

2. und 3. Düsseldorfer Krankenhausrechtstag

Von Rechtsanwalt Dr. Caspar David *Hermanns*

Wer den Begriff des Krankenhausrechts definieren muss, steht vor dem Problem, dass dieser nicht feststeht, sondern sich dahinter vielmehr ein breites Spektrum von Rechtsfragen, angefangen im Sozialrecht über das Verwaltungsrecht bis hin zum Arbeits- und Gesellschaftsrecht verbirgt. Ein breites Betätigungsfeld, insbesondere auch für Rechtsanwälte, und so überrascht es nicht, dass der Zweite und Dritte Düsseldorfer Krankenhausrechtstag wiederum gut besucht waren¹. So trafen sich am 12.05.2005 und am 11.05.2006 auf Einladung des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen wiederum jeweils mehr als 100 mit dem Krankenhausrecht auf verschiedenster Art befasste Personen.

Gegenstand der Beratungen waren dabei die Themen Krankenhausfinanzierung im europarechtlichen Kontext, Rechtsfragen der Versorgungsverträge nach SGB V, Medizinischen Versorgungszentren sowie den regionalen Planungskonzepten nach § 16 KHG NRW.

I. Das Krankenhaus als Rechtsbegriff

Unter dem Titel „„Krankenhaus“ – Überlegungen zu einem vielschichtigen Rechtsbegriff““ widmete sich der Wissenschaftler Professor Dr. Markus *Kaltenborn* (Siegen) grundsätzlichen Fragen der Einordnung des Krankenhauses. Er erläuterte, dass, geprägt durch das neue Vergütungssystem, Spezialisierungen, Privatisierungen sowie gesundheitsökonomischer und politischer Gründe, sich die deutsche Krankenhauslandschaft im Umbruch befinde. Konsterniert stellte er fest, dass im Allgemeinen der Gesetzgeber zu spät auf Veränderungen reagiere und dann nur ein Verbesserungs- beziehungsweise Veränderungsvorschlag der Rechtspraxis aufgegriffen werde. Diametral zu dieser Art der Gesetzesfindung sei die den Krankenhausbegriff regelnde Vorschrift des § 2 KHG, da diese seit Einführung des Gesetzes einen bis heute unveränderten Wortlaut und lediglich der Begriff des Krankenhauses sich mit der Zeit aufgrund sozialversicherungs- und krankenhausrrechtlicher Entwicklungen gewandelt habe. Einfluss erlange das Outsourcing von Leistungen, wie *Kaltenborn* weiter ausführte. Hierbei ging er vertiefend auf § 21 Abs. 6 NRWKHG ein, nach dem unter bestimmten Voraussetzungen eine Leistung ausgliedert werden könne.

Aufgrund der durch die Vielschichtigkeit erfolgten Prägung des Krankenhausbegriffes und der aktuellen Entwicklungen, stelle er sich die Frage, ob es nicht einer Änderung des Rechtsbegriffes „Krankenhaus“ bedürfe. So erfasse § 2 KHG aufgrund der veränderten Krankenhauslandschaft nicht mehr alle Bereiche, die eigentlich unter den Begriff des Krankenhauses zu subsumieren seien, so dass entweder eine steuerlich vorteilhafte Erweiterung des Begriffes oder eine die Förderpflicht des Bundeslandes eingrenzende Verengung vorzunehmen sei. Die mit der Einschränkung der Förderpflicht verbundene verfassungsrechtliche Problematik aufgrund der Ver-

schiebung der finanziellen Belastung von der Landesebene auf den einzelnen Krankenhausträger rundeten seine Fragestellung ab, wobei er zu dem Ergebnis kam, dass der Landesgesetzgeber eine Änderung der Finanzierung durchaus vornehmen könne. Denkbar sei allerdings auch, dass eine Änderung des Rechtsbegriffes „Krankenhaus“ aufgrund verfassungs- und europarechtlicher Vorgaben notwendig sein könne. Zu beachten sei überdies, dass die europäischen Investitionen an den Krankenhausbegriff geknüpft seien, so dass hervorgerufen durch Art. 27 EGV beihilferechtliche Problematiken entstehen könnten, zumal durch verstärktes Outsourcing die Situation eintreten könnte, dass für den ausgegliederten Bereich kein Investitionsanspruch mehr bestünde.

II. Krankenhausfinanzierung und Europarecht

Professor Dr. Wolfgang Cremer (Bochum) erläuterte unter der Überschrift „Krankenhausfinanzierung im europarechtlichen Kontext“ aktuelle europarechtliche Berührungspunkte zum Recht der Krankenhausfinanzierung. Dazu stellte er skizzenartig die Krankenhausfinanzierung in Deutschland vor, um anschließend vertiefend auf die Problematik des Verlustausgleichs bei öffentlichen Krankenhäusern in Deutschland durch das EG-Beihilferecht einzugehen. Bezug nehmend auf eine Untätigkeitsklage nach Art. 232 EG-Vertrag der Asklepios-Kliniken GmbH vor dem europäischen Gericht erster Instanz² erläuterte er dabei zunächst den Verbotstatbestand des Art. 87 Abs.1 EG-Vertrag indem er die Tatbestandsvoraussetzungen des Vorliegens einer Beihilfe, der (drohenden) Wettbewerbsverfälschung und der Beeinträchtigung des innergemeinschaftlichen Handels voneinander abgrenzte und auf die jeweiligen Probleme hinwies. Hintergrund dieser Klage sei, dass bei der Kommission eine Beschwerde gegen den Verlustausgleich bei öffentlichen Krankenhäusern erhoben wurde, da es sich bei diesen aus Sicht des Klägers um verbotenen Beihilfen handle. Aller Voraussicht nach sei die Klage aber wahrscheinlich unzulässig. Gleichwohl müsse man sich mit der Frage der Vereinbarkeit des Verlustausgleiches mit dem EU-Recht befassen. Dabei kam *Cremer* zu dem Ergebnis, dass der Tatbestand des Art. 87 Abs.1 EG-Vertrag wohl erfüllt sei, so dass nun auf die Ausnahmen vom Verbotstatbestand nach Art. 87 Abs.2/3, 86 Abs.2 EG-Vertrag einzugehen war, damit ein Verlustausgleich weiterhin möglich bleibe. Zum konkreten Fall stellte er fest, dass eine Ausnahme nicht vorliege und auch eine Entscheidung der EU-Kommission mangels Ermächtigung nicht zu einer Legalisierung führen werde. Denkbar sei jedoch, dass der Rat oder die EU-Kommission bei entsprechender Ermächtigung den Verlustausgleich bis zu einer bestimmten Höhe der Zuwendungen oder insgesamt legalisiere.

¹ Zum 1. Düsseldorfer Krankenhausrechtstag *Hermanns/Müller*, DVBl. 2004, 1348.

² *EuG*, Rs. T-67/04 in ABl. C. 201 v. 07.08.2004, S.16.

III. Versorgungsverträge und Bedarfsgerechtigkeit

„Rechtsfragen der Versorgungsverträge nach SGB V“ waren Gegenstand der Ausführungen *RiLSG Ulrich Knispel (Essen)*. Dieser ging hinsichtlich des Abschlusses eines Versorgungsvertrages insbesondere auf die Voraussetzungen und Arten von Versorgungsverträgen nach § 109 SGB V ein und zeigte beispielsweise die nach § 109 Abs.3 S.1 SGB V notwendigen materiellen Voraussetzungen für den Abschluss eines Versorgungsvertrages, wie Wirtschaftlichkeit, Leistungsfähigkeit und Bedarfsgerechtigkeit auf, nicht ohne auf die Genehmigungsbedürftigkeit durch die zuständige Landesbehörde hinzuweisen. Im Rahmen der Bedarfsgerechtigkeit sei für ihn aber fragwürdig, dass das BSG das Vorhandensein besonderer Behandlungsmethoden schon für einen Bedarf ausreichen lassen würde, da nicht mehr – wie sonst üblich – auf bestimmte Fachbereiche abgestellt werde. Weiterhin machte er deutlich, dass, wenn diese materiellen Voraussetzungen erst einmal erfüllt seien, nach dem Bundessozialgericht ein Anspruch auf einen Vertragsschluss bestehe.

Im Anschluss daran befasste sich der Sozialrichter mit der Kündigung von Versorgungsverträgen nach § 110 SGB V, wobei dort zwischen der Kündigung durch Krankenhausträger und Landesverbände zu differenzieren ist. Auch auf den Fall der Kündigung des Versorgungsvertrages durch Landesverbände ging *Knispel* im Folgenden vertieft ein und stellte die möglichen Kündigungsgründe dar. So wies er darauf hin, dass bei dem Kündigungsgrund der Bedarfsgerechtigkeit ein vorhandener Beurteilungsspielraum zu nutzen sei, wenn dieser schon bei dem Abschluss eines Versorgungsvertrages vorhanden war. Wie bei dem Abschluss eines Versorgungsvertrages sei auch die Kündigung durch die zuständige Landesbehörde zu genehmigen. In diesem Zusammenhang müsse zwischen Vertrags- und Plankrankenhäusern sowie den Hochschulkliniken differenziert werden. Bei den Plankrankenhäusern kommt hinzu, dass der Feststellungsbescheid nach § 8 Abs. 1 S. 2 KHG zu ändern beziehungsweise aufzuheben ist, so dass deren Kündigung erschwert würde.

Abschließend nahm *Knispel* noch einen Ausblick auf die mit Versorgungsverträgen zusammenhängenden Verfahrensfragen und dem Rechtsschutz und wies darauf hin, dass aufgrund des nach der Rechtsprechung des BSG gegebenen Abschlusszwanges nur ein vorbeugender Rechtsschutz durch konkurrierende Krankenhäuser in Betracht kommen könne³. Anders sehe dies allerdings das *BVerfG*, das im Bereich der Krankenhausplanung eine Anfechtungsmöglichkeit für die Konkurrenten annehme⁴.

Rechtsanwalt Dr. Frank *Becker* (Münster) wählte in seinen Ausführungen „Zur Konkretisierung des Versorgungsauftrages – eine Betrachtung aus leistungsrechtlicher Sicht –“ einen rechtlichen Ansatz.

Er verdeutlichte zunächst, dass durch den Versorgungsauftrag nur der Rahmen für die durch das Krankenhaus ausführbaren Leistungen gebildet werde. Hinzu kämen die hausgemachten Abgrenzungsschwierigkeiten, da der Feststellungsbescheid nach § 8 KHG den entsprechenden Versorgungsauftrag nicht

detailliert definiere. Andererseits sei diese fehlende Detailgenauigkeit sachdienlich, da sie es erlaube, im Bereich verschiedener Schnittmengen unterschiedlicher Versorgungsaufträge angeordnete Leistungen – von Ausnahmen abgesehen – so anzuordnen, dass sie zumindest in Nordrhein-Westfalen grundsätzlich erbracht werden könnten⁵.

Überdies führte *Becker* aus, dass der Versorgungsplan auch die Planbetten eines Krankenhauses, also die Vorgabe einer Belegungsobergrenze für das Kalenderjahr erfasse. Hier stelle sich die Frage, ob aus der Anzahl dieser Betten eine Kapazitätsgrenze der Leistungsmenge resultiere⁶, die zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden dürfe. Konsequenz dessen wäre, dass Leistungen, die oberhalb der einhundertprozentigen Belegung lägen, keinen Mehrerlös für das Krankenhaus hervorrufen könnten. Gegen eine solche Vorgabe von Planbetten und damit verbundener Begrenzung von Leistungsmengen spreche jedoch nach Auffassung des Münsteraner Rechtsanwaltes der Wettbewerb unter den Versorgern sowie das Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung. Konsequenterweise müsse ein die Bettenzahl vor Jahresende erreichendes Krankenhaus eigentlich geschlossen werden. Denkbar wäre daher nur, dass die „überobligatorisch“ erbrachten Leistungen an anderer Stelle, also in einem anderen Bereich, abgerechnet würden.

Wünsche man eine Konkretisierung des Versorgungsplanes, so *Becker* weiter, könne dies nur durch ergänzende Versorgungspläne erreicht werden, denn einfache Budgetvereinbarungen seien für eine Ausfüllung des bestehenden Rahmens nicht ausreichend, da sie, selbst aufgrund langjähriger Vereinbarung und Genehmigung, eben nicht Teil des Versorgungsplanes seien.

IV. Vergütungsansprüche der Krankenhäuser

In dem zuletzt recht wirtschaftlichen Kontext bewegte sich auch der Vortrag der Dortmunder Rechtsanwältin Dr. Heike *Thomae*, die im Rahmen ihres Vortrags „Vergütungsansprüche der Krankenhäuser gegenüber den Krankenkassen“ über das aus Patient, Krankenhaus und Krankenkasse bestehende Dreiecksverhältnis berichtete.

Das behandelnde Krankenhaus erlangte im Zuge der Krankenhausbehandlung gegen die Krankenkasse einen Vergütungsanspruch nach § 109 Abs. 4 SGB V, wonach das Krankenhaus für die Dauer der Versorgungsvertrages zur Behandlung des Versicherten zugelassen sei. Mithin sei die Abrechnungsbeziehung zwischen Krankenhaus und Krankenkasse öffentlich-rechtlicher Natur⁷, so dass bei Rechtsstreitigkeiten die Sozialgerichte nach § 51 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGG zuständig seien. Als Voraussetzungen für den Vergütungsanspruch müsse allerdings eine stationäre Behandlung sowie das Vor-

⁵ BSG, Urt. v. 24.07.2003 – B 3 KR 28/02 R – GesR 2003, 382.

⁶ OVG Lüneburg, Urt. v. 22.09.2005 – 11 LC 133/05 – GesR 2006, 22; Urt. v. 22.09.2005 – 11 LC 87/04 – GesR 2006, 223.

⁷ BSG, Urt. v. 21.08.1996 – 3 KR 2/96 – KRS 96.043.

³ BSG, Urt. v. 05.07.2000 – B 3 KR 20/99 R –.

⁴ BVerfG, Beschl. v. 14.01.2004 – 1 BvR 506/03 –.

liegen einer – durch den behandelnden Arzt festzustellenden⁸ – behandlungsbedürftigen Krankheit gegeben sein.

Basis zwischen Gläubiger und Schuldner der Vergütung seien die zuvor geführten Pflegesatzverhandlungen nach Maßgabe des KHG, KHEntgG sowie BPflV. Ausgefüllt werde dieser Rahmen der Leistungsabwicklung durch die Landesverträge nach §§ 112 Abs. 1, 2 SGB V. Der Rechtsanspruch des Versicherten nach § 39 Abs. 1 S. 2 SGB V auf Krankenhausbehandlung führe aber bereits schon aufgrund der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten zum Vergütungsanspruch gegen die Krankenkasse, so dass auch ohne explizite vertragliche Vereinbarung die gesetzlich festgelegten Entgelte zu zahlen seien. Dies könne als Ausgleich zu der Behandlungspflicht des Krankenhauses verstanden werden.

Die Krankenkasse könne jedoch unter Rückgriff auf den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) als Schuldnerin des Vergütungsanspruchs nicht pauschal, sondern substantiiert und einzelfallbezogen Einwände gegen die Erforderlichkeit beziehungsweise Dauer der stationären Behandlung geltend machen⁹. Dafür müsse sie darlegen, dass die Voraussetzungen des § 39 SGB V nicht gegeben seien, also aus der vorausschauenden Sicht des Krankenhausarztes unter Zugrundelegung der im Entscheidungszeitpunkt bekannten oder erkennbaren Umstände die Behandlung nicht vertretbar sei, mithin im Widerspruch zur allgemeinen oder besonderen ärztlichen Erfahrung stehe oder medizinische Standards verletze. Beständen mögliche Behandlungsalternativen, habe der entscheidende Arzt jedoch einen, wenn auch wirtschaftlich geprägten, Entscheidungsspielraum.

Unabhängig von der Prüfung des Vergütungsanspruchs durch den MDK sei die Krankenhausrechnung vorläufig durch die Krankenkassen zu bezahlen, da eine durch das Prüfungsverfahren festgestellte Überzahlung zurückgefordert oder mit einer anderen Forderung – mit Ausnahme für das Bundesland Nordrhein-Westfalen¹⁰ – aufgerechnet werden könne¹¹. Ob der Überprüfungsanspruch und damit verbunden die Zahlungsverweigerung der Krankenkassen durch beispielsweise unsubstantiierte Stellungnahmen des MDK oder Zeitablauf verwirkt werden können, sei in den Revisionsverfahren BSG B 3 KR 22/05 R und B 3 KR 23/05 R zu klären und bislang nur für einen Sonderfall entschieden worden.¹² Zu beachten sei aber, dass der Zahlungsanspruch nach vier Jahren verjähre¹³.

Insofern wies die Verwaltungsrechtlerin abschließend darauf hin, dass auch unter Einräumung eines Prüfungsrechts des MDK dies allerdings nicht dazu führen dürfe, dass das Kran-

kenhaus infolge nachlässiger Arbeit sowie mangelnden Begründungen des MDK zur Erlangung der Vergütung den Weg vor ein Sozialgericht antreten müsse. Denn selbst wenn die Beschreitung des Klagewegs in der Regel zu einer Disziplinierung der Krankenkassen führe und eine Klage durchaus auch präventiven Charakter haben könne, sei hiermit regelmäßig viel Aufwand verbunden.

V. Medizinische Versorgungszentren

In den Themenkreis „Medizinische Versorgungszentren – Rechtsfragen bei Gründung und Betrieb“ führte Ministerialrat *Jochen Metzner* (Wiesbaden) mit der Feststellung ein, dass sich die Krankenhauslandschaft in Deutschland im Strukturwandel befände und sich die Krankenhäuser immer mehr zu Wirtschaftsunternehmen und zu Gesundheitszentren entwickeln würden. Als eine mögliche Ursache hierfür könne das die politischen Parteien übergreifende Ziel, die festen Sektorengrenzen zu beseitigen, um letztlich dem einzelnen Patienten mehr Wahlmöglichkeiten zu geben, gesehen werden. In diesem Zusammenhang entwickelte *Metzner* die Frage, ob die Medizinischen Versorgungszentren nicht als die trojanischen Pferde im Gesundheitswesen zu bezeichnen wären. So würden sie voraussichtlich dazu führen, dass sich die Handlungsoptionen der Krankenhäuser erweitern. Allerdings bestehen im Zusammenhang mit den Versorgungszentren unterschiedliche juristische Problemstellungen.

Als Beispiel hierfür nannte *Metzner*, dass das aktuelle Landesrecht des Landes Nordrhein-Westfalen nicht die Gründung einer GmbH durch Vertragsärzte verhindere und diese außerdem nicht an der Geschäftsführung beteiligt sein müssten. Außerdem sei § 95 SGB V so zu verstehen, dass Vertragsärzte sowie angestellte Ärzte nebeneinander tätig werden dürften, was letztlich zu einem internen Abrechnungsproblem in den einzelnen Medizinischen Versorgungszentren führen könne. Des Weiteren müsse nach Aussage *Metzners* darauf geachtet werden, dass derselbe Arzt nicht gleichzeitig im Medizinischen Versorgungszentrum und im Krankenhaus tätig werden dürfe. Allerdings stünden diese juristischen Fragen und weitere Probleme im Zusammenhang mit den Medizinischen Versorgungszentren zumeist im Hintergrund, da in erster Linie das Interesse der Krankenhäuser an der Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums bestehe und erst der zweite Blick den damit verbundenen Problem- bzw. Fragestellungen gelte. Fazit dessen ist, dass das Gesundheitszentrum mit Krankenhaus und dem Medizinischen Versorgungszentrum das Modell der Zukunft werden könne.

VI. Regionale Krankenhausplanung

Abschließend behandelte Rechtsanwältin Dr. Kerrin *Schillhorn* (Köln) den Bereich „Regionale Planungskonzepte nach § 16 KHG NRW“. Dazu erläuterte sie zunächst den § 16 Abs. 1 KHG NRW als Rechtsgrundlage für die Planungskonzepte, bei denen es sich um ein von den Krankenhausträgern und Verbänden der Krankenhäuser gemeinsam erarbeitetes Konzept zur Fortschreibung des Krankenhausplanes handele. Insbesondere sei in diesem Zusammenhang darauf zu achten, dass über den § 16 KHG NRW die Nummer 6 der Verwaltungsvorschriften zum Krankenhausgesetz NRW

⁸ BSG, Urt. v. 13.12.2001 – B 3 KR 11/01 R – NZS 2003, 28.

⁹ BSG, Urt. v. 12.05.2005 – B 3 KR 30/04 R – GesR 2005, 466; Urt. v. 13.12.2001 – B 3 KR 11/01 R – NZS 2003, 28.

¹⁰ LSG Essen, Urt. v. 03.06.2003 – L 5 KR 205/02 – GesR 2003, 293.

¹¹ BSG, Urt. v. 23.07.2002 – B 3 KR 64/01 R – NZS 2003, 594; Urt. v. 28.05.2003 – B 3 KR 10/02 R – GesR 2003, 318.

¹² BSG, Urt. v. 13.12.2001 – B 3 KR 11/01 R – NZS 2003, 28.

¹³ BSG, Urt. v. 12.05.2005 – B 3 KR 30/04 R – GesR 2005, 466.

(MBl. NRW, S. 1004) als präzisierende Vorschrift anzuwenden sei. *Schillhorn* erklärte, dass die Intention des regionalen Planungskonzeptes in der Vorbereitung eines Krankenhausplanes bestehe, allerdings durch das Konzept keine rechtliche Verbindlichkeit hervorgerufen werde. Daher sei unter einem regionalen Planungskonzept vielmehr ein eigenständiges Instrument der Krankenhausplanung zu verstehen. Fraglich wäre daher auch, ob Krankenhausträger und Verbände der Krankenkassen an die rechtlichen Anforderungen der Krankenhausplanung im Rahmen der Verhandlungen des regionalen Planungskonzeptes gebunden werden könnten. *Schillhorn* führte dazu aus, dass schon dagegen spreche, dass ein regionales Planungskonzept keine ausdrückliche Rechtsgrundlage darstelle. Jedoch sei andererseits zu beachten, dass regionale Planungskonzepte Bestandteil des Krankenhausplanes nach § 16 Abs. 6 KHG NRW würden.

Als ein weiteres Argument wurde von ihr angeführt, dass es wenig sinnvoll sei ein Konzept zu entwickeln, das rechtlich keinen Bestand haben wird. Weitergehend stellte sie die Verfahrensvorschriften und Fristen aus § 16 KHG NRW und entsprechenden Verwaltungsvorschriften vor, woraus sich für die Krankenhausträger, Verbände der Krankenkassen und die zuständige Behörde ein Aufforderungsrecht zur Einleitung von Verhandlungen, die spätestens drei Monate nach Aufforderung beginnen und weitere drei Monate später abgeschlossen sein müssen, ergebe. Sie wies darauf hin, dass sich eine mögliche Rechtsfolge eines Verfahrensverstößes beispielsweise in § 16 Abs.5 KHG NRW befände, nach dem das zuständige Ministerium ein Eintrittsrecht in die Verhandlungen besitze. Fraglich ist in diesem Zusammenhang jedoch, inwieweit ein verspätet vorgelegtes regionales Planungskonzept noch Berücksichtigung finden könne. Da die Planungsbehörde aber zur vollständigen Ermittlung des Sachverhaltes verpflichtet sei, werde sie wohl auch ein verspätetes Konzept noch berücksichtigen (müssen).

Im Rahmen der inhaltlichen Fragen ging *Schillhorn* insbesondere auf die räumliche und inhaltliche Abgrenzung der Planungsregionen, Abtrennung einzelner Planungen aus dem Gesamtkonzept oder auch den Wettbewerbsschutz ein. Ein großes Problem in diesem Zusammenhang sei, dass Konkurrenten die eingereichten Unterlagen – beispielsweise bezüglich Innovationen – einsehen können. Um dies zu verhindern, bestehe somit nur die Möglichkeit, die Aufnahme in den Krankenhausplan zu beantragen, da in diesen eine Einsichtnahme durch einen Konkurrenten nicht möglich wäre. Bei den sich stellenden Fragen des Rechtsschutzes wies sie darauf hin, dass das Verfahren und die Inhalte des regionalen Planungskonzeptes mangels Außenwirkung nur inzident überprüft werden können.

VII. Ausblick

Das bunte Bild der Beratungen der vergangenen Tagungen¹⁴ spiegelt die nicht weniger facettenreiche Situation der Krankenhauslandschaft wider. Insofern können beide Veranstaltungen wie auch schon der 1. Krankenhausrechtstag als gelungen bezeichnet werden und es ist ein großes Verdienst der Ausrichter, die interessierte Fachöffentlichkeit durch eines

solche Tagung zusammenzuführen, so dass schon jetzt dem 4. Düsseldorfer Krankenhausrechtstag erwartungsfroh entgegen gesehen werden kann.

¹⁴ Zum 2. Düsseldorfer Krankenhausrechtstag „Krankenhausrecht: Herausforderung und Chancen“, Stuttgart 2006.