Einstufung, je Land und Leistungsgruppe, und unter Berücksichtigung zusätzlicher Zuschläge für koordinierende und vernetzende Aufgaben, z. B. der Universitätskliniken, auf die Krankenhäuser aufgeteilt werden.<sup>722</sup> Dabei würde das Zusatzentgelt aus zusätzlichen GKV-Mitteln fließen, um nicht die anderen Krankenhäuser durch dieses Zusatzentgelt zu schwächen.<sup>723</sup>

Außerdem werden in dem Eckpunktepapier nun auch die sogenannten Sektorenübergreifenden Versorger (Level II-Krankenhäuser) erläutert, welche künftig vor allem als Bindeglied zwischen stationärer und ambulanter Versorgung fungieren sollen.

Wie oben bereits angesprochen wird an den bundeseinheitlichen Versorgungsstufen, bei denen auch ein Level IIIU (Universitätsmedizin) vorgesehen gewesen wäre, vorerst nicht festgehalten, da hierfür keine Einigung mit den Ländern abzusehen ist.<sup>724</sup>

Die Zuteilungen von Krankenhäusern durch die Länder sollen über die Leistungsgruppen erfolgen.<sup>725</sup> Dabei würde die zuständige Landesbehörde den Krankenhäusern einzelne Leistungsgruppen per Bescheid zuweisen.<sup>726</sup> Es soll bundeseinheitliche Vorgaben für die Qualitätskriterien der jeweiligen Leistungsgruppe geben, welche für die Zuweisung am jeweiligen Krankenhausstandort oder über die Eingehung von Kooperationen erfüllt, sein müssen.<sup>727</sup>

Flankiert werden die Reformbemühungen mit dem geplanten Gesetz zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz (Krankenhaustransparenzgesetz), welches

---

<sup>717</sup> BMG: Eckpunktepapier – Krankenhausreform -, S. 4.

<sup>718</sup> BMG: Eckpunktepapier – Krankenhausreform -, S. 4.

<sup>719</sup> Kurz in Deutsches Ärzteblatt vom 09.06.2023: Krankenhausreform – Level sind vom Tisch, S. 1001.

<sup>720</sup> BMG: Eckpunktepapier – Krankenhausreform -, S. 5.

<sup>721</sup> BMG: Eckpunktepapier – Krankenhausreform -, S. 5.

<sup>722</sup> BMG: Eckpunktepapier – Krankenhausreform -, S. 5.

<sup>723</sup> BMG: Eckpunktepapier – Krankenhausreform -, S. 5.

<sup>724</sup> Kurz in Deutsches Ärzteblatt vom 09.06.2023: Krankenhausreform – Level sind vom Tisch, S. 1001.

<sup>725</sup> BMG: Eckpunktepapier – Krankenhausreform -, S. 9.

<sup>726</sup> BMG: Eckpunktepapier – Krankenhausreform -, S. 9.

<sup>727</sup> BMG: Eckpunktepapier – Krankenhausreform -, S. 9.

mittels eines Transparenzverzeichnisses, die jeweilige Leistungsbreite und die Qualifikation der einzelnen Krankenhäuser, für alle Bürger abrufbar, bereithalten soll.<sup>728</sup> In Kraft getreten ist das Krankenhaustransparenzgesetz zum 01. 01. 2024.<sup>729</sup> Auch der „Bundes-Klinik-Atlas“ ist mittlerweile online und enthält eine Übersicht über alle Krankenhäuser, deren Fall- und Bettenzahlen, der Zahl an Pflegekräften (inkl. Pflegepersonalquote), Notfallstufen und ausgewählte Zertifikate.<sup>730</sup>

#### 4. Schwierigkeiten der Krankenhausreform

Die Reformvorschläge der Bundesregierung, wurden zwar weitreichend, vor allem, was die Relevanz der verfolgten Ziele betrifft, sehr positiv aufgenommen. Dennoch gab es bezüglich der Umsetzbarkeit einige kritische Stimmen, welche leider auch einige grundlegende juristische Herausforderungen des Vorhabens aufwerfen.

Die Reformvorschläge, insbesondere die dritte Stellungnahme der Regierungskommission zum Thema der Reform der Krankenhausvergütung, sahen sich daher auch einiger Kritik ausgesetzt.

##### a) Die praktischen Schwierigkeiten bei der Leistungsgruppenzuweisung

Es wird bei den gegenwärtig geplanten Neuerungen notwendig sein, dass die Bundesländer diese umsetzen und Ihre Krankenhausgesetze daraufhin anpassen.<sup>731</sup> Vorreiter der bundesweiten Krankenhausreform ist derzeit Nordrhein-Westfalen (NRW), an diesem Vorbild können sich die anderen Bundesländer bei Ihren landesspezifischen Umsetzungen orientieren.<sup>732</sup>

Die derzeitigen Reformvorschläge kennen zunächst einmal auch ganz praktische Probleme, insbesondere bezogen auf die Leistungsgruppenzuweisung.

Angefangen damit, dass sich die bisher beschriebenen Leistungsgruppen nicht zwingend mit bekannten und von den Ärztekammern verwendeten Fachgebietsbezeichnungen überschneiden. Daher wäre womöglich auch eine Zuordnung zu den einzelnen Leistungsgruppen in der Praxis gar nicht so einfach. Zwar soll es einen Anforderungskatalog geben, woher aber die Bundesländer gesicherte Daten- bzw. Informationsgrundlagen für die Zuweisungen nehmen sollen, ist derzeit noch ungeklärt.<sup>733</sup>

---

<sup>728</sup> <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2023/kw38-de-krankenhaus-transparenzgesetz-965042>.

<sup>729</sup> *Stollmann* in KH-J,3/2023: Krankenhausrecht – Entwicklungen im Bund und in NRW, S. 70.

<sup>730</sup> <https://bundes-klinik-atlas.de/>.

<sup>731</sup> *Ratajczak/Jaeckel* in KH-J,4/2023: Krankenhausreform 2024 ante portas, S. 108.

<sup>732</sup> *Ratajczak/Jaeckel* in KH-J,4/2023: Krankenhausreform 2024 ante portas, S. 108; *Stollmann* in KH-J,3/2023: Krankenhausrecht – Entwicklungen im Bund und in NRW, S. 69 ff.

<sup>733</sup> *Ratajczak/Jaeckel* in KH-J,4/2023: Krankenhausreform 2024 ante portas, S. 108.

Problematisch erscheint außerdem der lange zeitliche Rahmen, mit dem man bis zur Umsetzung der Umstellung auf eine Vorhaltefinanzierung rechnen muss.<sup>734</sup> Sukzessive ab 2024 und bis Ende 2025 müssten zunächst die Landeskrankenhausgesetze angepasst werden, erst danach könne ab 2026 die Einführung Vorhaltefinanzierung tatsächlich beginnen.<sup>735</sup>

#### b) Verfassungsrechtliche Bedenken

Der Vorschlag der Regierungskommission, von so großer Bedeutung und Wichtigkeit er auch sein mag, so fraglich ist laut Kritikern auch insbesondere die gesetzgeberische Kompetenz des Bundes diesbezüglich.

Der Bund hat für das Gesundheits- und das Krankenhauswesen keine ausschließliche Gesetzgebungskompetenz. Die Planungshoheit liegt bei den Ländern.<sup>736</sup> Es handelt sich um eine lediglich teilweise bestehende (konkurrierende) Bundeszuständigkeit und -kompetenz.<sup>737</sup> Genannt werden können hier Zuständigkeiten bei der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser, bei der Regelung der Krankenhauspflugesätze (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG) sowie für die Sozialversicherung (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG).<sup>738</sup>

Die Krankenhausplanung bleibt, in Abgrenzung dazu, Länderkompetenz.<sup>739</sup> Das bedeutet aber auch, dass die Regelungen des Bundes auf dem Gebiet der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser so umgrenzt werden müssen, dass diese nicht in die Planungshoheit der Länder eingreifen und den Ländern eigenständige und ausreichende Planungsspielräume verbleiben.<sup>740</sup>

Wollenschläger bringt dieses Verhältnis auf den Punkt:

*„Dabei gilt ein Primat der Landeskrankenhausplanung gegenüber Vergütungsregelungen des Bundes. Diese Kompetenzverteilung lässt sich nicht mittels ungeschriebener Bundeskompetenzen (Annexkompetenz bzw. Kompetenz kraft Sachzusammenhangs) überspielen, die zudem nur in äußerst engen Grenzen greifen.“<sup>741</sup>*

---

<sup>734</sup> Ratajczak/Jaeckel in KH-J,4/2023: Krankenhausreform 2024 ante portas, S. 109.

<sup>735</sup> Ratajczak/Jaeckel in KH-J,4/2023: Krankenhausreform 2024 ante portas, S. 109.

<sup>736</sup> S. o.: [B. II. 2.].

<sup>737</sup> Wollenschläger: Gutachten zur Verfassungskonformität der Reform der Krankenhausplanung, S. 2; s. o.: [B. II. 2.].

<sup>738</sup> Wollenschläger: Gutachten zur Verfassungskonformität der Reform der Krankenhausplanung, S. 2.

<sup>739</sup> BVerfG, Urteil vom 07. Februar 1991 – 2 BvL 24/84. BVerfGE 83, 363 (379f.); Wollenschläger: Gutachten zur Verfassungskonformität der Reform der Krankenhausplanung, S. 2.

<sup>740</sup> BVerfG, Urteil vom 07. Februar 1991 – 2 BvL 24/84. BVerfGE 83, 363 (379f.); Wollenschläger: Gutachten zur Verfassungskonformität der Reform der Krankenhausplanung, S. 2, 16.

<sup>741</sup> Wollenschläger: Gutachten zur Verfassungskonformität der Reform der Krankenhausplanung, S. 2.

Zwar betrifft die Krankenhausreform im Wesentlichen tatsächlich nur Vergütungsregelungen, das ist aber unerheblich, da auch diesen, dank der engen Verknüpfung von Krankenhausplanung und -finanzierung, eine erhebliche Planungsrelevanz zukommen kann.<sup>742</sup>

Im Vorschlag der Regierungskommission wird die Vergütung von Krankenhäusern von einer Levelzuordnung (ursprünglich) und vor allem der Einhaltung bundesrechtlich definierter Qualitätsanforderungen abhängig gemacht.<sup>743</sup>

Dies hat planerische Relevanz, da es den Krankenhäusern selbstverständlich wesentlich darauf ankommt, den durch die Länder zugewiesenen Versorgungsauftrag auch ihren Leistungen entsprechend vergütet zu bekommen.<sup>744</sup> Da diese Vergütung aber dann von der Zuweisung zu bundesrechtlich definierten Leistungsgruppen (und Leveln), sowie Mindeststrukturvorgaben etc. abhängen würde, müssten das auch die Länder in ihrer Planung entsprechend berücksichtigen.<sup>745</sup> Eine Kompetenzüberschreitung des Bundes kann hier nicht von der Hand gewiesen werden.<sup>746</sup>

Die Vorhaltevergütung ist an die Zuweisung zu bestimmten Leistungsgruppen gebunden. Ohne vorherige Zuordnung kann also auch keine Vorhaltefinanzierung berechnet werden. Ratajczak und Jaeckel kritisieren die Bemühungen des Bundes insofern, als den Bundesländern keine Wahl bliebe, bei der Einführung der bundesgesetzlich vorgegebenen Krankenhausplanungskonzeption mitzumachen.<sup>747</sup> Wenn die Länder das Krankenhauswesen finanziell nicht allein tragen können, sind sie bei der Sicherstellung ihrer Versorgung auf die Vorhaltefinanzierung des Bundes angewiesen.<sup>748</sup> Künftiger verfassungsgerichtlicher Klärungsbedarf einiger Länder ist daher nicht auszuschließen.<sup>749</sup>

### c) Alternative Lösungsmöglichkeiten

Wollenschläger formulierte in seinem Gutachten zur dritten Stellungnahme neben der Kritik wegen der drohenden Kompetenzüberschreitung des Bundes auch einige Lösungsmöglichkeiten, welche die juristischen Herausforderungen bei der Krankenhausreform rechtssicher auffangen könnten.<sup>750</sup>

---

<sup>742</sup> Wollenschläger: Gutachten zur Verfassungskonformität der Reform der Krankenhausplanung, S. 2.

<sup>743</sup> Wollenschläger: Gutachten zur Verfassungskonformität der Reform der Krankenhausplanung, S. 2.

<sup>744</sup> Wollenschläger: Gutachten zur Verfassungskonformität der Reform der Krankenhausplanung, S. 2.

<sup>745</sup> Wollenschläger: Gutachten zur Verfassungskonformität der Reform der Krankenhausplanung, S. 2.

<sup>746</sup> Wollenschläger: Gutachten zur Verfassungskonformität der Reform der Krankenhausplanung, S. 129 f.

<sup>747</sup> Ratajczak/Jaekel in KH-J,4/2023: Krankenhausreform 2024 ante portas, S. 109.

<sup>748</sup> Ratajczak/Jaekel in KH-J,4/2023: Krankenhausreform 2024 ante portas, S. 108 f.

<sup>749</sup> Ratajczak/Jaekel in KH-J,4/2023: Krankenhausreform 2024 ante portas, S. 109.

<sup>750</sup> Wollenschläger: Gutachten zur Verfassungskonformität der Reform der Krankenhausplanung, S. 127 ff.

Er betont, es müsse vonseiten des Bundes auf planungsrelevante Strukturvorgaben bei der Schaffung neuer Vergütungsregelungen verzichtet und auf eine Zusammenarbeit mit den Ländern hingewirkt werden; nur so könne eine Harmonisierung von Planungs- und Vergütungsregelungen geschaffen werden.<sup>751</sup>

Insbesondere denkbar sei nach Wollenschläger eine landesautonome Umsetzung des Vorschlages, auch wenn dieser ob seiner praktischen Umsetzbarkeit als eher wenig aussichtsreich betrachtet werden muss.<sup>752</sup> Aber auch die Formulierung von Rahmenvorgaben für die Landeskrankenhausplanung, ggf. auch mit landesübergreifender Koordinierung (z. B. im Rahmen eines Staatsvertrags) wäre denkbar.<sup>753</sup> Grundsätzlich sei laut Wollenschläger auch eine Verfassungsänderung denkbar, wenn auch diese vor Art. 79 Abs. 2 GG nur schwer realisierbar scheint.<sup>754</sup>

Als wichtig stellt sich heraus, dass bei jeder Art der Reform auf diesem Gebiet darauf geachtet werden muss, dass auf eine einvernehmliche Lösung mit den Ländern hingewirkt wird. Außerdem sollte dringend darauf geachtet werden, die bundesgesetzlichen Vorgaben nicht weiter auszugestalten, als die Gesetzgebungskompetenz des Bundes in Bezug auf die Vergütungsregelungen es gegenwärtig erlaubt.

## 5. Fazit

In dem Eckpunktepapier zur Krankenhausreform wird eines immer wieder deutlich. Es findet eine stetige Wiederholung von Sätzen wie: „Die Krankenhausplanungskompetenz der Länder bleibt unberührt“<sup>755</sup> oder „Alle nachfolgenden Eckpunkte stehen unter dem ausdrücklichen Vorbehalt einer zukünftigen finalen Gesamteinigung zwischen Bund und Ländern über die Grundstruktur einer Krankenhausreform“<sup>756</sup> statt.

Dies deutet zwar darauf hin, dass der Regierungskommission und der Bundesregierung die grundrechtliche Kompetenzverteilung auf diesem Regelungsgebiet bekannt ist. In die Bundeszuständigkeit fallen hier vorrangig die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG) sowie die Regelung für die Sozialversicherung (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG). Die Kompetenz auf dem Gebiet der Krankenhausplanung und insbesondere die Planungshoheit sind bei den Ländern belegen.<sup>757</sup>

---

<sup>751</sup> Wollenschläger: Gutachten zur Verfassungskonformität der Reform der Krankenhausplanung, S. 132 f.

<sup>752</sup> Wollenschläger: Gutachten zur Verfassungskonformität der Reform der Krankenhausplanung, S. 133.

<sup>753</sup> Wollenschläger: Gutachten zur Verfassungskonformität der Reform der Krankenhausplanung, S. 133 f.

<sup>754</sup> Wollenschläger: Gutachten zur Verfassungskonformität der Reform der Krankenhausplanung, S. 133 f.

<sup>755</sup> BMG: Eckpunktepapier – Krankenhausreform -, S. 11, 12.

<sup>756</sup> BMG: Eckpunktepapier – Krankenhausreform -, S. 1.

<sup>757</sup> S. o.: (B. I.3.a)).

Die sich wiederholenden Aussagen im Eckpunktepapier verdeutlichen aber außerdem, dass den Verfassern neben der Zuständigkeitsfrage an sich auch bewusst war, dass die geplanten Reformbemühungen die Kompetenz des Bundes überschreiten und damit in die Länderkompetenzen eingreifen könnten.

Auch im Entwurf des Krankenhaustransparenzgesetzes wurde noch einmal direkt zu Beginn darauf hingewiesen, dass „die Veröffentlichung des Transparenzverzeichnisses (...) keine Auswirkungen auf die Krankenhausplanung der Länder und auf die Krankenhausvergütung“ hat.<sup>758</sup>

Da aber auch dem Transparenzverzeichnis die Leistungsgruppen aus dem Eckpunktepapier zugrunde liegen, gilt hierbei ebenso das oben Gesagte.<sup>759</sup>

Es muss darauf ankommen, ob die Gesetzgebungskompetenzen und die Zuständigkeiten tatsächlich gewahrt bleiben. Eine immerwährende Wiederholung von Aussagen, wie dass die „Planungshoheit der Länder unberührt bleibt“, ein „Eingriff in diese nicht vorliegt“ oder auf ein „Einvernehmen mit den Ländern hingewirkt wird“, kann nicht ausreichen, um einen möglichen verfassungsrechtlichen Verstoß zu überbrücken.

Eine vordergründige Krankenhausfinanzierungsreform im Rahmen des Kompetenztitels Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG, welche aber dann, aus rein tatsächlich fehlenden eigenen Finanzierungsmöglichkeiten der Länder, eine Angewiesenheit auf Umsetzung des bundesrechtlichen Leistungsgruppenkonzeptes zur Folge hat, kann nicht gewünscht sein.<sup>760</sup> Bei de facto Alternativlosigkeit kann man ansonsten nicht mehr von einer Planungshoheit bei den Ländern sprechen.

Es bleibt abzuwarten, in welcher Ausgestaltung die Reformbemühungen der Bundesregierung Einzug in das Krankenhausplanungsrecht finden und auch wie auf die berechtigte Kritik und die Lösungsvorschläge aus juristischen Fachkreisen eingegangen wird.

Schön zusammengefasst hat es Stollmann in seinem Aufsatz in der KH-J, 3/2023: Krankenhausrecht – Entwicklungen im Bund und in NRW:

*„Die Krankenhäuser brauchen bei alledem verlässliche Rahmenbedingungen. Bund und Länder sind daher gehalten, das Planungs- und Finanzierungsrecht so widerspruchsfrei*

---

<sup>758</sup> <https://dserver.bundestag.de/btd/20/084/2008408.pdf>, S. 1.

<sup>759</sup> <https://dserver.bundestag.de/btd/20/084/2008408.pdf>, S. 2.

<sup>760</sup> Ratajczak/Jaekel in KH-J,4/2023: Krankenhausreform 2024 ante portas, S. 110.

*miteinander zu verzahnen, dass für die Krankenhausträger das notwendige Maß an Rechts- und Planungssicherheit entsteht.*<sup>761</sup>

Das Bewusstsein ist augenscheinlich vorhanden, die Befürchtung einer drohenden Verfassungswidrigkeit der derzeitigen Vorschläge insbesondere auch beim Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)<sup>762</sup> bleibt aber grundsätzlich bestehen.

Gegenwärtig lässt sich jedoch beobachten, dass der Bund zumindest sehr auf eine einvernehmliche Lösung mit den Ländern bedacht ist. Es gab bereits ein deutliches Entgegenkommen bezogen auf die bundeseinheitlichen Versorgungsstufenzuweisungen durch sogenannte Level, welche ebenso von den Ländern in ihrer Planung zu berücksichtigen gewesen wären.<sup>763</sup> Diese Stufen kommen erst einmal nicht, vorerst bleibt es bei Vorhaltepauschalen und einer Zuordnung zu Leistungsgruppen; insoweit gibt es auch einen gemeinsamen Konsens mit den Ländern.<sup>764</sup>

---

<sup>761</sup> Stollmann in KH-J,3/2023: Krankenhausrecht – Entwicklungen im Bund und in NRW, S. 74.

<sup>762</sup> [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/K/KHVVG\\_RefE.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/K/KHVVG_RefE.pdf).

<sup>763</sup> Kurz in Deutsches Ärzteblatt vom 09.06.2023: Krankenhausreform – Level sind vom Tisch, S. 1001.

<sup>764</sup> Kurz in Deutsches Ärzteblatt vom 09.06.2023: Krankenhausreform – Level sind vom Tisch, S. 1001.

## **F. Schluss**

Diese Arbeit diene der Aufarbeitung der rechtlichen Situation von Hochschulkliniken in der Krankenhausplanung, vorwiegend am Beispiel Bayern, aber auch anhand von Rechtsprechung aus anderen Bundesländern.

### **I. Summarium**

Im Fokus dieser Arbeit standen die zwei Forschungsfragen, „**ob sich Hochschulkliniken ihren Versorgungsauftrag inhaltlich gewissermaßen selbst vorgeben**“ und „**ob es zu einer Auswahlentscheidung zwischen einer Hochschulklinik und einem „normalen“ Plankrankenhaus kommen kann**“.

In den vier thematischen Blöcken des Hauptteiles wurden diese Fragen erörtert.

Das erste Kapitel diene, dazu die rechtlichen Grundlagen zusammenzutragen.

Die Betrachtung des Versorgungsauftrags von Hochschulkliniken erforderte die Auseinandersetzung mit einer ganzen Reihe von juristischen Teilgebieten. Insbesondere das (Landes-) Krankenhausplanungsrecht und das Krankenhausfinanzierungsrecht aber auch das Hochschulrecht und das Hochschulfinanzierungsrecht bedurften einer näheren Betrachtung. Einen weiteren wesentlichen Teil bildete das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung mit dem Krankenhausvergütungsrecht. So konnte die Thematik rechtlich verortet und auch bereits erste gesetzliche Besonderheiten rund um die Hochschulmedizin herausgestellt werden.

#### **1. Kapitel 2 – Forschungsfrage 1**

Im zweiten Kapitel folgte dann die Beantwortung der ersten Forschungsfrage.

#### ***Können Hochschulkliniken sich ihren Versorgungsauftrag inhaltlich selbst vorgeben?***

Als zentrale Norm dieser Frage konnte § 8 Abs. 1 S. 4 Nr. 2 KHEntgG identifiziert werden. Daraus folgend fand eine Betrachtung der einzelnen drei Determinanten eines Versorgungsauftrags von Hochschulkliniken statt. Im Zuge dessen konnte auch das umstrittene Thema des Wirkungscharakters von nach Landesrecht an Hochschulkliniken erteilten Feststellungsbescheiden aufgegriffen werden. Es wurde die Auffassung vertreten, dass diesen nur rein deklaratorischer Charakter zukommen könnte.<sup>765</sup> Zudem konnten erste Aspekte der Rahmenplanung und die verschiedenen Organisationsformen von Hochschulkliniken dargestellt werden.<sup>766</sup>

---

<sup>765</sup> S.o.: [C. II. 2. a) (1) (a)].

<sup>766</sup> S.o.: [C. II. 2. a) (1) (b); (c)].

Als Zwischenfazit konnte festgehalten werden, dass der Bedarf und die Bettenkapazitäten von Hochschulkliniken, nicht im Rahmen der allgemeinen Krankenhausplanung ermittelt und zugewiesen werden. Vielmehr werden sie von der Krankenhausplanungsbehörde im Rahmen der Bedarfsanalyse als Schritt 2 der Stufe 1 bei der allgemeinen Krankenhausplanung berücksichtigt, und (in Bayern im Anhang) des Krankenhausplanes ausgewiesen.

In einem zweiten Teil des zweiten Kapitels erschien es dann naheliegend sich auch anzusehen was diese eigenständige Ausgestaltung bedeutet und ob und inwieweit diese durch äußere Faktoren beeinflussbar ist oder beeinflusst wird.

Der wohl bedeutendste Einfluss geht dabei von der Wissenschaftsfreiheit, Forschung und Lehre aus.<sup>767</sup>

Bei der ausgestalteten Planung ist Forschung und Lehre stets mitzubedenken. Die Wissenschaftsfreiheit wird maßgeblich durch die Universität mit ihrer Medizinischen Fakultät und die Hochschullehrer und die Hochschullehrerinnen selbst wahrgenommen und geprägt. Bei der Berücksichtigung von Forschung und Lehre sind diese universitären Einflussfaktoren auch für die Ausgestaltung der Versorgungsaufträge im Rahmen der akzessorischen Krankenversorgung maßgeblich mitgestaltend.<sup>768</sup>

Im Zuge dieser Betrachtung war es von großer Bedeutung, sich das Kooperationsmodell in Bayern und die daraus resultierende Zusammenarbeit von Universität/Medizinischer Fakultät und dem Universitätsklinikum genauer anzusehen. Wichtig ist dabei, dass die Universitätskliniken im Bereich Forschung und Lehre keine eigenen Aufgaben wahrnehmen. Sie unterstützen die Aufgaben von Forschung und Lehre der Universität, welcher Sie nach Art. 1 Abs. 1 BayUniKlinG zugeordnet sind.

Im Sinne der allgemeinen Kategorien des Rechts der Selbstverwaltungskörperschaft ist aber vor allem bei den Aufgaben des Universitätsklinikums in der Krankenversorgung zwischen dem eigenen und dem übertragenen Aufgabenkreis zu unterscheiden.

Eigene Aufgabe ist die Krankenversorgung, wenn und soweit sie Forschung und Lehre dient und diese stärkt (akzessorischen Krankenversorgung).<sup>769</sup>

Hingegen ist Krankenversorgung eine übertragene Aufgabe, wenn sie allein aufgrund der staatlichen Gewährleistungsverantwortung für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung stattfindet (nicht akzessorische Krankenversorgung).<sup>770</sup>

Es ging anschließend um die Fragen, wer den Versorgungsauftrag über den Einfluss von Forschung und Lehre mitgestalten kann. Dabei ist insbesondere auch der universitäre Kontext entscheidend. Bei der akzessorischen Krankenversorgung muss stets auch die Wissenschaftsfreiheit beachtet werden.

So kommt z. B. der Universität mit ihrer Medizinischen Fakultät im Rahmen der akzessorischen Krankenversorgung eine Mitbestimmungsmöglichkeit zu.<sup>771</sup>

---

<sup>767</sup> S.o.: [C. III. 1.].

<sup>768</sup> S.o.: [C. III. 1. e].

<sup>769</sup> S.o.: [C. III. 1. c) (2)].

<sup>770</sup> S.o.: [C. III. 1. c) (3)].

<sup>771</sup> S.o.: [C. III. 1. e].

Zudem entscheiden auch medizinische Hochschullehrer und Hochschullehrerinnen, ebenso bei der klinischen Forschung, im Sinne der Wissenschaftsfreiheit, Art. 5 Abs. 3 S. 1 GG, grundsätzlich selbst darüber, auf welchen Gebieten und woran konkret Sie forschen.<sup>772</sup>

Diesen Einflussfaktor festgehalten, wurden als weitere mögliche Einflüsse auf Hochschulkliniken bei der Ausgestaltung ihrer Versorgungsaufträge noch die Einflussmöglichkeiten der Verbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen sowie die Beeinflussungen durch das Vergütungssystem für Krankenhausleistungen geprüft.<sup>773</sup>

Die Einflussmöglichkeiten der Verbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen konnten, nachdem die Besonderheiten rund um die eingeschränkte, genauer gesagt nicht explizit geregelte Kündigungsmöglichkeit für Versorgungsaufträge von Hochschulkliniken<sup>774</sup> erörtert wurden, als sehr gering bewertet werden.<sup>775</sup>

Ein wiederum beachtlicherer Einfluss auf die Versorgungsaufträge der Hochschulkliniken konnte über das Vergütungssystem für Krankenhausleistungen identifiziert werden.<sup>776</sup> Die Mitwirkung bei der Gestaltung bzw. Auslegung des Krankenhausvergütungssystems z. B. durch G-BA, InEK oder MD haben zwar allenfalls mittelbarer Auswirkungen auf die Versorgungsaufträge der Hochschulkliniken und deren Ausgestaltung, allerdings sind auch Universitätskliniken darauf angewiesen, ihre Kosten für Krankenversorgungsleistungen zu decken. Schlussendlich ist es so, dass Rahmenbedingungen der Abrechenbarkeit von erbrachten Leistungen immer beachtet werden müssen.<sup>777</sup> Dabei wurden besonders NUB<sup>778</sup> und Mindestmengenregelungen<sup>779</sup> als Beispiele herangezogen, aber auch die Besonderheiten bei der Zulassung von Transplantationszentren<sup>780</sup> beurteilt.

Zum Ende des zweiten Kapitels konnte als Antwort auf die erste Forschungsfrage festgehalten werden, dass Universitätskliniken ihren Versorgungsauftrag selbst vorgeben. Diese Selbstaussgestaltung ist dabei aber nur so weit zu verstehen, als der Versorgungsauftrag nicht, insb. durch den Einfluss von Wissenschaft, Forschung und Lehre<sup>781</sup> sowie die Einflussmöglichkeiten der Krankenkassenverbände<sup>782</sup> und den Einflussmöglichkeiten durch das Vergütungssystem für Krankenhausleistungen<sup>783</sup> bedingt wird.

---

<sup>772</sup> S.o.: [C. III. 1. e].

<sup>773</sup> S.o.: [C. III. 2.].

<sup>774</sup> S.o.: [C. III. 2. b)].

<sup>775</sup> S.o.: [C. III. 2. c)].

<sup>776</sup> S.o.: [C. III. 3.].

<sup>777</sup> S.o.: [C. III. 3.].

<sup>778</sup> S.o.: [C. III. 3. b) (2)].

<sup>779</sup> S.o.: [C. III. 3. b) (3)].

<sup>780</sup> S.o.: [C. III. 3. b) (4)].

<sup>781</sup> S.o.: [C. III. 1.].

<sup>782</sup> S.o.: [C. III. 2.].

<sup>783</sup> S.o.: [C. III. 3.].

## 2. Kapitel 3 – Forschungsfrage 2

Das dritte Kapitel widmete sich dann der Forschungsfrage 2, „*ob es zu einer Auswahlentscheidung zwischen einer Hochschulklinik und einem ‚normalen‘ Plankrankenhaus kommen kann?*“<sup>784</sup>

In diesem Zusammenhang wurde zunächst die Rahmenplanung im Allgemeinen betrachtet, da diese nach einem Urteil des BVerwG, aufgrund ihrer fehlenden Planungstiefe, in der kommenden Zeit unter Beobachtung stehen wird.<sup>785</sup>

Hierbei wurde insbesondere anhand einer Reihe von Urteilen herausgearbeitet, wie diese Frage in einzelnen Bundesländern derzeit gesehen wird. Dabei ist stets zu beachten, dass es weitreichende Unterschiede in einzelnen Bundesländern gibt; denn über die konkrete Einbeziehung der Universitätskliniken in die Krankenhausplanung entscheidet der Landesgesetzgeber.

In Sachsen hat sich dieser dazu entschieden, auch an Hochschulkliniken, ebenso wie an Plankrankenhäuser, einen Feststellungsbescheid über ihren Versorgungsauftrag zu erteilen. Ein autonomes Mitbestimmungsrecht der Hochschulkliniken über ihre Versorgungsaufträge sieht die Rechtsprechung in Sachsen zu einer beanspruchten Planaufnahme mit einem bestimmten Leistungsspektrum wiederum nicht.<sup>786</sup>

Andere Rechtsprechungen, beispielsweise aus Niedersachsen,<sup>787</sup> sehen das im Rahmen ihrer jeweiligen landesrechtlichen Gegebenheiten anders. In Niedersachsen bekommen Universitätskliniken keine eigenen Feststellungsbescheide über die Planaufnahme.<sup>788</sup> Hier geht man davon aus, dass Hochschulkliniken kraft Gesetz nach §§ 108 Nr. 1, 109 Abs. 1 Satz 2 SGB V zur Krankenhausbehandlung zugelassen sind. Daher sind laut OVG Lüneburg Hochschulkliniken zwar über die Bedarfsanalyse in den Krankenhausplan einzubeziehen, stehen aber gegenüber konkurrierenden Versorgungsangeboten von Plankrankenhäusern bei Auswahlentscheidungen nicht zur Disposition.<sup>789</sup>

Wichtig war bei der Betrachtung dann im Anschluss insbesondere, inwieweit diese Rechtsprechungen auf andere Bundesländer übertragbar sein könnten.

Die Krankenhausplanung in Sachsen, aber auch in Niedersachsen weisen ein paar Besonderheiten auf, insbesondere ergeht in Sachsen auch ein Feststellungsbescheid an Hochschulkliniken, § 9 Abs. 1 i. V. m. § 5 Abs. 3 Nr. 3 SächsKHG (a.F. bis 14. Dezember 2022: § 7 Abs. 1 i. V. m. § 4 Abs. 2 Nr. 3 SächsKHG) und in Niedersachsen findet

---

<sup>784</sup> S.o.: [D.].

<sup>785</sup> S.o.: [D. I. 4.]

<sup>786</sup> VG Dresden, Urteil vom 01.12.2022 – 7K 2293/18; OVG Bautzen, Urteil vom 27.09.2023 – 5 A 37/23.

<sup>787</sup> S.o.: [D. I.]

<sup>788</sup> S.o.: [D. I. 5. b)]

<sup>789</sup> OVG Lüneburg, Beschluss des 13. Senats vom 23.09.2021 - 13 LB 314/19.

beispielsweise als besondere Form der Rahmenplanung eine Auszeichnung der Bettenzahlen nach Fachbereich in den Krankenhausplänen statt.

Schlussendlich wurde hier die Auffassung vertreten, dass Feststellungsbescheiden an Hochschulkliniken, unabhängig von der landesrechtlichen Ausgestaltung, lediglich eine deklaratorische Wirkung zukommt.<sup>790</sup> Die Gerichte in Sachsen hatten insoweit eine konträre Auffassung vertreten.

Als Fazit zu Kapitel drei konnte mit der in dieser Arbeit vertretenen Auffassung<sup>791</sup> festgehalten werden, dass die Aufgaben von Forschung und Lehre bei der Krankenhausplanung stets zu berücksichtigen sind. Bei der Erarbeitung des Krankenhausplanes ist der sich aus der Freiheit von Wissenschaft, Forschung und Lehre ergebende Bedarf der Hochschulkliniken an Bettenkapazitäten bei der Bedarfsanalyse der Krankenhausplanung auf erster Stufe (Schritt 2)<sup>792</sup> zu berücksichtigen.<sup>793</sup> Universitätskliniken nehmen aber gerade nicht an Auswahlentscheidungen teil. Sie genießen keinen Konkurrenzschutz<sup>794</sup>, ihre Bedarfe und Kapazitäten stehen insoweit aber auch nicht zur Disposition.

### 3. Kapitel 4 - Krankenhausreform

Das **vierte Kapitel** hat den Reformbedarf und die aktuellen Reformpläne der Bundesregierung aufgegriffen. Die Forderungen und Reformvorschläge beinhalten die planerische und strukturelle Rolle, aber auch die Finanzierungsdefizite der Hochschulmedizin. Insgesamt steht die Reformbedürftigkeit sowohl bei der Krankenhausplanung als auch bei der Krankenhausfinanzierung praktisch nicht zur Diskussion. Fraglich ist nur, ob die derzeitigen Pläne den Problemen adäquat begegnen können. Hierbei wurde vorwiegend auf die verfassungsrechtlichen Bedenken bei den derzeitigen Reformplänen eingegangen.<sup>795</sup> Bei allen Reformbemühungen muss schlussendlich darauf geachtet werden, dass die Gesetzgebungskompetenzen und die Zuständigkeiten tatsächlich gewahrt bleiben.<sup>796</sup>

## II. Krankenhausplanung im Wandel

Die Krankenhausplanung befindet sich derzeit im Wandel. Vordergründig erkennbar ist dies primär an den immer lauter werdenden Änderungsforderungen für das Gesundheitssystem und den Reformplänen der Gesundheitspolitik.<sup>797</sup> Aber auch die Rechtsprechung fordert einen

---

<sup>790</sup> S.o.: [C. II. 2. a) (1) (a)].

<sup>791</sup> S.o.: [C. II. 2. a) (1) (a)].

<sup>792</sup> S.o.: [B. II. 2.].

<sup>793</sup> S.o.: [D. II.].

<sup>794</sup> VG Köln, Urteil vom 15.4.2008 – 7 K 3870/60; GesR 2008, S. 323 f.

<sup>795</sup> S.o.: [E. III. 4.].

<sup>796</sup> S.o.: [E. III. 5.].

<sup>797</sup> S.o.: [E.].

Wandel. So befindet sich auch die Rahmenplanung derzeit auf dem Prüfstand.<sup>798</sup> Die Forderung geht vermehrt in Richtung einer dezidierten und ausführlicheren Planung. Die Rahmenplanung ist schon jetzt nur haltbar, wenn im Falle eines Streits bei Auswahlentscheidungen durch ausführliche Tatsachenermittlungen und –feststellungen die Vorgaben der §§ 6 Abs. 1 und 8 Abs. 2 KHG noch erfüllt werden können.<sup>799</sup> Ist dies ohne übermäßigen Aufwand nicht möglich, besteht schon jetzt Anpassungsbedarf bei den Planvorgaben.<sup>800</sup>

Auch die momentan fortschreitende Krankenhausreform der Bundesregierung würde eher zu einer Abwendung von der Rahmenplanung führen, da durch die Leistungsgruppenzuweisungen der Krankenhäuser, deutlich detailliertere Planungen erforderlich werden könnten.

### III. Unklare Rolle der Hochschulmedizin

Im Zuge dieser Arbeit konnten einige unterschiedliche Rechtslagen, die Krankenhausplanung, aber vor allem auch die Einbeziehung der Hochschulkliniken in diese, betreffend in den Bundesländern detektiert werden. Zudem gibt es auch unterschiedliche Rechtsprechungen dazu, ob es eine eigene Ausgestaltung des Versorgungsauftrags von Hochschulkliniken geben kann.

Auch die Wirkung der nach Landesrecht zulässig erteilten Feststellungsbescheide ist sowohl in der Literatur als auch der Rechtsprechung noch umstritten.<sup>801</sup> Daraus resultiert nicht zuletzt auch eine rechtliche Uneinigkeit darüber, ob Universitätskliniken bei Auswahlentscheidungen zur Disposition stehen oder ob sie unabhängig planen und die Planungsbehörde die Entscheidung anschließend nur nachvollzieht.

Es lässt sich folglich hervorheben, dass die teils wenig spezifischen Bundesregelungen und die unterschiedlichen Ausgestaltungen der Landesgesetze, aber auch die deutlich auseinanderfallenden Auslegungen dieser Regelungen durch die Rechtsprechung insbesondere auf Landesebene, gegenwärtig noch kein bundeseinheitliches Bild zulassen, was die Vorgabe eines Versorgungsauftrags von Hochschulkliniken und die Beteiligung der Hochschulkliniken an Auswahlentscheidungen in der Krankenhausplanung angeht.

Eine schwerwiegende Rechtsunsicherheit für die Akteure kann jedenfalls nicht festgestellt werden. Solange die Wesentlichkeitstheorie und der Parlamentsvorbehalt gewahrt bleiben, kann es durchaus staatspolitisch sinnvoll und auch verfassungsrechtlich zulässig sein, bestimmte Materie nicht oder nicht in aller Ausführlichkeit zu regeln.<sup>802</sup>

Die derzeitige Rechtslage im Rahmen der gemeinwohlorientierten Krankenhausplanung wird vor allem auch, mit Blick auf die föderalistische Ausgestaltung, den Anforderungen der Wesentlichkeitstheorie, mangels entgegenstehender Anhaltspunkte, gerecht. Die inhomogene

---

<sup>798</sup> BVerwG, Urteil vom 11.11.2021 – 3 C 6.20.

<sup>799</sup> *Beume*: Bundesverwaltungsgericht: Krankenhauspläne auf dem Prüfstand; *Szabados* bei Seufert  
Rechtsanwälte Mandanteninformation: Bundesverwaltungsgericht: Unmöglichkeit einer  
Auswahlentscheidung begründet keinen Anspruch auf Planaufnahme.

<sup>800</sup> BVerwG, Urteil vom 11.11.2021 – 3 C 6.20.

<sup>801</sup> S.o.: [C. II. 2. a) (1) (a)].

Behandlung von Universitätskliniken in den Landesgesetzen wird sowohl durch die bundesgesetzlichen Regelungen zugelassen und ist vor dem Hintergrund der Landeskompetenzen bei der Krankenhausplanung auch verfassungsrechtlich erforderlich. Zudem bleibt die Verpflichtung zur ausreichenden Berücksichtigung von Forschung und Lehre, welche auch den Hochschulkliniken die Mitgestaltung der Krankenhausplanung der Länder ermöglicht.<sup>803</sup>

Durch das Urteil des OVG Lüneburg<sup>804</sup> wurde die Legitimation der statusrechtlichen Sonderrolle von Hochschulkliniken in der Krankenhausplanung und insbesondere bei Auswahlentscheidungen (welchen sie sich entziehen) zunächst bestätigt.

Das Urteil des VG Dresden<sup>805</sup> kam für die Krankenhausplanung im Freistaat Sachsen zu einem abweichenden Ergebnis, schließt aber bei näherer Betrachtung auch nicht aus, dass sich Universitätskliniken in Ländern ohne landesrechtliche Regelungen, vergleichbar denen in Sachsen, nicht doch Ihren Versorgungsauftrag weitestgehend selbst vorgeben.<sup>806</sup>

Es ist nicht unwahrscheinlich, dass in Zukunft bei ähnlichen Streitigkeiten dieser Art (auch in anderen Bundesländern) ähnliche Entscheidungen ergehen werden, wenn auch die Häufigkeit derartiger Klageverfahren von oder gegen Hochschulkliniken insgesamt sehr niedrig bleiben dürfte.

#### IV. Resümee

Der stetig steigende wirtschaftliche Druck im Gesundheitssektor hat sich auch auf die Krankenhäuser übertragen. Ein wirtschaftliches Agieren der Kliniken ist unerlässlich geworden.<sup>807</sup> Es hat sich ein System entwickelt, bei welchem auch die Universitätskliniken Forschung und Lehre gegen Investitions- und Betriebskostenfinanzierung abwägen müssen und selbst die Krankenhausplanung zu diesen beiden Bereichen eher in Konkurrenz steht, als sie zu stützen.<sup>808</sup>

Das gesamte Hochschulkliniksystem leidet unter der präpotenten Investitionskosten- und Betriebskostenfinanzierungsfrage, welche die Hochschulklinikplanung dominiert.

Festgestellt werden konnte aber auch, dass durch die bestehende gesetzliche Regelung bereits ein hoher Grad an Planungsfreiheit bei den Universitätskliniken besteht. Dies kann gerade im

---

<sup>803</sup> S. o.: [C. II.].

<sup>804</sup> OVG Lüneburg, Beschluss des 13. Senats vom 23.09.2021 - 13 LB 314/19.

<sup>805</sup> VG Dresden, Urteil vom 01.12.2022 – 7K 2293/18.

<sup>806</sup> S. o.: [C. II. 4.].

<sup>807</sup> *Jansen*: Zusammenschlusskontrollen im Krankenhaussektor, S. 1.

<sup>808</sup> *Jansen*: Zusammenschlusskontrollen im Krankenhaussektor, S. 64.

Vergleich zu Plankrankenhäusern und Vertragskrankenhäusern<sup>809</sup> mit der gesellschaftlich bedeutungsvollen Aufgabe in medizinischer Forschung und Lehre begründet werden.

Der Planungsfreiheit sind jedoch insoweit Grenzen gesetzt, als Förderungen generiert und beantragt, Kooperationen mit Pharmazie und Wirtschaft gefunden und Abstimmungen auf fakultärer und universitärer Ebene getroffen werden müssen.<sup>810</sup>

Da Auswahlentscheidungen in der Krankenhausplanung erst zu einem Zeitpunkt stattfinden, zu dem Hochschulkliniken bereits mit ihren selbst ausgestalteten Versorgungsaufträgen in die allgemeine Krankenhausplanung eingeflossen sind, stehen sie bei diesen nicht zur Disposition. Die Hochschulklinikplanung findet unabhängig von der allgemeinen Krankenhausplanung statt und kann nach der Einbeziehung über die Bedarfsanalyse nicht mehr vonseiten der Planungsbehörde beeinflusst werden.

Mehr als einmal und erst kürzlich wieder während der Corona-Pandemie ist deutlich geworden, welche wichtige Rolle Hochschulkliniken in der Krankenhausplanung schon jetzt einnehmen. Sie sind die Ausbildungsstätten unserer zukünftigen Ärzte und des medizinischen Personals. Sie leisten wesentliche Beiträge zum medizinischen Fortschritt, sowie eine überregionale Krankenversorgung auf höchstem Niveau und nach besten Standards. Außerdem sind sie gemeinsam mit den Medizinischen Fakultäten, Forschungs- und Lehreinrichtungen und tragen durch klinische Studien maßgeblich zum medizinischen und pharmakologischen Fortschritt bei. Zudem nehmen sie als Maximalversorger an der akuten Gesundheitsversorgung der Bevölkerung teil. Als regionale Versorgungszentren, bei denen sich nahezu alle Fachbereiche bündeln, haben sie den besten Überblick über den örtlichen Versorgungsbedarf.

Für die Hochschulkliniken ergäben sich aus der geplanten Reform einige weitere Zusatzaufgaben in den Bereichen Krankenhausplanung und -finanzierung. Als koordinierende Zentren könnten sie Änderungen in ihrer Region schneller erkennen, durch Anpassung ihrer Versorgungsaufträge darauf reagieren und dies an die Krankenhausplanungsbehörde weitergeben, um mit dieser gemeinsam zu planen.

Im Fokus jeder Krankenhausplanung sollte, ganz im Sinne des GG (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG), eine gesicherte, bedarfsgerechte (Mindest-)Versorgung der Bevölkerung stehen. Fachkrankenhäuser können flächendeckend je nach Bedarf (nicht nach gewinnbringendster Subspezialisierung) ergänzt werden. Kompliziertere, seltenere und riskantere Eingriffe sind (ganz nach dem Grundgedanken der G-BA Mindestmengenregelungen) in wenigen Häusern zu bündeln, um ein maximales Maß an Kompetenz, Erfahrung und technischem Equipment auf neuestem Stand gewährleisten zu können.

---

<sup>809</sup> *Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages: Begriff, Rechtsformen und Finanzierung der Universitätskliniken in Deutschland*, S. 9.

<sup>810</sup> S. o.: [C. III.].

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es die durch den Reformvorschlag geplanten Sonderregelungen insbesondere für Universitätskliniken dringend erfordert. Die Universitätsmedizin ist unser internationales Aushängeschild und konkurriert dabei mit anderen renommierten internationalen (Hochschul-)Krankenhäusern.<sup>811</sup> Es ist an der Zeit, dass auch die Krankenhausplanungsbehörden die gebündelte Kompetenz der Hochschulmedizin für die allgemeine Krankenhausplanung nutzen können und den Hochschulkliniken dieser Zusatzaufwand inklusive ihrer herausragenden Leistungen im Bereich der (Forschung und Lehre stützenden) Krankenversorgung angemessen vergütet wird.

---

<sup>811</sup> Heyder in Hanns Martin Schleyer-Stiftung: XIII. Hochschulsymposium. Hochschulmedizin auf dem Prüfstand, S. 75.